

# EIN PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHER KRISENDIENST IN DER GROSSSTADT – ENTWICKLUNG, POLITISCHE MACHBARKEIT UND ERSTE ERGEBNISSE

## A COMBINED PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC CRISIS INTERVENTION SERVICE FOR A BIG CITY - CONCEPT, PRACTICABILITY AND FIRST RESULTS

Philipp Martius<sup>1</sup>, Markos Maragos<sup>2</sup>, Andrea Schleu<sup>3</sup>,  
Willi Butollo<sup>2</sup>, Michael von Rad<sup>4</sup>, Peter Buchheim<sup>5</sup>

### Zusammenfassung

**Anliegen:** Es wäre aus klinisch-praktischer, theoretischer und gesundheitspolitischer Perspektive wünschenswert, dass für die Behandlung seelischer Krisen in Deutschland neben Psychiatern\* auch die Kompetenz psychotherapeutischer Berufsgruppen vermehrt genutzt wird.

**Methode:** Es wurde ein Konzept für einen integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienst mit wissenschaftlicher Begleitforschung im Rahmen der kassenärztlichen Notfall-Ambulanz im Zentrum Münchens entwickelt. Ein Verein (Krisenhilfe e.V.) koordinierte die Umsetzung.

**Ergebnisse:** Der Krisendienst konnte aufgrund politischer Gegebenheiten zunächst nur als psychiatrischer Krisendienst gestartet werden. Die wissenschaftlichen Instrumente und einige Ergebnisse zu den Patienten und zur Behandlungsqualität werden dargestellt, die den Nutzen des ursprünglichen Konzeptes belegen.

**Schlussfolgerungen:** Obwohl kaum Zweifel am Nutzen des Modells bestehen, werden noch einige Hürden bis zu seiner Realisierung zu nehmen sein.

### Schlüsselwörter

Psychiatrische Krisenintervention – Psychotherapie

### Summary

**Objective:** In Germany, crisis intervention services (CIS) should not only employ psychiatrists but also professionals with a stronger psychotherapeutic focus.

**Methods:** The concept of an integrated psychiatric and psychotherapeutic CIS was developed and implemented in a medical emergency (ER) service centre located in the inner city of Munich. A major challenge was the establishment of the CIS within the German health care system. An outcome research project was implemented.

**Results:** Due to the political conditions the model of an integrated CIS could not be realized. Therefore, the CIS implemented in the ER service centre started as a psychiatric service. Research design and first results have been presented, emphasizing the need of the original model with both psychiatrists and psychotherapists in charge of the CIS.

**Conclusions:** Although an integrated CIS is obviously indicated, much has yet to be done for its realization.

### Keywords

Psychiatric crisis intervention – psychotherapy

## 1 Einleitung

### 1.1 Aktuelle Lage der Kriseninterventionsdienste in Deutschland

Krisen im psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich werden definiert als Situationen mit einem „Verlust des seelischen Gleichgewichtes, hervorgerufen durch einen äußeren oder inneren Anlass oder durch Zusammenwirken beider“ (Häfner, 1974). Dieser breiten Begriffsbildung entspricht ein ebenso großes Spektrum von Hilfsangeboten und -anbietern

wie Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, Telefonseelsorge, Sozialpsychiatrische Dienste, Kriseninterventionszentren und spezifische problem- oder symptomorientierte Einrichtungen, z. B. Frauenhäuser, studentische Beratungsstellen sowie Ehe-, Familien- und Suchtberatungsstellen. Den verschiedenen Institutionen sind dabei folgende Merkmale gemein (Simmich und Reimer, 1998):

<sup>1</sup> Klinik Höhenried gGmbH, Abteilung Psychosomatik, 82347 Bernried

<sup>2</sup> Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Department Psychologie, Leopoldstr.13, 80802 München

<sup>3</sup> ehem. Vorsitzende des Vereins Krisenhilfe e.V., Isengaustr.21, 81739 München, und ehem. Delegierte der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Arabellastr.23, 81925 München

<sup>4</sup> Klinikum r. d. Isar, Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität, Langerstr. 3, 81675 München

<sup>5</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, AG Persönlichkeitsstörungen, Ismaninger Str. 22, 81675 München

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet. Gemeint sind jeweils Frauen und Männer.

- Zugang niederschwellig
- Behandlungszeit zeitlich begrenzt und krisenbezogen
- Therapieziele: Ressourcenaktivierung, Bewältigung der Lebensrealität der Patienten
- therapeutische Haltung aktiv und antiregressiv
- Einbeziehung des sozialen Umfelds (nach Möglichkeit)

Jenseits dieses „kleinsten gemeinsamen Nenners“ aber gibt es eine Vielzahl von Konzepten und Ideologien, von Erwartungen und Anforderungen und dementsprechend – wie bereits erwähnt – von Strukturen und Institutionen (Battagay, 1995; Boxbücher, 2001; Buchheim, 1984; Haberfellner et al., 1997; Katschnig und Konieczna, 1986; Leferink und Bergold, 1996; Linden und Kemming, 2000; Schnyder, 1995; Schütze und Wegener, 1997).

Auffällig sind dabei der Mangel an psychotherapeutischen Angeboten innerhalb der Krisendienste und die geringe Kooperation von psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen zur Krisenintervention. Dieser Befund steht in deutlichem Gegensatz zur klinisch evidenten Überschneidung der hilfeschuchenden Patientengruppen. Psychiater und Psychotherapeuten haben offensichtlich ganz unterschiedliche Interessen im Bezug auf die Krisenintervention, was sich auch in den Publikationen niederschlägt (Simmich und Reimer, 1998; Buchheim, 1984; Katschnig und Konieczna, 1986). Es findet sich in der Literatur eine Fokussierung auf unterschiedliche Bereiche, in denen psychische Krisen sich manifestieren: Orientiert man sich an der sog. Krisenpyramide (Abb. 1; Häfner und Helmchen, 1978), so findet man ganz anschaulich, dass das Interesse der Psychiater dem Gipfel der Pyramide gilt, während sich Psychotherapeuten mehr mit dem mittleren Bereich beschäftigen. Die Äußerung von Häfner (1986), „ein guter (psychiatrischer) Kriseninterventions- und Notfalldienst muss allerdings auch für Fälle und Probleme offen stehen, die entweder nicht dringlich sind oder seine Kompetenz überschreiten“, zeigt dabei auf der Handlungsebene exemplarisch die Problematik auf: Ein Krisendienst für „psychiatrische

Notfälle“ (Häfner, 1986), die mit Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen, wird möglicherweise den sehr viel häufigeren seelischen und zwischenmenschlichen Konfliktsituationen nicht gerecht werden (und umgekehrt). Ganz praktisch wird der diensthabende Psychiater (meist in Ausbildung) in der Akutklinik nicht selten mit Krisensituationen konfrontiert, die primär psychotherapeutisch zu behandeln sind, ohne dass er dafür schon ausreichende Kompetenz besitzt.

In diesem Zusammenhang sind auch einige Daten aus der Versorgungssituation psychiatrischer Krisen Münchens von Interesse. Psychische Notfälle treten in städtischen Populationen mit einer jährlichen Inzidenz von fünf bis neun pro tausend Einwohner auf (Katschnig und Konieczna, 1986). Im Krisenzentrum Atriumhaus des Bezirks Oberbayern in München kamen z.B. in einem Zeitraum von 6 Monaten 1646 Patienten in Krisen und als Notfälle zur Behandlung (Stockdreher und Schleuning, 1998). 65% davon erhielten eine Krisenberatung. Bei ca. 35% der Patienten lag eine Krise (16%), eine Persönlichkeitsstörung (11%) oder eine Neurose (8%) vor; solche Diagnosen lassen eher an eine psychotherapeutische Krisenintervention denken (Bereich „seelische Krisen“ der Abb. 1). 70% der Patienten erlebten eine Wiederholung ihres Krisenzustandes. Auch im Mannheimer Krisendienst (Häfner, 1986) wurden etwa 50% der Patienten nach der Intervention wieder entlassen, in fast 80% mit der Empfehlung einer weiteren (vermutlich nicht selten psychotherapeutischen) Behandlung. Diese exemplarisch zitierten Befunde belegen die grundsätzliche Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Notfall-Kompetenz.

Macht aber in Zeiten knapper Ressourcen eine zusätzliche psychotherapeutische Kompetenz Sinn? Muss es nicht ausreichen, in Krisensituationen die akute Selbst- oder Fremdgefährdung beurteilen zu können, psychopharmakologische Grundprinzipien zu beherrschen und allenfalls eine Empfehlung zur Einleitung eines therapeutischen Prozesses zu geben? Dagegen kann man zunächst mit Buchheim (1984) argumentieren, dass auch eine nicht lebensgefährliche Krise

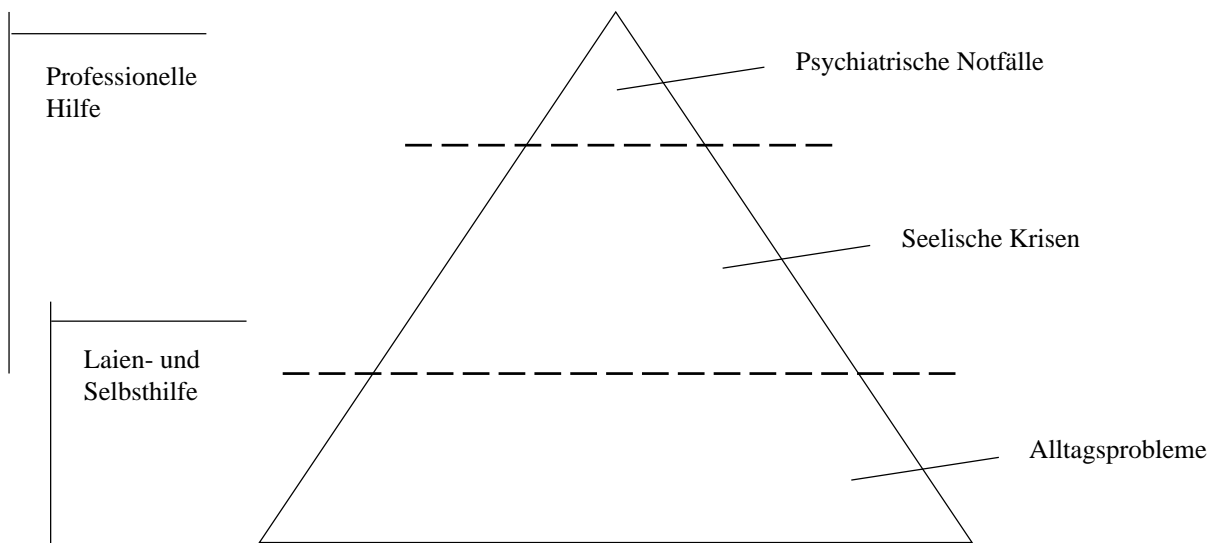


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Bereiche psychische Notfälle und Krisen sowie die Zuordnung der Helfer („Krisenpyramide“). Modifiziert nach Häfner und Helmchen (1978)

schweres Leid mit sich bringen kann und den Wunsch oder die Notwendigkeit einer Veränderung belastender Lebensumstände beinhaltet. Die Chance dazu ist in der unmittelbaren Krisensituation besonders hoch und beeinflusst neben einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung und einer sorgfältigen Überweisung wesentlich die weitere Entwicklung (Buchheim, 1984; Möller, 1982). Das unterstreicht u. E. ebenfalls die Notwendigkeit einer Verzahnung psychiatrischer und psychotherapeutischer Krisenintervention.

## 1.2 Versorgungsanspruch und Qualitätssicherung

Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden definiert durch die Träger der gemeinsamen Selbstverwaltung, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV; in Bayern: KVB; auf Bundesebene: Kassenärztliche Bundesvereinigung; KBV) und den Verbänden der Krankenkassen. Im Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen wird darüber entschieden, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen medizinische und psychotherapeutische Leistungen im Leistungsrahmen der GKV liegen.

Aus diesem in der gemeinsamen Selbstverwaltung definierten Rahmen leitet sich unmittelbar auch der Versorgungsanspruch des Versicherten auf die ärztliche/psychotherapeutische Behandlung ab. Der Versorgungsanspruch ist im SGB V im § 27 definiert: „Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung ...“ (5. Buch Sozialgesetzgebung, 2002).

Die psychotherapeutische Krankenbehandlung ist seit 1967 in den Leistungskatalog der GKV nach den Studien von Dührssen und Jorswieck (1965) aufgenommen. Der definierte Leistungsrahmen wird in der Gebührenordnung EBM (BMÄ/EGO) abgebildet. Somit bilden die in der Gebührenordnung definierten und in deren Legenden beschriebenen Leistungsziffern den abschließenden (!) Leistungsrahmen in der ambulanten Versorgung.

Die derzeitige Gebührenordnung sieht nicht vor, dass psychotherapeutische Leistungen in Rahmen des Bereitschaftsdienstes (früher Notdienst) zu erbringen und abzurechnen sind. Dieses hat die KBV in einem Schreiben erklärt und begründet (1999). Danach stellt eine psychotherapeutische Behandlung ein langfristig geplantes und strukturiertes Behandlungsgeschehen dar. Somit könne per definitionem keine Notfallsituation mit der Folge eines Bereitschaftsdienstes bestehen. Auch die Leistungsziffer für die „Vorgespräche“ (probatorische Sitzungen) könne laut KBV im Rahmen des Bereitschaftsdienstes nicht abgerechnet werden, da sie in der Notfallsituation keinesfalls vollständig zu erbringen sei, wie zur Abrechnung gefordert.

Zwischen der Definition des Leistungsgeschehens in der GKV und dem Stand der wissenschaftlichen Forschung besteht eine Diskrepanz. Zwischen Versorgungsanspruch und Versorgungsnotwendigkeit der Versicherten einerseits und der Möglichkeit, diese Behandlungsleistungen für psychisch erkrankte

Patienten von Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erbringen, andererseits, klafft eine Lücke. Für Patienten steht damit nur ein begrenztes Versorgungsangebot zur Verfügung, zumal in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen nur in begrenztem Umfang eine Notfallkapazität bereitgehalten werden kann, u. a. eben wegen der strukturierten Rahmenbedingungen bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Langzeitbehandlungen.

Zu diesen grundsätzlichen Erwägungen kam in der konkreten Münchner Situation, dass der existierende nervenärztliche/psychiatrische Bereitschaftsdienst der KVB wenig frequentiert wurde und ein psychotherapeutischer Bereitschaftsdienst gar nicht bestand. Insbesondere in den Abend- und Nachtstunden sowie an Wochenenden und Feiertagen gab es kein ausreichendes qualifiziertes ambulantes Versorgungsangebot für psychisch erkrankte Patienten, letztlich mit der Gefahr einer Fehlallokation von Mitteln durch unnötige stationäre Einweisungen und Unterbringungen aus Sicht der Leistungsträger bzw. dem Risiko von erheblichem persönlichem Leid und chronifizierten Krankheitsverläufen aus Sicht der Patienten.

## 1.3 Konzept eines integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienstes

Vor diesem Hintergrund bemühte sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) seit 1998 um die bedarfsgerechte Entwicklung eines integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisenkonzeptes für die Stadt München. Geplant war v. a. eine verstärkte Vernetzung und verbesserte Verfügbarkeit der vorhandenen psychiatrischen und psychotherapeutischen Strukturen. Absicht war, ein niederschwelliges Angebot zu machen, das zur differentiellen Krisenintervention, zur Überbrückung in therapeutischen Pausen und zur Verhinderung stationärer Aufnahmen dienen sollte.

Die Integration eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienstes in die bereits bestehende und von der Bevölkerung erfolgreich angenommene Bereitschaftspraxis „Elisenhof“ wurde besonders drängend vor der anstehenden Aufnahme der nichtärztlichen Psychotherapeuten in die KV zum 1. Januar 1999. Daher hatten sich seit 1997 mehrere Arbeitsgruppen unter Federführung der KV um eine Realisierung des Projektes bemüht. Ein Verein (*Krisenhilfe München e.V.*), der die Tätigkeit der Beteiligten und die begleitende Evaluation koordiniert sowie Geldmittel und Spenden verwaltet, wurde im Oktober 1998 gegründet und bereitete das Projekt auf inhaltlicher, wissenschaftlicher und politischer Ebene maßgeblich vor. Mit Drittmitteln<sup>1</sup> konnte die Begleitforschung zunächst für zwei Jahre gesichert werden.

Die geplante Krisenanlaufstelle in der zentralen kassenärztlichen Bereitschaftspraxis in der Münchner Innenstadt sollte in sprechstundenfreien Zeiten die Versorgung psychisch erkrankter Patienten mit einem fachgruppenspezifischen Angebot durch Psychiater, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiater und -psychotherapeuten sicherstellen.

<sup>1</sup> An dieser Stelle sei der BOSCH-Stiftung, Stuttgart, gedankt.

### 1.4 Begleitforschung

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherungs-Diskussion im Gesundheitswesen sollte dieses Projekt von Beginn an unter Gesichtspunkten des Qualitätsmanagements wissenschaftlich begleitet werden (Baltenperger und Grawe, 2001; Scheidt et al., 1998, 1999; Verbundprojekt Qualitätssicherung, 1999). Institutionen im psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Feld stehen heute besonders in der Pflicht, die Qualität und Effektivität ihrer Arbeit zu belegen (Broda et al., 1993). Dabei geht es vor allem um eine Qualitätsverbesserung durch einen zirkulären Prozess von Beobachtung, Bewertung und Anpassung (Kordy und Lutz, 1995). Obwohl interne Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie seit langem selbstverständlich ist (z. B. fraktionierte Genehmigung von Gutachtenanträgen, Super- und Intervision, Balint-Gruppen), gibt es in diesem Bereich bis heute kaum Daten im Sinne des Qualitätsmanagements durch Struktur-Prozess-Ergebnis-Forschung (Scheidt et al., 1998, 1999). Weitere Aspekte der Qualitätssicherung wären Fragen der Bevölkerungs- und Bedarfsperspektive sowie der Verlaufsforschung (Hulka, 1982).

Die Evaluation des neuen Krisendienstes wurde von der KVB zwei universitären Einrichtungen<sup>2</sup> übertragen. Angestrebt wurde im Vorfeld, erstens die Einrichtung als solche qualitätsorientiert (interne Qualitätssicherung) zu begleiten, zweitens Datensätze zum Vergleich mit anderen Kriseninstitutionen (externe Qualitätssicherung) zu erheben, drittens Vernetzungen mit diesen Einrichtungen unter der Perspektive der Ressourcen- und Ergebnisverbesserung zu erproben sowie viertens Möglichkeiten der Abrechnung und Finanzierung zu entwickeln. Das zunächst geplante Modell zum Qualitätsmanagement entsprach einer internen Qualitätssicherung mit externer Hilfestellung (Kordy und Lutz, 1995), wie es der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989 vorgeschlagen hatte.

## 2 Methodik

### 2.1 Realisierung des Konzeptes

Ursprünglich war geplant, während der Öffnungszeiten (Montag bis Sonntag 19.00 - 24.00 Uhr) einen Psychiater und gleichzeitig einen ärztlichen, einen psychologischen und einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bereitzuhalten. Die Patienten sollten zunächst von einer Arzthelferin begrüßt und nach einem groben Schema befragt werden, um bereits eine gewisse Auswahl Richtung Psychotherapie bzw. Psychiatrie treffen zu können. Nicht eindeutige Fälle sollten in der Rangfolge des Eintreffens wechselweise verteilt werden.

Die Evaluation des Dienstes wurde im Rahmen von Diplomarbeiten durchgeführt. Durch die persönliche Präsenz der Diplomandinnen sollte ein möglichst hoher Datenrücklauf von Patienten und Ärzten gewährleistet werden, auch unter den Bedingungen eines Krisendienstes. Patienten und Personal

wurden nach Untersuchung und Intervention Fragebögen vorgelegt, mit denen soziodemographische Variablen, Symptome und Informationen zur Krankheitsvorgeschichte erhoben bzw. Fragen zur erfolgten Behandlung beantwortet werden sollten (s. u.). Die Ergebnisse zur Arbeitsbeziehung im Rahmen der Krisenberatungsgespräche sind bereits publiziert (Huber et al., 2003).

Eine engmaschige Erfolgskontrolle und Rückmeldung (Supervision und Feedback) an die Ärzte und Psychotherapeuten war v.a. für die Orientierungsphase vorgesehen, um die Arbeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienstes, die Kooperation von Psychiatern und Psychotherapeuten sowie die Integration mit den „somatischen“ Kollegen optimal zu gestalten.

Seit 1998 hatte sich die KVB um eine vertragliche Rahmenvereinbarung mit den Leistungsträgern bemüht. Im Sommer 2001 erklärten sich die Regionalkrankenkassen und die Betriebskrankenkassen bereit, der überarbeiteten „Anlage zum Gesamtbetrag“, die die psychotherapeutische Behandlung im Bereitschaftsdienst im Rahmen des integrierten Krisenkonzeptes regelt, zuzustimmen und damit die psychotherapeutische Krisenintervention ihrer Versicherten zu finanzieren. Die Ersatzkrankenkassen lehnten die Finanzierung aber ab. Der psychotherapeutisch erweiterte Krisendienst war als Angebot aber nur für alle GKV-Versicherten realisierbar. Auch für den Einsatz der Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten ließ sich keine finanzielle Regelung finden. Daher begann der Dienst als psychiatrischer Bereitschaftsdienst.

Dieser von Psychiatern getragene Bereitschaftsdienst begann am 1. März 2000 in der etablierten Bereitschaftspraxis der KV im zentral in der Münchner Innenstadt gelegenen „Elisenhof“. Praxisräume und Organisationsstruktur waren für die Integration des „Psycho-Dienstes“ in die „somatische“ Praxis gut geeignet. So wurde z.B. ein eigener kleiner Wartebereich eingerichtet, um der emotional labilen Verfassung der Patienten Rechnung zu tragen. Andererseits wurden psychisch erkrankte Patienten nicht von somatisch Erkrankten „abgesondert“ und so die Berücksichtigung von psychischen und somatischen Aspekten bei Notfall-Erkrankungen gefördert. Datenschutzrechtliche Besonderheiten der Patientendaten waren vorab mit dem zuständigen Abteilungsleiter der KV Bayern abgeklärt worden.

### 2.2 Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitforschung stand unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements. Es sollten Daten sowohl von den diensthabenden Ärzten als auch von den Patienten erhoben werden. Dieses Vorgehen sollte es ermöglichen, die Struktur und den Ablauf des Dienstes, den fachlichen Hintergrund der teilnehmenden Ärzte, das Krankheitsgeschehen der Patienten und deren Einschätzung und Behandlung von ärztlicher Seite zu erfassen und zu evaluieren. Die Instrumente umfassten zu-

<sup>2</sup> Dabei handelte es sich um das Department Psychologie, Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. Willi Butollo) und das Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München (Prof. Dr. Michael von Rad).

nächst berufliche Fragen zu den Behandlern (CRN; Orlinsky et al., 1999a, b). Außerdem wurde eine Basisdokumentation mit Angaben zu Diagnosen, Beschwerden, Medikation, Ablauf und Nutzen der Konsultation (auf Seiten des Arztes) bzw. soziodemographischen und anamnestischen Fragen, Angaben zu Anlass und Weg der Aufnahme sowie der SCL-90R (Huber et al., 2000; Franke, 1995) (auf Seiten der Patienten) erhoben. Bei telefonischen Konsultationen wurden Uhrzeit und Dauer des Telefonats, Anlass und Zugangsweg, ärztliche Empfehlung (einschließlich medikamentöser Empfehlungen) sowie die ärztliche Einschätzung der Zufriedenheit mit der Gesprächsatmosphäre und der Nützlichkeit für den Patienten erfasst.

### 3 Ergebnisse

Der Erhebungszeitraum lief, soweit nicht anders angegeben, vom 1. Mai 2001 bis 31. Juli 2001, nachdem sich der Dienst etabliert hatte. In dieser Zeit suchten 333 Patienten den Dienst auf, von denen 107 Datensätze gewonnen werden konnten (Rücklaufquote 32,1%). 53% der Hilfesuchenden waren Frauen, 47% Männer. Da unter den Umständen eines Krisendienstes die abgegebenen Bögen z. T. unvollständig ausgefüllt wurden oder Angaben nicht sicher auswertbar waren, schwankt die Größe der Datensätze bei den einzelnen Auswertungen. Der Dienst beantwortete in dieser Zeit darüber hinaus 128 Telefonate und machte 29 Hausbesuche.

#### 3.1 Inanspruchnahme des neuen Krisendienstes

Abbildung 2 zeigt die Besucherdaten für den Zeitraum April 2000, d. h. Beginn des Dienstes, bis einschließlich März 2001. Vor Implementierung des Dienstes waren ca. 30 psychiatrisch-nervenärztliche Einsätze<sup>3</sup> im Monat erfolgt, jetzt wurden durchschnittlich 140 Patienten monatlich in psychischen Krisensituationen versorgt.

Abbildung 2 demonstriert außerdem die Aufschlüsselung der Patientenkontakte in die drei Interventionsmöglichkeiten des Krisendienstes, Behandlungen in der Praxis, Telefonate und Hausbesuche in diesem Zeitraum. Bemerkenswert ist, dass nur in etwa 5 bis 13 % der Fälle Hausbesuche nötig waren.

In Abbildung 3 sind die gemittelten Besucherzahlen in Abhängigkeit von den Wochentagen für das 1. Abrechnungsquartal 2001 aufgeführt. Erwartungsgemäß zeigt sich eine Häufung vor und während des Wochenendes.

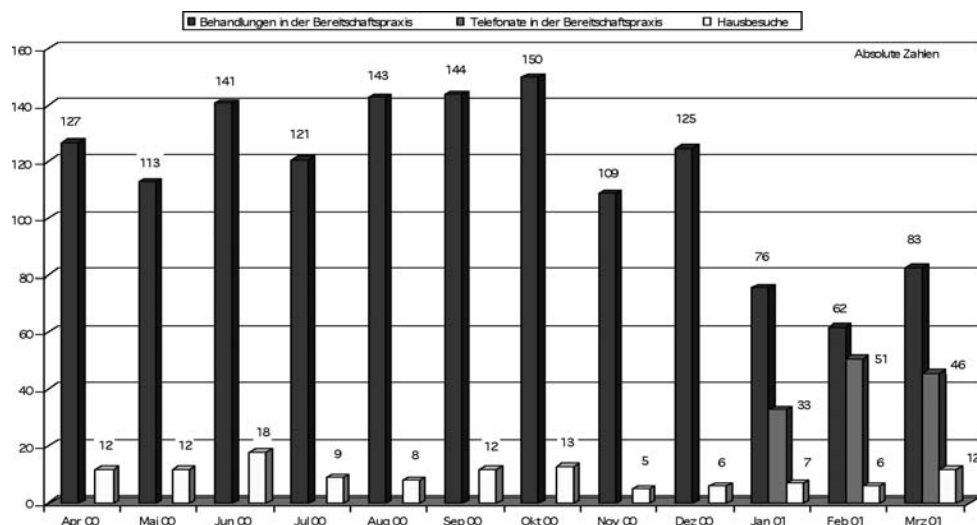
In Abbildung 4 ist die regionale Herkunft der Patienten aufgeschlüsselt. Es zeigt sich, dass die vier Sektoren Münchens in etwa gleichmäßig vertreten sind und dass ein Anteil von 16% auf Menschen entfällt, die nicht im Stadtgebiet von München wohnen.

Die Altersverteilung der Patienten, die den Krisendienst aufsuchten, zeigt Abbildung 5. Die Patienten waren im Mittel 36,6 Jahre alt (Frauen: 37,8 Jahre; Männer: 35,1 Jahre). Der jüngste Patient war 21, der älteste 73 Jahre alt. Es überwog die dritte und vierte Lebensdekade. Die über 50-Jährigen sind deutlich unterrepräsentiert.

Die Erhebung der Symptomatik mit dem SCL-90-R ist in Abbildung 6 dargestellt. Für alle abgefragten psychopathologischen Bereiche (Gesamtscore und Subscores) liegen die Werte der Patienten des Krisendienstes im Bereich der Vergleichswerte von psychiatrischen Populationen und deutlich über den Werten von gesunden Normpopulationen.

Nach Abbildung 7 waren unter den Diagnosen die Gruppe der Angst- und Zwangsstörungen sowie der posttraumatischen Belastungsstörungen (ICD-10 F4) mit 25% am deutlichsten vertreten. Es folgen die beiden Gruppen der affektiven Störungen (Depression, F3) und der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) mit jeweils 18%. Bei nur 25% der Patienten wurden auch somatische Diagnosen angegeben.

Abbildung 2: Patientenkontakte im Zeitraum April 2000 bis März 2001, aufgeschlüsselt nach Behandlungen in der Bereitschaftspraxis, Hausbesuche und Telefonate (nur für die ersten drei Monate 2001 gesondert aufgeführt)



<sup>3</sup> Diese Zahlen wurden uns freundlicherweise von der KV Bayern zur Verfügung gestellt.

Abbildung 3: Nach Wochentagen gemittelte Besucherzahlen der ersten drei Monate 2001

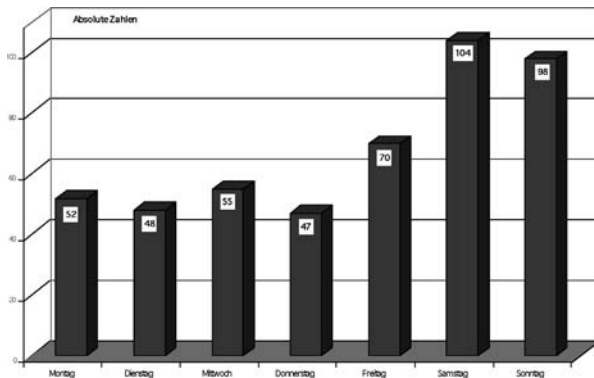


Abbildung 4: Regionale Herkunft der Patienten

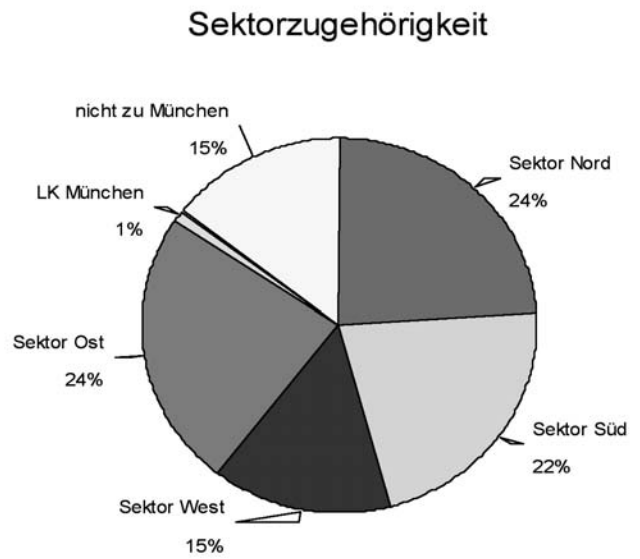


Abbildung 5: Alterskohorten der Patienten

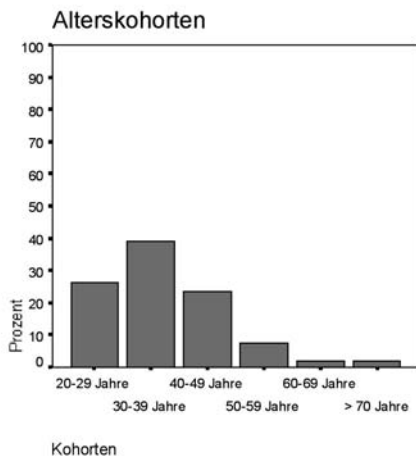


Abbildung 6: Psychopathologische Auffälligkeiten (Symptom-Checkliste 90, revidierte Fassung) der Patient(inn)en, die den Bereitschaftsdienst aufsuchten, im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen und psychiatrischen Population

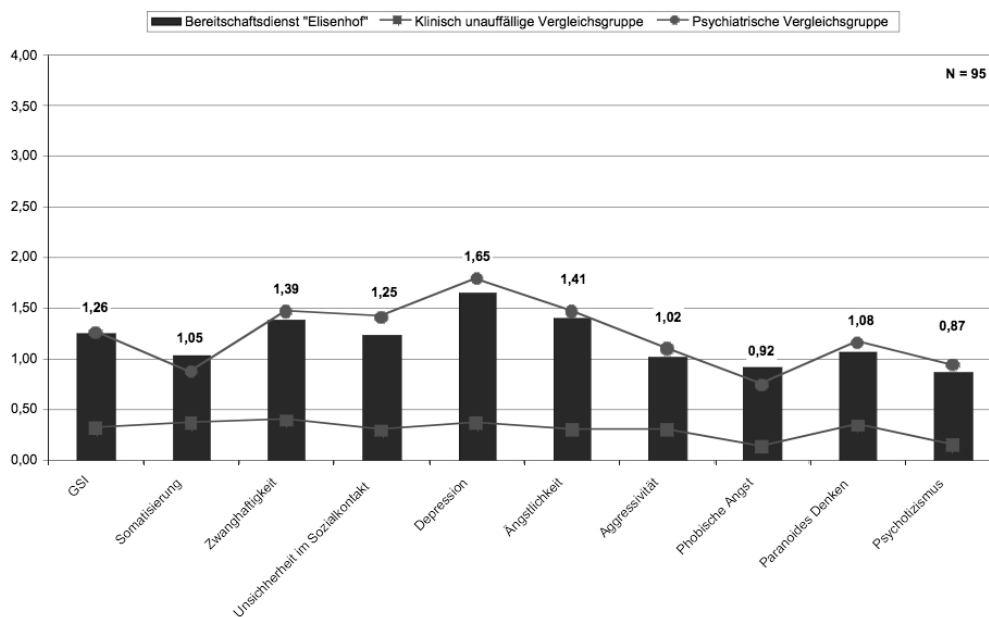


Abbildung 7: Graphische Darstellung der ermittelten Diagnosegruppen

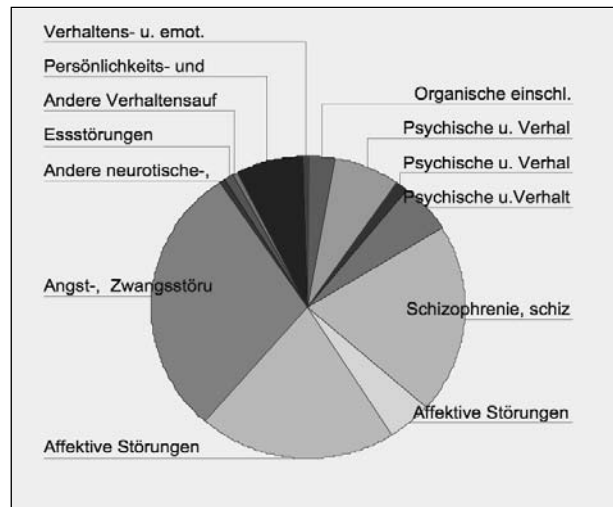


Abbildung 8: Einnahme von Medikamenten (N=83, Angaben in %, Selbstauskunft, Mehrfachnennungen möglich)

Medikamentengruppe	Einnahme ja	Einnahme nein
Tranquilizer/Hypnotika	31,3	68,7
Antidepressiva	36,1	63,9
Neuroleptika	43,4	56,6
Sonstige	18,1	81,9
Analgetika	4,8	95,2
Methodon	2,4	97,6
Mediamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit:	Sicher: 14,3	Nein: 63,6
	Verdacht: 22,1	

Auch der in **Abbildung 8** angegebene Konsum an psychopharmakologischer Medikation weist darauf hin, dass die Patienten bereits in Kontakt mit psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen waren. In 43% wurden Neuroleptika, in 36% Antidepressiva und in 31% Tranquilizer eingenommen. Relativ oft wurde die Einnahme von Tranquilizern angegeben.

Ein erheblicher Prozentsatz der Patienten war bereits in stationärer Behandlung gewesen (**Abb. 9**). Dabei überwogen psychiatrische Aufenthalte, z. B. bei den Patientinnen mit bisher nur einem Aufenthalt, im Verhältnis 3:1.

Abbildung 9: Anzahl der stationären Aufenthalte in den letzten 5 Jahren (N=107, Angaben in %, Selbstauskunft)

Keine stationäre Behandlung in den letzten fünf Jahren	39
1-3 Aufenthalte	39
>4 Aufenthalte	19
Keine Angaben	3

Die ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen sind in **Abbildung 10** aufgeführt. Da auch hier Mehrfachnennungen möglich waren, ergeben sich erneut Summenzahlen von über 100%. Interessant ist, dass ähnlich wie bei anderen Krisendiensten mit knapp 96% fast allen Patienten eine Weiterbehandlung empfohlen wird. Im Bezug auf die gestellte Dia-

gnose zeigt sich dabei eine erhebliche Differenzierung. So bleiben erwartungsgemäß schizophrene Störungen vollständig im psychiatrischen Bereich (17% stationär/ 72% ambulant). Dagegen findet sich im Bereich der affektiven und Angststörungen das bekannte Muster einer Verteilung sowohl im psychiatrischen als auch im psychotherapeutischen Bereich. Weitere Beratungsstellen werden selten empfohlen. Eine in der Kollegenschaft manchmal geäußerte Sorge, die diensthabenden Ärzte könnten anderen Kollegen die Patienten „abspenstig“ machen, lässt sich nicht belegen. Nur etwa jedem 20. wird die eigene Praxis empfohlen.

**Abbildung 11** schließlich zeigt einige Daten zum Telefondienst. Über 80% der Gespräche dauerten nicht länger als 20 Minuten. Es wurden Empfehlungen aus allen Bereichen der Notfallbereiche ausgesprochen, medizinische Themen ebenso behandelt wie Beratung in Konfliktsituationen und allgemeine Informationsvermittlung.

### 3.2 Prozessbeschreibung des Krisendienstes

Die Qualität der Beratungstätigkeit und die Zufriedenheit mit ihr wurden nach der Klärung von datenschutzrechtlichen Bedenken untersucht und sind bereits anderweitig publiziert (Huber et al., 2003).

### 3.3 Behandlungsergebnis (Outcome)

Diesbezüglich verweisen wir hier lediglich auf die Ergebnisse in **Abbildung 10** und **11**, die Hinweise auf die differenzielle Behandlungspraxis der Psychiater geben. Weitere Untersuchungen über Zusammenhänge, u. a. zwischen Störungsbildern und Behandlungszufriedenheit bzw. Behandlungserfolg auf Patienten- und Therapeutenseite oder darüber, ob Bedarf für spezielle Zusatzqualifikationen für die Behandlung spezifischer, gehäuft anzutreffender Krankheitsbilder bestehen, sind in Arbeit (Gastner und Huber, 2007).

## 4 Diskussion

Aus klinischer Perspektive sollte das Projekt eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Krisendienstes zunächst der Integration der beiden Fachgebiete an einer gemeinsamen

Abbildung 10: Behandlungsempfehlung, bezogen auf die F-Diagnose (ICD-10) (N=134 bis 142, Angaben in %)

Weiterbehandlung	Ja	Nein	F 2 (N= 30)	F 3 (N=29)	F 4 (N=42)
Empfehlung	95,8	4,2	100	93,1	97,6
Psychiatrische Klinik	10,4	88,8	17,2	18,5	2,5
Psychosomatische Klinik	8,2	91,8	0	7,4	12,5
Reha-Klinik	0	100	0	0	0
Arzt für Psychiatrie	52,2	47,8	72,4	59,3	52,5
Psychotherapeut	26,9	73,1	3,4	25,9	52,5
Wiedervorstellung	3,7	96,3	0	14,8	2,5
In der eigenen Praxis	5,2	94,8	3,4	11,1	2,5
Sozialpsychiatr. Dienst	5,2	94,8	3,4	3,7	4,9
Beratungsstelle	6,0	94,0	0	0	5,0
Suchtbehandlung	4,5*	95,5	0	0	0

\* Diese Patienten wiesen eine Polytoxikomanie auf.

Abbildung 11: Ergebnisse des Telefondienstes (Auswertung von 83 Anrufen)

Dauer der Gespräche	0-10 min.	61%
	11-20 min.	26%
	<21 min.	13%
Anlass des Anrufs (Mehrfachnennungen möglich, Anzahl der Nennungen=243)		
Beratung/Informationsvermittlung (Beratung, Information)		47,7%
Krisen/Konfliktsituationen/Suizidalität (Hilfesuche, Konflikte, Selbst-/Fremdgefährdung)		24,3%
Medizinische Anliegen (Diagnostik, Behandlungswunsch, Medikation)		25,5%

Schnittstelle dienen. Enttäuschend war, dass trotz intensiver Konsultationen, trotz politischer Bemühungen und trotz einer klaren wissenschaftlichen Begründung von einigen der Leistungsträger keine Zusage zur Finanzierung im Rahmen des Modells erreicht werden konnte. Die fortgesetzte Ablehnung des Konzepts durch die Ersatzkrankenkassen ist insbesondere angesichts der hohen Suizidrate in München, die 37% über dem Bundes- und Landesschnitt liegt, wenig verständlich. München wäre eine wirklich angemessene Modellregion, um die Effekte dieses Konzeptes zu evaluieren und den Einfluss dieses Versorgungsangebotes zu dokumentieren. Eine vermehrte Bereitschaft zum Reformwillen ist die Grundvoraussetzung für Verbesserungen des Gesundheitssystems, insbesondere auch für eine bessere Nutzung materieller und personeller Ressourcen. Dies setzt von Seiten der Leistungsträger ebenso eine Bereitschaft zur Begleitung von Modellprojekten voraus, wie es von Seiten der Leistungserbringer erfordert, sich den Ergebnissen kritisch zu stellen und die Vorhaben im Spiegel der Evaluation zu modifizieren.

Zu den erhobenen Daten ist zunächst kritisch anzumerken, dass unter den naturalistischen Bedingungen der Studie der Datenrücklauf nicht ganz unerwartet unbefriedigend niedrig lag. Wir können leider auch über die Gruppe der „Non-Responder“

keine Aussagen machen. Dennoch ergeben sich aus der Erhebung einige Aussagen, die klinisch und versorgungspolitisch relevant sein dürften.

Diese ersten Ergebnisse der Inanspruchnahme ergaben, dass der neu konstituierte Dienst von der Bevölkerung gut angenommen wurde (Abb. 1). Bei einer Inzidenz psychischer Krisen von 5-9/1000 wären in München mit ca. 1,2 Million Einwohner mit etwa 6000 bis 11000 Notfällen jährlich und rund 500 bis 900 Notfällen monatlich zu rechnen. Selbst unter Hinzuziehung anderer Einrichtungen (Krisenzentrum des Bezirks Atriumhaus: ca. 250 Fälle monatlich [Stockdreher und Schleuning, 1998], andere Kliniken ca. 50 Fälle monatlich; geschätzt) war davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme vor Einrichtung des Krisendienstes in der aktuellen Form zu niedrig lag, die Versorgung also ungenügend war. Obwohl die Gründe von uns nicht systematisch untersucht wurden, gehen wir aufgrund von Einzelaussagen niedergelassener Ärzte davon aus, dass die frühere Form der Rufbereitschaft aus der Praxis heraus wohl eine höhere Hemmschwelle auf Seiten der Patienten als auch eine größere Frustration auf Seiten der Ärzte zur Folge hatte und so möglicherweise zu einer verringerten Inanspruchnahme geführt hat. Im Schnitt 140 monatliche Notfallbehandlungen dürften näher an der



Realität und dem tatsächlichen Bedarf liegen, legt man die Daten anderer Einrichtungen zugrunde; Haberfellner et al., 1997; Häfner, 1986; Linden und Kemming, 2000; Stockdreher und Schleuning, 1998).

Die Daten belegen u. E. darüber hinaus zwei wesentliche Anliegen des Krisendienstes: Erstens bedient der Elisenhof eine klinisch relevante Population (Daten des SCL-90R, Diagnosespektrum, Medikamenteneinnahme, Vorbehandlungen und Weiterempfehlungen, Abb. 7-11) und trägt damit zu deren Versorgung bei. Insofern liegt die Annahme nahe, dass der psychiatrische Krisendienst nicht etwa neue Versorgung schafft, sondern das (wie beschrieben defizitäre) Versorgungsangebot Münchens ergänzt. Wünschenswert, wenn auch derzeit (vor allem aus datenschutzrechtlichen Gründen) nicht möglich wäre die Überprüfung, ob es dadurch tatsächlich zu einer verminderten Inanspruchnahme stationärer Krisendienste im Versorgungsgebiet gekommen ist.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass wir im Rahmen der Qualitätssicherung zeigen konnten, dass die Zufriedenheit der Betroffenen wie des Personals mit dem Dienst hoch ist (Huber et al., 2003). In einer katamnestischen Nachuntersuchung zeigte sich diesbezüglich ein noch differenzierteres Bild (Gastner und Huber, 2007; in diesem Heft).

Außerdem belegen die Daten in einer ersten Näherung, dass die Mitarbeiter des Krisendienstes trotz der Notfallumstände kompetent und differenziert arbeiten, zumindest wenn man die Behandlungsempfehlungen, bezogen auf die gestellten Diagnosen, betrachtet (Abb. 11).

Zweitens finden sich in erheblichem Umfang (mindestens 34%) Patienten ein, die aufgrund der Diagnosen (Kapitel F4 und F6 der ICD-10) ebenso von einem Psychotherapeuten notfallmäßig betreut werden könnten (Abb. 8). Dies geht auch in die Empfehlungen zur Weiterbehandlung ein, indem bei 35 % der Empfehlungen psychotherapeutische Institutionen genannt werden. Natürlich kann man argumentieren, dass dieser Bedarf ja von den Psychiatern bereits gesehen wird. Die schon eingangs beschriebene besondere Chance der Veränderung von seelischen Krisen in der akuten Situation (Buchheim, 1984) spricht aber u. E. sehr für das ursprünglich geplante Konzept eines kombinierten Dienstes, wie andere Autoren gezeigt haben (Buchheim, 1984; Häfner, 1986; Häfner und Helmchen, 1978).

## Literatur

- Baltenperger C, Grawe K (2001): Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Z Klin Psychol Psychother* 30:10-21
- Battegay R (1995): Psychoanalytische Aspekte von Krise und Krisenintervention. *Z Psychosom Med* 41:1-16
- Boxbücher M, Egidi K (2001): Von der Krisenintervention zur Krisenbegleitung – Eine systemisch-konstruktivistische Perspektive. *Verhaltensther psychosoz Prax* 33:11-42
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, von Rad M, Schors R (1993): DKPM-Basisdokumentation. *PPmP* 43:214-223
- Buchheim P (1984): Psychotherapeutische Krisenintervention in der Psychiatrie. In: Heimann H, Förster K (Hrsg.): *Psychogene Reaktionen und Entwicklungen*. Stuttgart: Fischer, S. 51-58
- Dürssen A, Jorswieck E (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36:166-169
- Franke GH (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Weinheim: Beltz
- Freyberger HJ, Holzer E, Kernpeiß R (1999): Aufbau einer Telefonberatung für Psychosoziale Notfälle. *Psychiatr Prax* 26:29-31
- Fünftes Buch Sozialgesetzgebung (2002): Aulendorf: Editio Cantor
- Gastner J, Huber D (2007): Krisenintervention aus Patientensicht. Katamnestische Evaluation eines psychiatrischen Bereitschaftsdienstes. *Psychotherapie XXX*
- Huber D, Henrich G, von Rad M (2000): Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *PPmP* 50:147-156
- Haberfellner EM, Hallermann G, Schwarz-Traumüller (1997): Mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Erfahrungen über drei Jahre. *Psychiatr Prax* 24:235-236
- Häfner H (1974): Krisenintervention. *Psychiatr Prax* 1:139-150
- Häfner H. Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. *Prax. Psychother Psychosom* 1986; 31:308-319
- Häfner H, Helmchen H. Psychiatrischer Notfall und psychiatrische Krise – Konzeptuelle Fragen. *Nervenarzt*; 1978:82-87
- Huber D, Gastner J, Hartmuth U., Maragkos M, Schleu A. Krisenberatungsgespräche unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsbeziehung. *Psychiatr Prax*, 2003; 326-332.
- Hulka B. Quality Assessment of Ambulatory Care. In: Selbmann HK, Überla KK: *Quality Assessment of Medical Care*. Gerlingen: Bleicher; 1982
- Katschnig H, Koniczna T. Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In: *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin: Springer; 1986:3-43
- KBV: Schreiben der kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Vorsitzende des Vereins Krisenhilfe e.V., Frau Dr. Andrea Schleu, vom 27.7.1999
- Kordy H, Lutz W. Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychother Forum* 1995; 3:197-206
- Leferink K, Bergold JB. Integration psychosozialer Einrichtungen ins Versorgungssystem. *Psychiatr Prax* 1996; 23:270-274
- Linden M, Kemming M. Vergleich des Aufgabenspektrums eines kommunalen psychiatrischen Notfalldienstes und einer Notfallambulanz an einer psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 2000; 27:406-411
- Möller HJ. Das Problem der Inanspruchnahme von Betreuungseinrichtungen für Suizidgefährdete. In: Reimer C: *Suizid – Ergebnisse und Therapie*. Berlin: Springer; 1982:129-139
- Orlinsky D, Ambühl H, Rønnestad MH, Davis J, Gerin P, Davis M, Willutzki U, Botermans JF, Dazord A, Cierpka M, Aapro N, Buchheim P, Bae S, Davidson C, Friis-Jørgensen E, Eunsun J (1999a): The development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychother Res* 9:127-153
- Orlinsky D, Rønnestad MH, Ambühl H, Willutzki W, Botermans JF, Cierpka M, Davis J, Davis M (1999b): Psychotherapists' assessments of their development at different career levels. *Psychother* 36(3):1-10
- Sachsenröder R. Basisdokumentation in der stationären Psychotherapie: Auswertungsstrategien und empirische Ergebnisse aus dem Krankenhaus Tiefenbrunn. *PPmP* 1995; 45:65-72
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Sczudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M. Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie I. *Psychotherapeut* 1998; 43:92-101
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe N, Hillenbrand D, Scudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M. Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie II. *Psychotherapeut* 1999; 44:83-93
- Schnyder U. Familiengestützte Krisenintervention nach Suizidversuch. *Nervenarzt* 1995; 66:554-560

- Schütze W, Wegener B. Patienten eines Kriseninterventionsstation drei und neun Jahre nach ihrem Aufenthalt. Psychiatr Prax 1997; 24:79-83
- Simmich T, Reimer C Psychotherapeutische Aspekte von Krisenintervention. Psychotherapeut 1998; 43:143-156
- Stockdreher P, Schleuning G. Bedarfs- und Strukturanalyse der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung. München: Unveröffentlichtes Manuskript; 1998

**Dr. Philipp Martius**  
Abteilung Psychosomatik  
Klinik Höhenried gGmbH  
D-82347 Bernried/Obb.

## **Anhang**

---







