

Abschlussbericht 2016-2020

Krisendienst Psychiatrie Oberbayern

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	4
1 Einleitung.....	8
1.1 Datengrundlage.....	8
1.2 Hinweise zu wichtigen Änderungen im Berichtszeitraum.....	9
1.3 Erhebungsinstrumente.....	10
2 Telefonische Inanspruchnahme der Leitstelle des Krisendienstes Psychiatrie.....	11
2.1 Entwicklung der telefonischen Inanspruchnahme.....	11
2.1.1 Art der Telefonkontakte.....	12
2.1.2 Mehrfachanrufer*innen.....	13
2.2 Geschlecht und Alter der Klient*innen.....	15
2.3 Regionale Zuordnung der Telefonkontakte.....	16
2.4 Zeitpunkt und Dauer der telefonischen Inanspruchnahme.....	17
2.4.1 Wochentag.....	17
2.4.2 Uhrzeiten.....	18
2.4.3 Gesprächsdauer.....	20
2.5 Ergebnis der telefonischen Krisenintervention.....	21
2.5.1 Anzahl der Vermittlungen.....	24
2.5.2 Vermittlungen nach Regionen.....	25
2.5.3 Vermittlungen in PIA nach Uhrzeit.....	26
2.6 Anrufergruppen in akut krisenhaften Situationen.....	26
2.7 Verschiedene Aspekte der vorgetragenen Beschwerdebilder.....	28
2.7.1 Problemspektrum der Klient*innen.....	28
2.7.2 Schwere der Symptomatik.....	29
2.7.3 Selbstgefährdung.....	30
2.7.4 Akuität.....	31
3 Persönliche Kriseninterventionen.....	32
3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme der persönlichen Kriseninterventionen.....	32
3.2 Geschlecht und Alter der Klient*innen.....	33
3.3 Regionale Zuordnung der eingesetzten Teams.....	34
3.4 Zeitpunkt und Dauer der persönlichen Kriseninterventionen.....	38
3.4.1 Wochentag.....	38
3.4.2 Uhrzeit.....	39
3.4.3 Dauer der persönlichen Krisenintervention.....	42

3.5	Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen	44
3.6	Erst- und Folgeeinsätze	46
3.7	Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen	47
3.8	Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen.....	48
3.9	Erforderliche Nachsorge im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen	48
3.10	Verschiedene Aspekte der vorgefundenen Beschwerdebilder	52
3.10.1	Problemspektrum der Klient*innen	52
3.10.2	Schwere der Symptomatik	54
3.10.3	Selbst- und Fremdgefährdung.....	56
3.10.4	Akuität	57
4	Anhang.....	59
4.1	Erklärung der verschiedenen Protokolltypen.....	59
4.2	Abkürzungsverzeichnis der Einsatzteams	60
4.3	Abbildungsverzeichnis	62

Abkürzungsverzeichnis

PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SPDI	Sozialpsychiatrischer Dienst
GPDI	Gerontopsychiatrischer Dienst
AWF-Team	Abend-Wochenend-Feiertag-Team

Eine Liste der verwendeten Abkürzungen aller Einsatzteams findet sich im Anhang.

Zusammenfassung

Der vorliegende Abschlussbericht umfasst den Zeitraum April 2016 bis September 2020. Er enthält auf Basis einer computergestützten Dokumentation aller Kontakte zwischen Krisendienstmitarbeiter*innen und Hilfesuchenden (telefonisch und persönlich) eine differenzierte Auswertung der Inanspruchnahme. Im Berichtszeitraum lassen sich drei ineinander übergehende Zeitabschnitte unterscheiden, die besondere Merkmale mit Auswirkungen auf die Inanspruchnahme aufweisen:

- Aufbauphase: schrittweiser Anschluss der vier Regionen des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern zwischen 6/2016 und 10/2017
- Erweiterung auf 24/7-Erreichbarkeit der Leitstelle: Umsetzung ab 9/2018
- Inkrafttreten des Unterbringungsteils des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes: 1/2019 mit daraus folgender zunehmender Kooperation des Krisendienstes mit Polizei und Kreisverwaltungsbehörden.

Telefonische Krisenintervention

Die telefonische Inanspruchnahme des Krisendienstes hat sich im Berichtszeitraum mehr als verdoppelt auf zuletzt über 2.500 Telefonkontakte pro Monat, wobei akut krisenhafte Situationen überproportional von 427 auf 1.104 pro Monat zunahmen. Insgesamt gab es mehr als 104.000 Telefonkontakte, darunter in 45.091 Fällen eine Kontaktaufnahme in akut krisenhaften Situationen.

In erster Linie waren Betroffene selbst (63,8 %) oder deren Angehörige (21,6 %) die Anrufer*innen. In durchschnittlich 2,6 % der Fälle nahmen Polizei oder Kreisverwaltungsbehörden Kontakt zum Krisendienst auf, mit deutlichem Anstieg seit Anfang 2019 auf zuletzt 5,2 % (Quartalsbericht III/2020).

Ein knappes Drittel (31,6 %) aller Nutzer*innen nahm den Krisendienst mehr als einmal in Anspruch, davon mehr als die Hälfte zweimal; 42 Personen nahmen den Krisendienst im gesamten Berichtszeitraum zwischen 100- und über 500-mal in Anspruch.

Dreiviertel der Anrufer*innen kamen aus der Metropolregion München (Landeshauptstadt und umliegende Landkreise). (Hinweis: Im Gebiet der Landeshauptstadt München war das seit 2007 bestehende Angebot des Krisendienstes Psychiatrie München KPM schon lange vor dem hier vorliegenden Berichtszeitraum bekannt.) In den anderen Regionen kam es im Berichtszeitraum zu einem allmählichen Anstieg der Inanspruchnahme, mit zum Teil deutlichen und im Zeitverlauf schwankenden Unterschieden zwischen einzelnen Landkreisen.

An den fünf Werktagen Montag bis Freitag lag die Zahl der Telefonkontakte mit Anteilen zwischen 15,0 % und 16,2 % dicht beieinander. Ein etwas größerer Unterschied, der über die Jahre abnahm, zeigte sich zu den Wochenendtagen, deren Anteil bei durchschnittlich 11,4 % lag.

Über die Jahre unverändert zeigte sich im Tagesverlauf die höchste Auslastung im Drei-Stunden-Intervall zwischen 9 und 12 Uhr, danach war diese bis in die Nachtzeit kontinuierlich abfallend. Seit Erweiterung der Erreichbarkeit (der Leitstelle) des Krisendienstes auch zu Nachtzeiten (0 bis 9 Uhr) stieg der Anteil der Anrufe in diesem Zeitfenster von Jahr zu Jahr bis auf 13,8 % in 2020 an.

Die durchschnittliche Dauer der telefonischen Krisenintervention stieg bis 2018 an und bewegte sich seitdem zwischen 21,4 und 25,1 Minuten.

In knapp 70 % der Fälle reichte die telefonische Intervention zur Deeskalation der Krisensituation aus, fast immer einhergehend mit Empfehlungen der Leitstelle, wo Anrufer*innen bei Bedarf weiterführende Unterstützung erhalten können. Insgesamt knapp 10.000-mal wurden im Berichtszeitraum tagesgleich persönliche Kriseninterventionen (N = 7.733) oder Vermittlungen an ambulante Versorgungsangebote (in erster Linie psychiatrische Instituts-Ambulanzen (PIA), N = 2.131) durchgeführt, letztere überwiegend an Vormittagen und deutlich häufiger an Wochentagen (5,1 %) als an Wochenenden (1,4 %). Die mit deutlichem Abstand meisten Vermittlungen (N = 933) gingen an die einzige 24/7-zugängliche Ambulanz. Notfallmaßnahmen im engeren Sinn wurden in 435 Fällen (1,0 %) veranlasst.

Die drei am häufigsten genannten Problemspektren waren schwere Belastungen / Anpassungsstörungen mit 25,6 %, affektive Störungen (21,1 %) und Störungen des Realitätsbezuges (12,0 %). Bei zwei Drittel der akuten Krisenfälle wurden die Schwere der Symptomatik als „deutlich“ oder „schwer“ eingestuft, die Akuität¹ in 9,8 % als innerhalb von null bis drei Stunden, in weiteren 27,1 % in bis zu 24 Stunden. Das entsprach im Berichtszeitraum 16.674 Fällen, die innerhalb von 24 Stunden Hilfe benötigten. In insgesamt 5.427 Fällen ergaben sich bei Anrufer*innen Hinweise auf Selbstgefährdung im Verlauf der telefonischen Krisenintervention, in 2.543 Fällen stand ein „Suizidales Syndrom“ bei der Kontaktaufnahme im Vordergrund.

Persönliche Kriseninterventionen

Persönliche Kriseninterventionen werden dann von der Leitstelle initiiert, wenn die geschilderte Situation im Telefonat besonders komplex, unübersichtlich und nicht ausreichend klärbar ist, die Klient*innen im Gespräch nicht sicher zugänglich sind oder Gefährdungen nicht ausgeschlossen werden können.

Nach einem allmählichen Anstieg während der Aufbauphase erhielten seit Ende 2018 bis Anfang 2020 zwischen 150 bis (über) 180 hilfebedürftige Personen pro Monat binnen einer Stunde eine persönliche Krisenintervention vor Ort. Im März und April 2020 erfolgte pandemiebedingt ein deutlicher Rückgang der persönlichen Kriseninterventionen, ab Mai 2020 ein allmählicher Anstieg auf das frühere Niveau.

Analog der telefonischen Krisenintervention wurden auch die persönlichen Kriseninterventionen zu 75 % im Einzugsgebiet der Landeshauptstadt München und den umliegenden Landkreisen (Region 14) durchgeführt. Die restlichen 25% verteilen sich auf die Regionen 18 (mit 13,8%) 17 (6,8%) und 10 (4,2%).²

In den beteiligten Einsatzteams der Tagdienste der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDI) und Abend-Wochenend-Feiertag-Dienste (AWF) bewegt sich die Inanspruchnahme zur Durchführung von persönlichen Kriseninterventionen zwischen 34 und 1.139 im Berichtszeitraum. Analog zur Verteilung der telefonischen Krisenintervention unterschied sich die Anzahl der persönlichen Krisenintervention an den Wochentagen Montag bis Freitag kaum (N = 1.208 bis 1.321). Deutlich weniger persönliche Kriseninterventionen fanden hingegen an Wochenendtagen (durchschnittlich 670) statt – letzteres ist zurückzuführen auf die an diesen Tagen deutlich kürzeren Vorhaltezeiten der Einsatzteams (werktags 9 bis 21 Uhr; Wochenende und Feiertage 13 bis 21 Uhr).

¹ Die Akuität ist ein Maß für die Dringlichkeit der für nötig erachteten Hilfe, ausgedrückt in Zeitfenstern bis zum Erhalt der Unterstützung.

² Unterschiedliche Startzeitpunkte der Inbetriebnahme des Krisendienstes in den oberbayerischen Regionen sowie unterschiedliche Größen der Einzugsgebiete und Einwohnerzahlen der Landkreise sind hier zu berücksichtigen.

Die höchste Inanspruchnahme im Tagesverlauf lag bei persönlichen Kriseninterventionen im Stundenintervall zwischen 12 und 15 Uhr (37,1 %). Die Aufteilung der Einsatzzeiten zwischen SPDI- und AWF-Teams spiegelt sich wider in den Zeiten des Einsatzbeginns: bei SPDI-Teams schon ab 9 Uhr auf hohem Niveau, weiter ansteigend bis zum Maximum um 12 Uhr, dann steil abfallend zwischen 15 und 16 Uhr. Für AWF-Teams ebenfalls Beginn mit hohem Ausgangswert um 16 Uhr, dann kontinuierlich abfallend bis 21 Uhr. Bezüglich der Einsatzbeendigungen zeigt sich, dass beide Teamarten den höchsten Wert für Einsatzenenden zum Ende ihrer Dienstzeiten haben, von dort über mehrere Stunden abfallend, in Einzelfällen bis zu 5 Stunden nach Ende der Dienstzeiten.

Die Dauer der Interventionen bei den Klient*innen betrug im Durchschnitt 97,7 Minuten, die gesamte Einsatzdauer (Intervention plus Fahrt plus Dokumentation) 182,6 Minuten.

In 76,4 % der Einsätze konnte die Krise vom Einsatzteam selbst deeskaliert und die Intervention abgeschlossen werden. In 22,6 % waren weitere Maßnahmen erforderlich, der größte Anteil davon waren Vermittlungen in stationäre Behandlung, oder eine zunächst ambulante psychiatrische Vorstellung.

Ähnlich wie bei der telefonischen Krisenintervention, und dabei um 8,7 Prozentpunkte mehr, fanden auch persönliche Kriseninterventionen am häufigsten bei Betroffenen mit dem Problemspektrum Belastungsstörungen/ Anpassungsstörungen (34,3 %) statt, in 20,6 % bei affektiven, in 15,6 % bei Störungen des Realitätsbezugs. In 4,3 % der Fälle war Suizidalität primärer Anlass für eine persönliche Krisenintervention. Insgesamt zeigten sich Hinweise auf eine Selbstgefährdung bei mehr als einem Viertel (d.h. bei mehr als 2.000) der Einsätze, bei 18,8 % der Fälle im Vorfeld, bei 7,4 % während des Einsatzes. Fremdgefährdung wurde (mit 6,1 % aller Fälle) bei 474 Betroffenen vergleichsweise seltener festgestellt.

In der Mehrzahl der Fälle (N = 4.609) waren neben den Betroffenen weitere beteiligte Personen bereits bei Eintreffen des Einsatzteams vor Ort – zumeist Angehörige (61,5 %) oder Freunde, Nachbarn (10,1 %) etc. Bei 883 der persönlichen Kriseninterventionen musste weitere Unterstützung hinzugezogen werden - zumeist Rettungsdienste (29,0 %) oder die Polizei (26,5 %).

In manchen Fällen, in denen die persönliche Krisenintervention nicht sofort abgeschlossen werden konnte, wurden andere Formen der Nachsorge initiiert. Der Anteil solcher Nachsorgemaßnahmen stieg im Berichtszeitraum von anfänglich 6 % (in 2017) auf 14,7 % (in 2020) der Fälle. In mehr als 50 % waren dies Anmeldungen beim zuständigen SPDI / GPDI. Insgesamt 473 (6,1 %) aller persönlichen Kriseninterventionen wurden mit zeitlichem und inhaltlichem Bezug zum Ersteinsatz als „Folgeeinsätze“ durchgeführt.

Bei insgesamt 78,4 % der im Rahmen persönlicher Krisenintervention unterstützten Betroffenen schätzte das Einsatzteam die Schwere der Symptomatik als „deutlich“ (56,0 %) oder „schwer“ (22,4 %) ein. Die Akuität und Dringlichkeit der Krisensituation, ausgedrückt als verbleibende Zeitspanne bis zur Bereitstellung der Hilfe, wurde von den Einsatzteams in 31,3 % der Fälle als in null bis drei Stunden, in 55,6 % der Fälle als in bis zu 24 Stunden für erforderlich eingeschätzt.

Wurden die Einschätzungen zu Schwere und Akuität einzelfallbezogen nur für diejenigen Klient*innen ausgewertet, bei denen von der Leitstelle persönliche Kriseninterventionen initiiert wurden, d.h. für die gleiche Gruppe von Betroffenen, zeigt sich in 54,1 % eine Übereinstimmung der Einschätzung des Schweregrades zwischen Leitstelle und Einsatzteams. In 30,6 % schätzte das Einsatzteam die Schwere geringer, in 15,4 % schwerer ein. Bei der Einschätzung der Akuität lag die

Übereinstimmung zwischen Leitstelle und Einsatzteam mit 58,5 % etwas höher; in 19,9 % der Fälle hielt das Einsatzteam die Situation für dringlicher, in 21,6 % der Fälle für weniger dringlich.

Als Fazit lassen die Zahlen des Abschlussberichtes folgende wichtige Erkenntnisse zu:

- Die gesamte, große Bandbreite der im Netzwerk des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern verankerten Hilfen wird benötigt und benutzt.
- Neben der sofortigen telefonischen Krisenintervention spielt die Lotsenfunktion der Leitstelle eine zentrale Bedeutung.
- Kompetenz und Ressourcen zur abschließenden Krisenintervention sind sowohl in der Leitstelle wie in den Einsatzteams hoch.
- Verfügbarkeit und Nutzung tagesgleicher weiterführender Hilfeangebote ist offensichtlich notwendig wie gegeben.
- In allen Regionen ist eine Zunahme der Inanspruchnahme zu verzeichnen; Einsätze und persönliche Beratung werden unterschiedlich intensiv aber ausnahmslos angefragt und genutzt (erforderlich).
- Es besteht ein hohes Maß an Übereinstimmung zwischen Leitstelle und Einsatzteams bezüglich Einschätzung von Schweregraden und Akuität/ Dringlichkeit.

1 Einleitung

Die Idee und Entscheidung für die Erstellung des hier vorgelegten Berichtes entstanden im Zusammenhang mit der qualitativen Evaluation des Krisendienstes Psychiatrie in Oberbayern, die gemäß Beschluss des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Bezirks Oberbayern zu Beginn der Projektphase geplant und zwischen 2017 und 2019 durchgeführt wurde. Mit diesem Abschlussbericht soll die qualitative Evaluation um einen Bericht ergänzt werden, mit dem quantitative Ergebnisse der Projektphase des Krisendienstes Psychiatrie in Oberbayern abschließend und zusammenfassend dargestellt werden.

Der Aufbau dieses Abschlussberichts orientiert sich weitestgehend an den bisher vom Krisendienst Psychiatrie Oberbayern erstellten Jahresberichten. Dieser Abschlussbericht umfasst den Zeitraum, für den die vollständige Dokumentation vorliegt, beginnend mit April 2016 bis einschließlich September 2020. Neben den auch hier dargestellten Inhalten bisher erschienener Jahresberichte ist der Blick auf Änderungen und Entwicklungen des Leistungsgeschehens im gesamten Berichtszeitraum über 4,5 Jahre gerichtet.

1.1 Datengrundlage

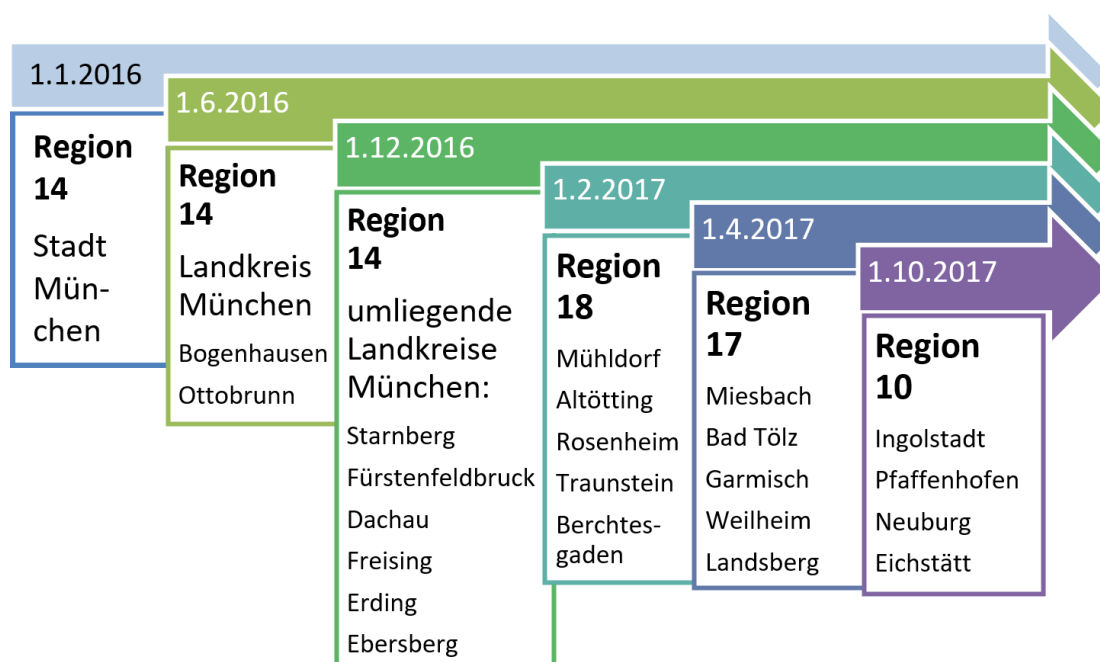
Die für diesen Bericht verwendeten Daten setzen sich aus allen Einzeldatenlieferungen an BIDAQ im gesamten Berichtszeitraum zusammen. Die Daten wurden von Mitarbeiter*innen der Leitstelle und der Einsatzteams mittels computergestützter Dokumentation in der Datenbank samedi erhoben. Diese Daten umfassen auch alle Erhebungen, die während der Zeit des Bestehens einer eigenständigen Leitstellenfunktion für unter 18-jährige Klient*innen vom 01.03.2018 bis 30.09.2019 durchgeführt wurden.

In der Datenbank werden alle Leistungs- und Klientendaten des Krisendienstes zentral gespeichert. In der Leitstelle arbeitet ein multiprofessionelles Team (PsychologInnen, Sozialpädagog*innen und Fachpflegekräfte Psychiatrie) unter fachärztlicher Leitung (Trägerschaft kbo). Die Einsatzkräfte werden vom Fachpersonal der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. einem Abend-Wochenend-Feiertag-Bereitschaftsdienst gestellt (Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Fachpflegekräfte Psychiatrie und / oder psychiatrisch-therapeutische Fachkräfte mit einschlägiger Schulung in psychiatrischer Krisenintervention). Sowohl die Mitarbeiter*innen der Leitstelle als auch die Einsatzkräfte haben einen personalisierten Zugang zur gemeinsamen Datenbank und dokumentieren jeweils von ihrem Standort aus. Für die Einsatzkräfte beschränkt sich der Zugang auf den für sie freigegebenen, eigenen notwendigen Bereich. Alle Fachkräfte werden im Umgang mit der Datenbank entsprechend eines Datenbankmanuals umfassend geschult. Die gesamten, für diesen Abschlussbericht verwendeten Leistungsdaten des Krisendienstes wurden an BIDAQ zur Aufbereitung und Auswertung übermittelt. Für den vorliegenden Bericht wurde überwiegend die Ebene der Einzelkontakte berücksichtigt (mehrere Kontakte einer Person mit dem Krisendienst Psychiatrie wurden in jeweils einzelnen Protokollen erfasst und gezählt).

1.2 Hinweise zu wichtigen Änderungen im Berichtszeitraum

Durch den zeitlich gestuften Ausbau im Rahmen des Gesamtprojektes ergaben sich für 2016 und 2017 sechs verschiedene Datenerhebungszeiträume für die beteiligten Regionen bzw. Landkreise (siehe Abbildung 1). Diese unterschiedlichen Startzeitpunkte der Regionen wirken sich bei allen vorliegenden Auswertungen aus und müssen bei der Interpretation der Zahlen dieses Berichtes berücksichtigt werden. Erst ab dem Jahr 2018 ist der Datenerhebungszeitraum in allen Regionen identisch (12 Monate).

Abbildung 1: Startzeitpunkte für die regionale Datenerfassung



Zu beachten ist ferner, dass die Regionen unterschiedliche Einwohnerzahlen haben. Die im Bericht dargestellten, sich auf Regionen beziehenden absoluten Häufigkeiten sind daher nicht direkt vergleichbar.

Eine zunächst vorgesehene Spezialisierung für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche im Bereich der Leitstelle startete am 01.03.2018 durch Einrichtung einer eigenständigen KJP-Leitstelle am kbo-Heckscher-Klinikum. Dies wurde angesichts geringer Inanspruchnahme zum 30.09.2019 rückgängig gemacht durch die Übernahme der Zuständigkeit in die jetzt für alle Altersgruppen zuständige Gesamtleitstelle des Krisendienstes. Unverändert galt während des Berichtszeitraums die Verfügbarkeit aufsuchender Hilfe für Betroffene ab 16 Jahren weiter.

Ab dem 17.09.2018 wurde die Erreichbarkeit der Leitstelle auf 24/7 erweitert, zunächst durch eine Übergangslösung, seit dem 01.07.2019 im eigentlichen Regelbetrieb der Leitstelle selbst.

1.3 Erhebungsinstrumente

Für diesen Bericht wurden die mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten gewonnenen Daten verwendet, die während des gesamten Berichtszeitraums bereits die Grundlage der Monats-, Quartals- und Jahresberichte waren. Als Erhebungsinstrumente kamen verschiedene Protokollarten zum Einsatz, die in unterschiedlichen Situationen der Inanspruchnahme des Krisendienstes benutzt werden:

- **Screeningprotokoll:** im Falle einer akut krisenhaften Situation
- **Verlaufsprotokolle:** bei Weiterbearbeitungen eines akuten Krisenfalls mit den Klient*innen, aber auch mit Angehörigen, Behörden etc.
- **Kurzkontakte:** im Wesentlichen für Informationsanfragen unter 5 Minuten
- **Einsatzprotokoll:** bei persönlichen Kriseninterventionen, durchgeführt als Einsatz vor Ort oder persönliche Beratung in den Räumlichkeiten des Krisendienstes

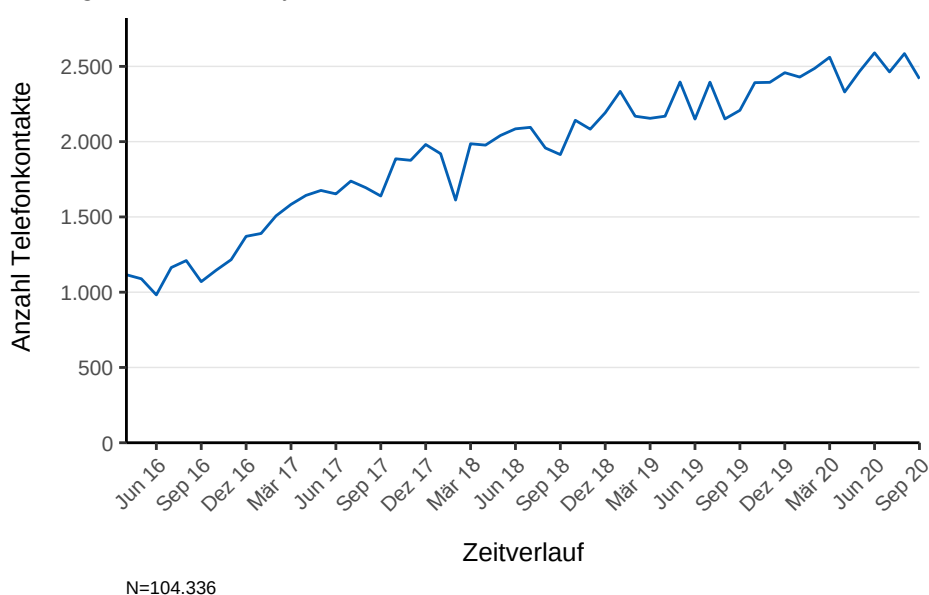
Für detaillierte Erklärungen der Protokolltypen siehe Anhang.

2 Telefonische Inanspruchnahme der Leitstelle des Krisendienstes Psychiatrie

2.1 Entwicklung der telefonischen Inanspruchnahme

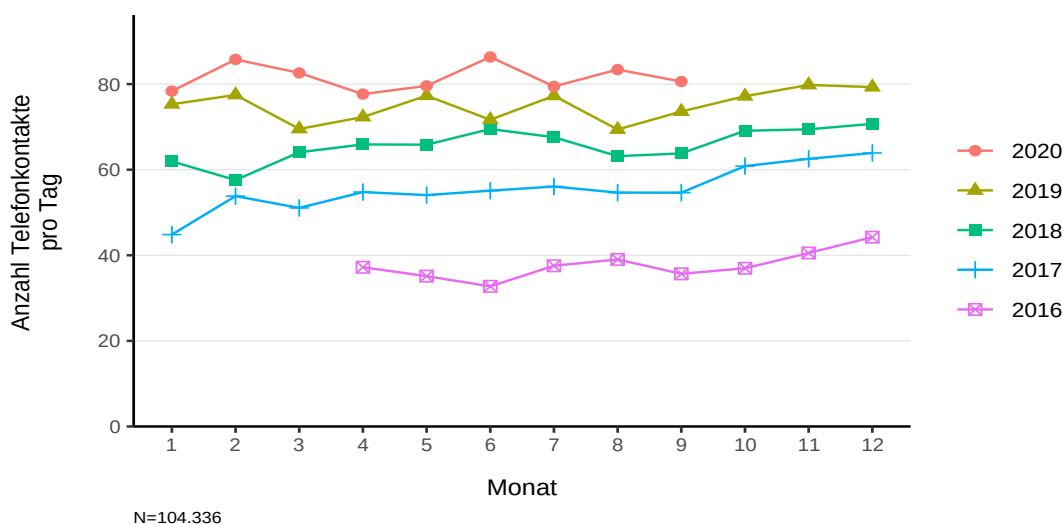
Die telefonische Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie ist seit Beginn des Berichtszeitraums kontinuierlich angestiegen. Für Abbildung 2 wurden pro Monat alle in der Leitstelle dokumentierten Telefonkontakte (Screening- und Verlaufsprotokolle sowie Kurzkontakte) gezählt. Dies entspricht allen Telefonaten, die in der Leitstelle geführt wurden. Es handelt sich größtenteils um Telefonate mit Anrufer*innen von außen, aber auch um fallbezogen von der Leitstelle selbst initiierte krisendienstinterne Telefonate zwischen Leitstelle und Einsatzteams oder Telefonkontakte zu Behörden, Polizei, Rettungsdienst.

Abbildung 2: Anzahl aller Telefonkontakte nach Monat



Für Abbildung 3 wurde für jeden Monat im Berichtszeitraum die durchschnittliche Anzahl der Telefonkontakte pro Tag errechnet, um die unterschiedliche Anzahl der Tage pro Monat zu berücksichtigen. Es zeigen sich keine eindeutigen Trends bzgl. der Verteilung über die Jahreszeiten.

Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl der Telefonkontakte pro Tag nach Jahr und Monat



2.1.1 Art der Telefonkontakte

Abbildung 4 und Abbildung 5 zeigen die telefonische Inanspruchnahme, differenziert nach der Art der Telefonkontakte (Protokollart; siehe Kapitel 1.3) für den gesamten Berichtszeitraum und für alle Quartale im Zeitverlauf. Die Zunahme der Telefonkontakte (siehe Abbildung 2) resultiert hauptsächlich aus einer beständigen Zunahme von Anrufen direkt von einer akuten Krise betroffener Personen oder deren Angehöriger (Screeningprotokolle) sowie einem moderaten Anstieg der mit diesen Kontaktaufnahmen vermehrt einhergehenden Telefonate zur Weiterbearbeitung der Akutfälle (Verlaufsprotokolle). Nahezu gleichbleibend im gesamten Berichtszeitraum ist dagegen die Nutzung des Krisendienstes zu Informationszwecken, Auskunftserteilung etc. (Kurzkontakte).

Abbildung 4: Anzahl Kontakte nach Protokollart (gesamter Berichtszeitraum)

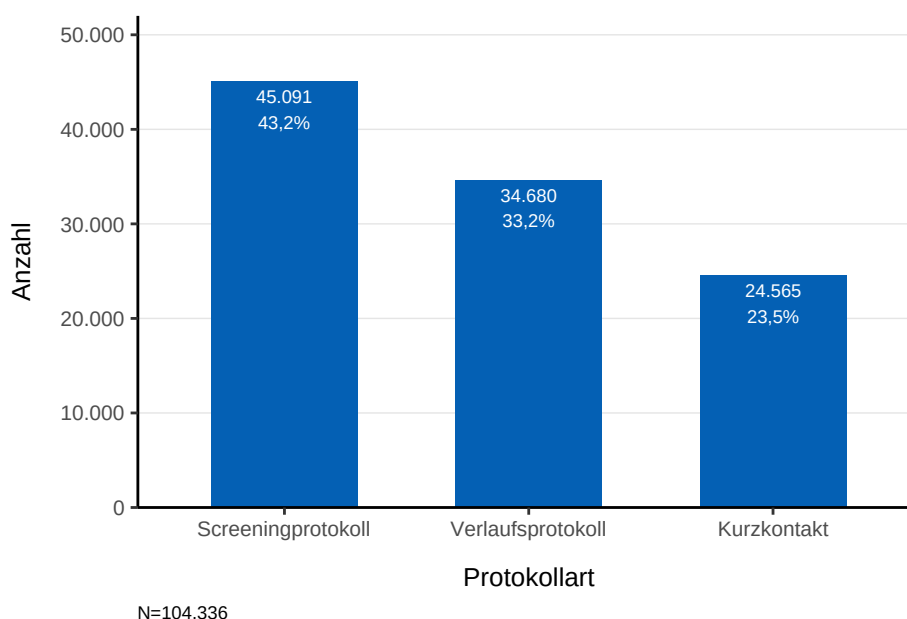
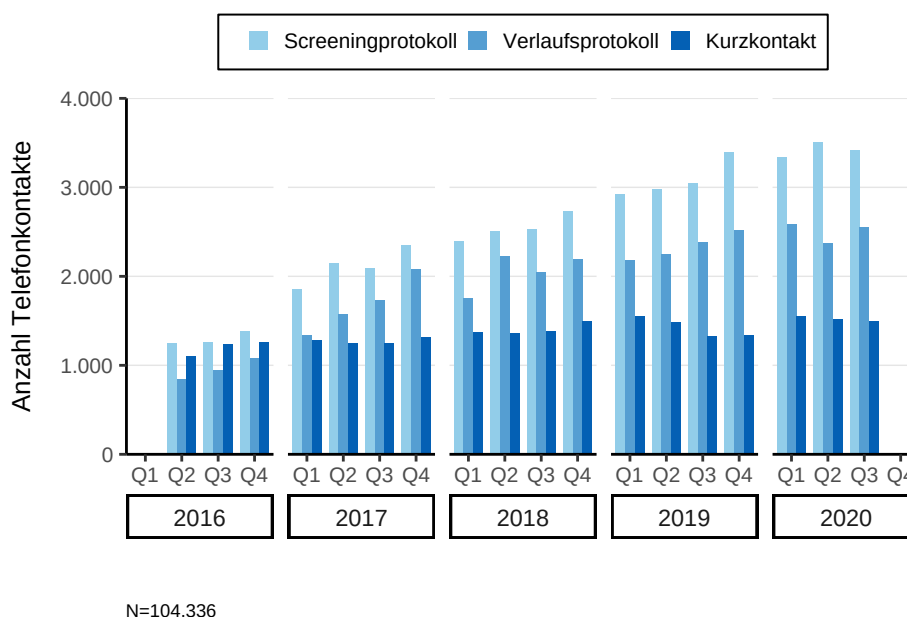


Abbildung 5: Anzahl Kontakte nach Protokollart (nach Quartal)



2.1.2 Mehrfachanrufer*innen

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf der Auswertung der im Berichtszeitraum geführten Telefonate. Da pro Klient*in mehr als ein Telefonat geführt werden kann, entspricht die Anzahl der geführten Telefonate nicht der Anzahl der Klient*innen. Insbesondere die Verlaufsprotokolle beziehen sich immer auf bereits bekannte Klient*innen. Sofern die Anrufenden mit einer fallbezogenen Dokumentation, in der Regel unter ihrem Namen oder einem von ihnen ausgewählten Pseudonym, einverstanden sind, wird pro Klient*in eine Fallnummer vergeben, über die dann die verschiedenen Protokolle einander zugeordnet werden können. Somit ist es möglich zu berechnen, auf wie viele verschiedene Klient*innen sich die Screening- und Verlaufsprotokolle beziehen. Kurzkontakte werden ausschließlich anonym erfasst, hier ist keine Zuordnung zu Klient*innen möglich. Die sich aus der Summe der Screening- und Verlaufsprotokolle ergebende Anzahl von 79.771 geführten Telefonaten bezieht sich auf 34.768 Klient*innen, von denen 31,6 % im Berichtszeitraum mehr als einen telefonischen Kontakt zum Krisendienst Psychiatrie hatten (Abbildung 6). Diese Fälle werden im Folgenden weiter betrachtet.

Abbildung 6: Anteil Mehrfachanrufer*innen

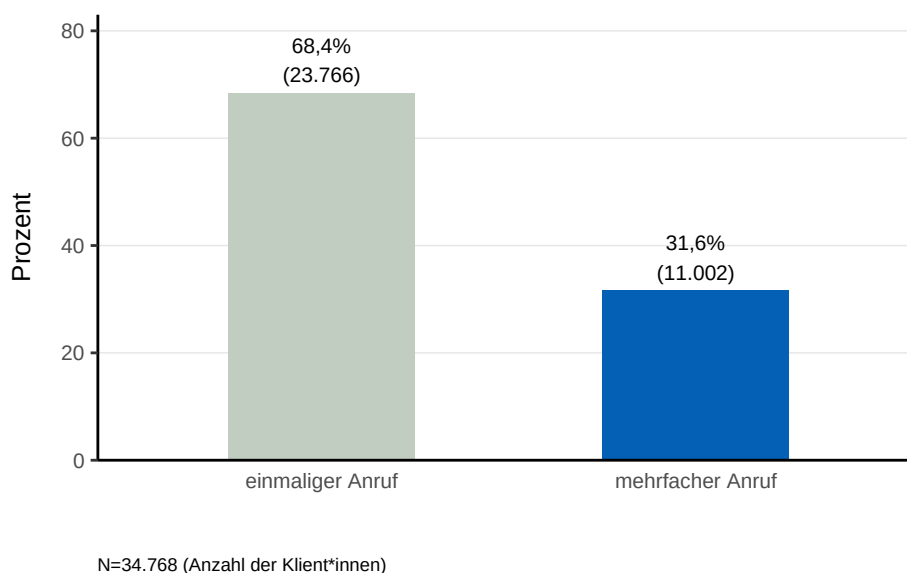
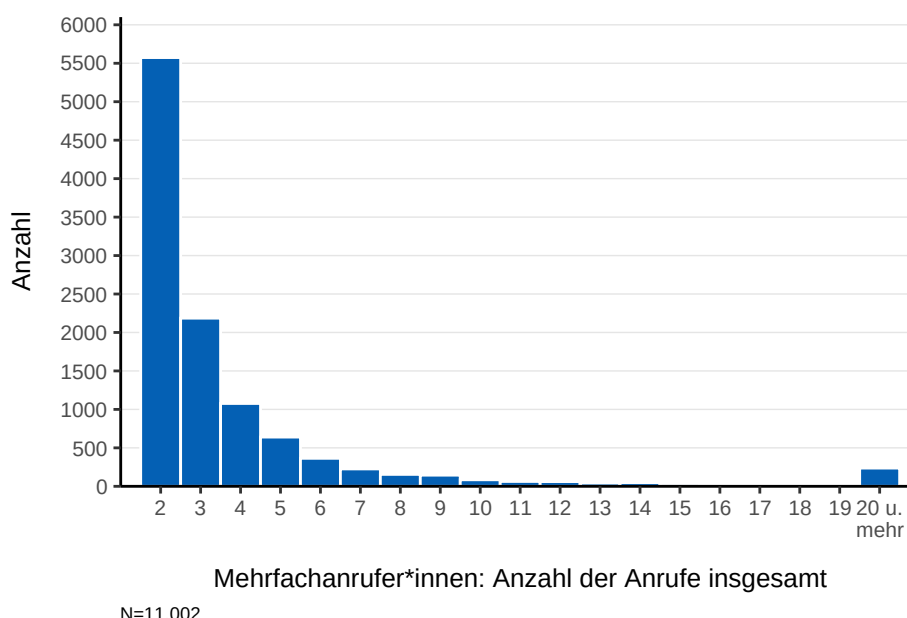


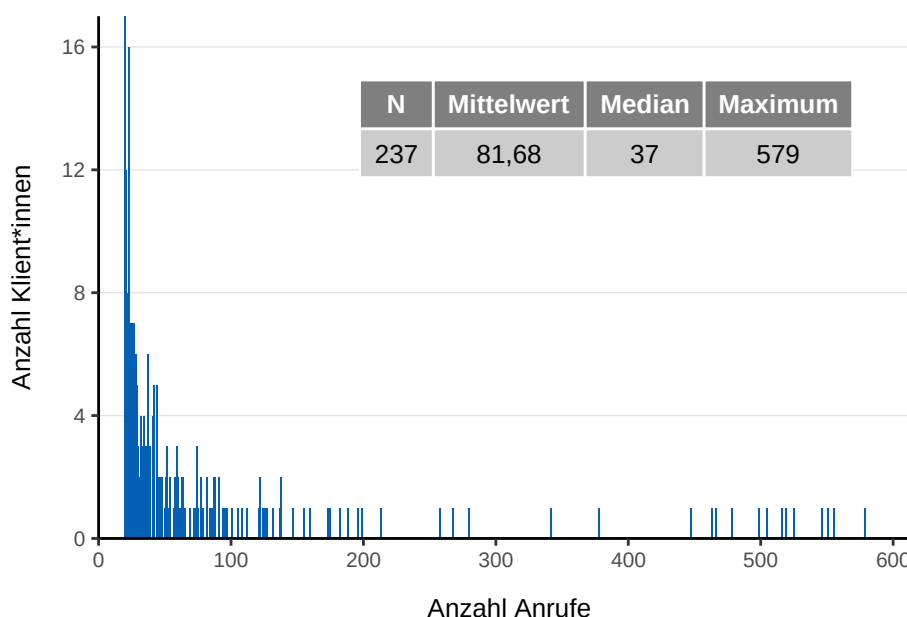
Abbildung 7 zeigt, wie oft einzelne Mehrfachanrufer*innen im Berichtszeitraum einen telefonischen Kontakt zum Krisendienst hatten. Der größte Teil der Mehrfachanrufer*innen (N = 5.574) hat im Berichtszeitraum zweimal den Krisendienst in Anspruch genommen. Häufigere Inanspruchnahmen nehmen bis zur Anzahl von 19 Anrufen bei 18 Klient*innen ab. 20 und mehr Anrufe hatten im Berichtszeitraum insgesamt 237 Klient*innen.

Abbildung 7: Anzahl der Telefonkontakte aller Mehrfachanrufer*innen



Unter den Anrufern, die den Krisendienst im Berichtszeitraum mehr als 20-mal in Anspruch genommen haben, findet sich die größte Gruppe im Bereich 20 bis 100 Anrufe. 42 Personen nahmen den Krisendienst im Berichtszeitraum zwischen 100- bis in wenigen Einzelfällen über 500-mal in Anspruch.

Abbildung 8: Anzahl der Telefonkontakte bei Mehrfachanrufer*innen mit mehr als 20 Anrufen

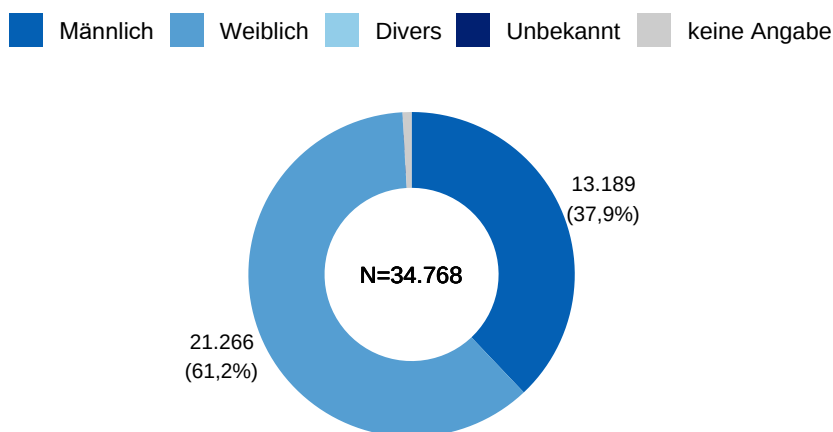


In zusätzlichen Auswertungen fanden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Verteilung des Geschlechts zwischen Klient*innen, die im Berichtszeitraum einmalig den Krisendienst kontaktiert haben und denen, die dies mehrfach getan haben.

2.2 Geschlecht und Alter der Klient*innen

Insgesamt sind 61,2 % der Klient*innen weiblich, das Durchschnittsalter liegt bei ca. 41 Jahren. Die Berechnungen beziehen sich auch hier nicht auf die Anzahl aller Telefonkontakte, sondern es werden alle Klient*innen nur einmal berücksichtigt, unabhängig davon, wie oft oder von wem der Krisendienst kontaktiert wurde. Somit sind die Verteilung des Geschlechts und das Durchschnittsalter nicht durch Mehrfachanrufer*innen beeinflusst. Es finden sich keine Hinweise darauf, dass sich die Zusammensetzung der Klientel bezogen auf das Alter und Geschlecht über die Zeit verändert hat.

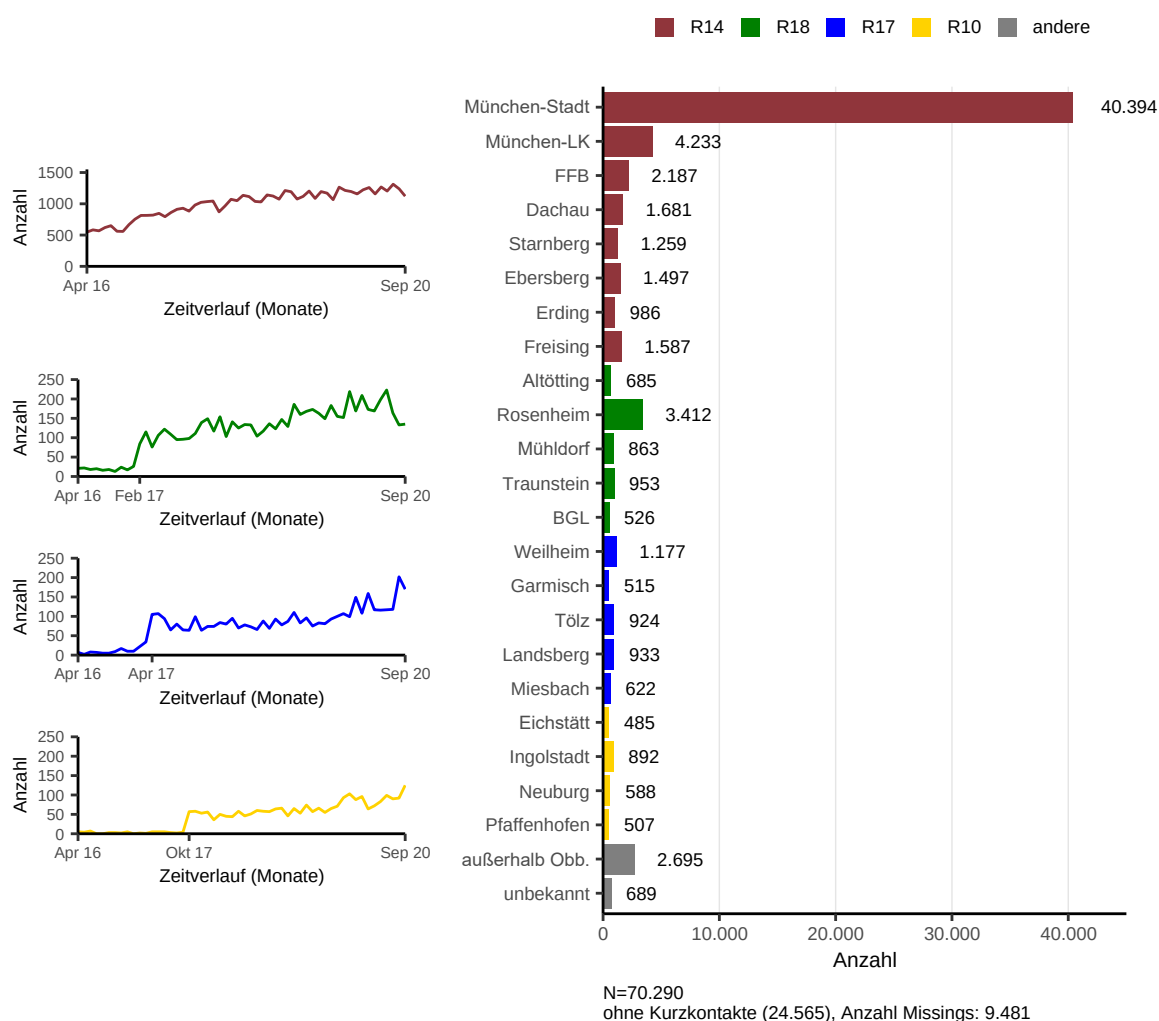
Abbildung 9: Geschlecht der Klient*innen



2.3 Regionale Zuordnung der Telefonkontakte

Sofern bekannt, wird zu allen Klient*innen der Wohnort dokumentiert, so dass die Anrufe den Versorgungsregionen bzw. Landkreisen zugeordnet werden können. Ausschlaggebend für die Zuordnung ist der Wohnort der Klient*innen, auch wenn z. B. Angehörige aus einer anderen Stadt oder Region anrufen. Kurzkontakte können hierbei nicht berücksichtigt werden, da hier die Region der Anrufenden nicht erhoben wird. In Abbildung 10 ist auf der rechten Seite die regionale Zuordnung der Telefonkontakte für den gesamten Zeitraum nach Landkreis dargestellt. Auf der linken Seite sieht man die Entwicklung in den Regionen im Zeitverlauf. Die hier auf der X-Achse genannten Zeitpunkte kennzeichnen die Inbetriebnahme des Krisendienstes in der jeweiligen Region.

Abbildung 10: Anzahl der Telefonkontakte nach Versorgungsregion und Landkreisen

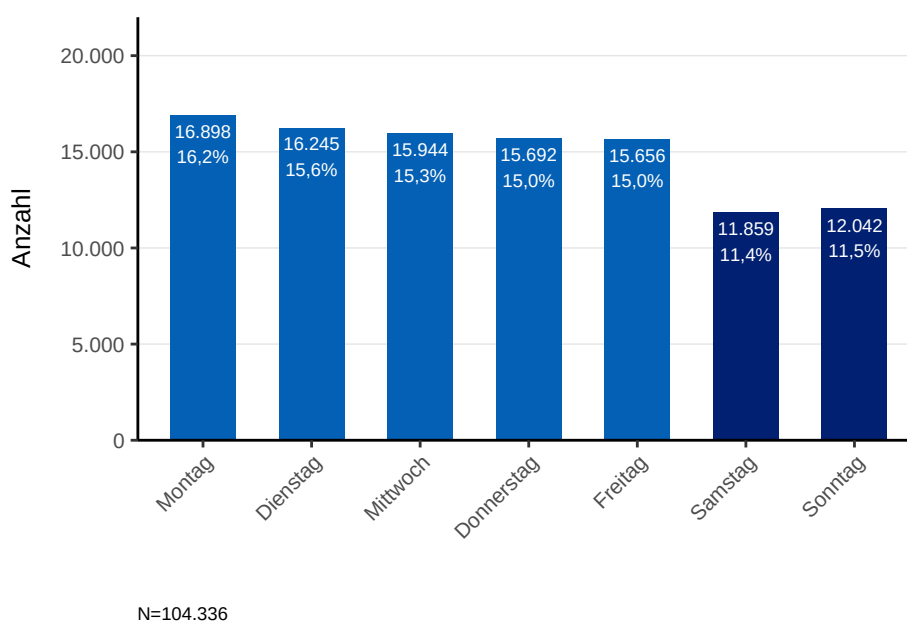


2.4 Zeitpunkt und Dauer der telefonischen Inanspruchnahme

2.4.1 Wochentag

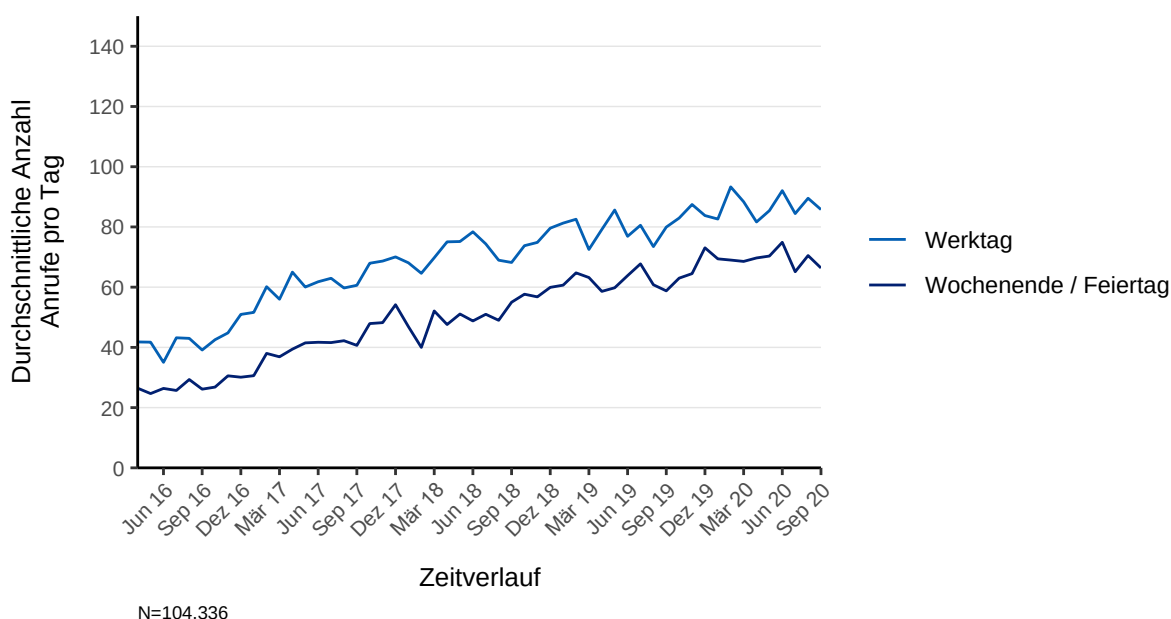
Der Krisendienst Psychiatrie ist 7 Tage die Woche erreichbar. Es zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche, hauptsächlich zwischen Werktagen und Wochenenden (Abbildung 11). Feiertage werden hier nicht separat ausgewiesen, sondern dem jeweiligen Wochentag zugeordnet.

Abbildung 11: Anzahl aller Telefonkontakte nach Wochentag



Die geringere Inanspruchnahme an Wochenenden im Vergleich zu Werktagen bestätigt sich auch im Verlauf des gesamten Berichtszeitraums (Abbildung 12). Bei dem Vergleich von Werktagen und Wochenendtagen wurden in dieser Abbildung alle Feiertage dem Wochenende zugeordnet.

Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl Anrufe für Werktage und Wochenende / Feiertage im Zeitverlauf

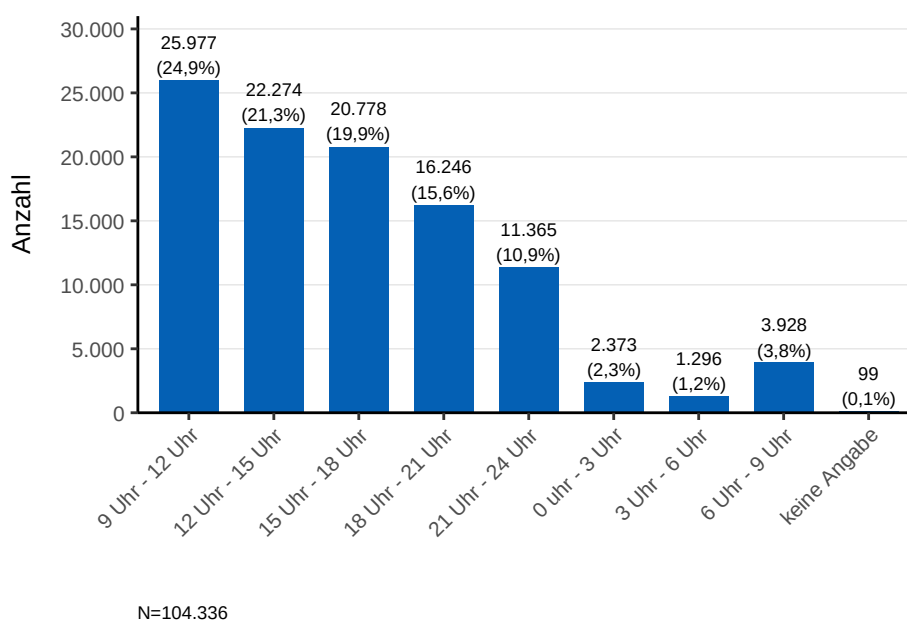


2.4.2 Uhrzeiten

Abbildung 13 zeigt, wie hoch die Inanspruchnahme des Krisendienstes zu den verschiedenen Tageszeiten ist. Zur einfacheren Darstellung wurden 3-Stunden-Intervalle berechnet. Für die Zuordnung war jeweils der Beginn des Telefonates ausschlaggebend.

Im Zeitraum von April 2016 bis Mitte September 2018 war der Krisendienst nur von 9 bis 24 Uhr erreichbar. In Einzelfällen kam es dennoch zu Telefonaten nach 24 Uhr, z. B. wenn die Anrufer*innen vor 24 Uhr eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen haben, aber aufgrund belegter Leitungen erst später zurückgerufen werden konnten.

Abbildung 13: Anzahl aller Telefonkontakte nach Uhrzeit



Die von Jahr zu Jahr zunehmende Inanspruchnahme des Krisendienstes in den unterschiedlichen Zeitfenstern (seit 18.09.2018 insbesondere auch zwischen 0 bis 9 Uhr) sowie deren Verteilung zeigt Abbildung 14. Sowohl die absolute Zahl der Anrufe nachts als auch deren Anteil an der Gesamtzahl der entgegengenommenen Anrufe stieg jährlich an (siehe Tabelle 1).

Abbildung 14: Durchschnittliche Anzahl der Anrufe pro Stunde (die 24-Stunden-Uhr)

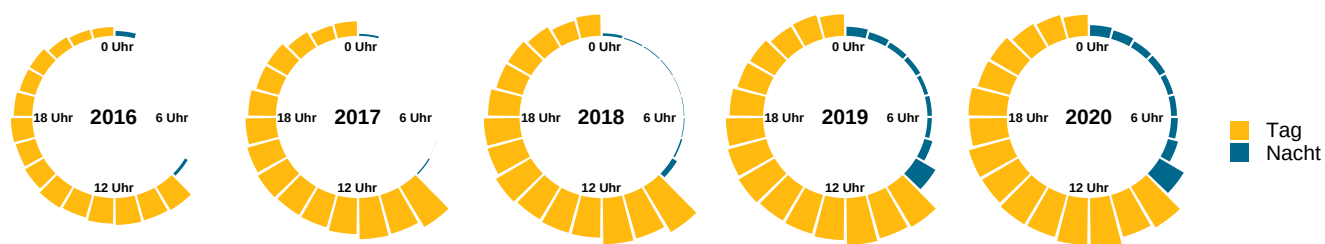


Tabelle 1: Anzahl der Anrufe in der Nacht (nach Jahren)

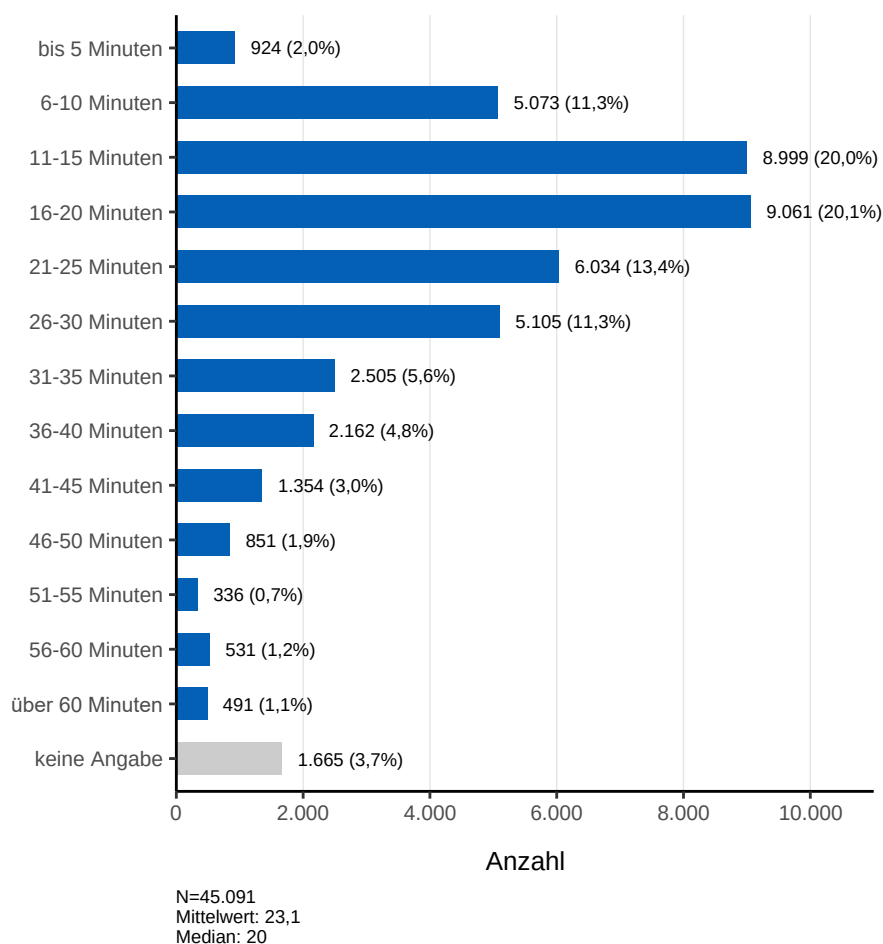
Jahr	Anzahl Anrufe gesamt	Anzahl Anrufe nachts (0-9 Uhr)	Anteil Anrufe nachts (0-9 Uhr) an allen Anrufen
2016 (ab April)	10.364	324	3,1%
2017	20.266	253	1,2%
2018	24.005	725	3,0%
2019	27.371	3.204	11,7%
2020 (bis September)	22.330	3.091	13,8%

2.4.3 Gesprächsdauer

Abbildung 15 zeigt die Gesprächsdauer der Telefonate bei akut krisenhaften Situationen (Screeningprotokolle). Die Dauer umfasst den vollständigen Zeitaufwand der telefonischen Abklärung inklusive der anschließenden Dokumentationszeit. Es werden hier bewusst nur die Screeningprotokolle ausgewertet, da nur in diesen Telefonaten eine Krisenintervention im eigentlichen Sinn mit einem konkreten, dokumentierten Ergebnis stattfindet. Das mit Verlaufsprotokollen und in Kurzkontakten erfasste Geschehen bildet insbesondere Informationsweitergaben und weitere Klärung von Rückfragen ab und wird hier nicht berücksichtigt (Protokollart; siehe Kapitel 1.3).

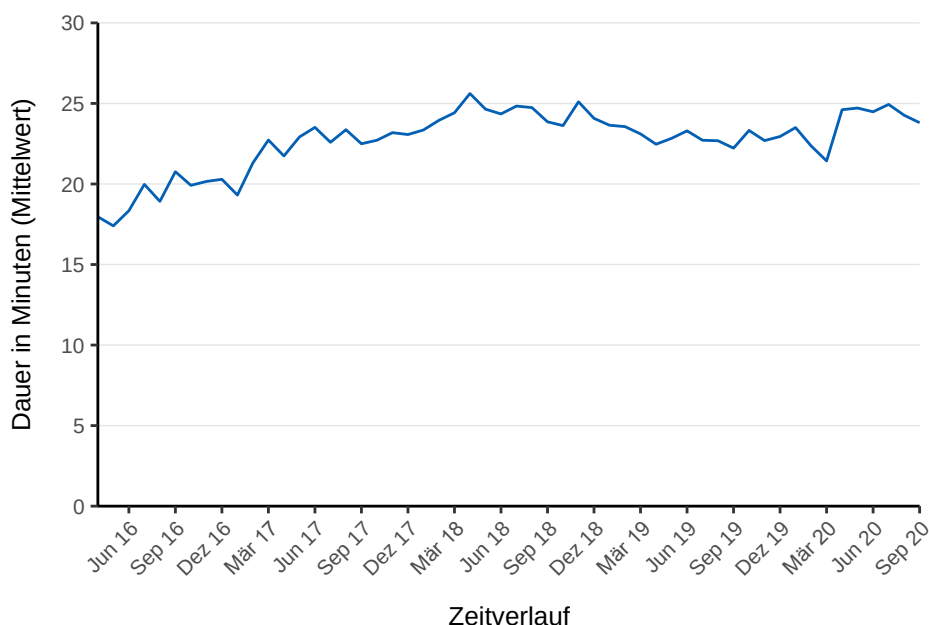
Mit insgesamt 40,1 % wurden jeweils zur Hälfte die Gesprächsdauern 11 bis 15 Minuten sowie 16 bis 20 Minuten am häufigsten dokumentiert. 53,4 % aller akuten Krisensituationen im Berichtszeitraum konnten telefonisch in bis zu 20 Minuten geklärt werden. In 4,9 % der Fälle dauerte diese Abklärung länger als 45 Minuten.

Abbildung 15: Gesprächsdauer in Minuten



Die jeweiligen durchschnittlichen Monatswerte für den benötigten Zeitaufwand der telefonischen Erstabklärung stiegen im gesamten Berichtszeitraum von zunächst unter 20 Minuten im Juni 2016 bis über 25 Minuten im April 2018 an und bewegten sich ab dann mit Schwankungen zwischen 21,4 und 25,1 Minuten.

Abbildung 16: Durchschnittliche Gesprächsdauer in Minuten im Zeitverlauf



2.5 Ergebnis der telefonischen Krisenintervention

Die Ergebnisse der telefonischen Krisenintervention werden für Telefonkontakte aus akut krisenhaften Situationen (Screeningprotokoll) dokumentiert. Abbildung 17 zeigt, dass in 69,0 % der Fälle eine Empfehlung gegeben wurde, an wen bzw. welche Institution, Dienste oder anderes Hilfsangebot sich die Klient*innen nach fachlicher Einschätzung der Leitstelle wenden sollte, um weiterführende Unterstützung zu erhalten (z. B. SPDI). Dies geschieht in den Fällen, in denen die Klient*innen selbstständig genug erscheinen, diesen Schritt selbst zu tun.

In 17,4 % der Fälle wurde von der Leitstelle ein mobiler Einsatz oder eine persönliche Beratung durch ein Einsatzteam an einem der Standorte des Krisendienstes initiiert. Diese Einsätze wurden unmittelbar nach dem Telefonat durchgeführt (detaillierte Darstellung in Kapitel 3).

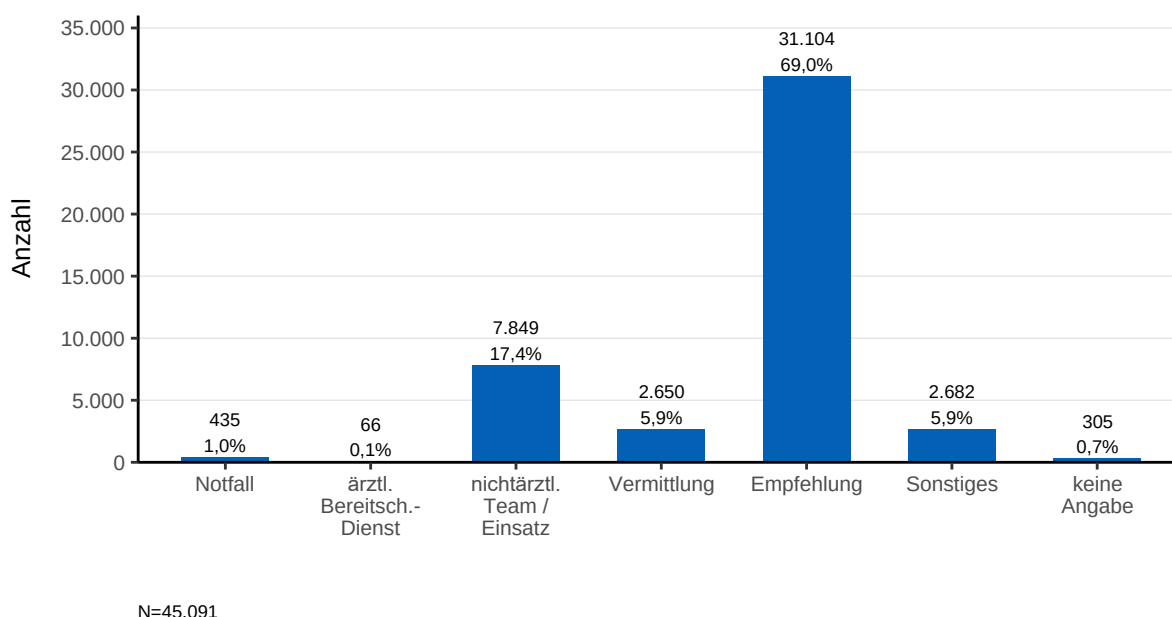
In 5,9 % der Fälle wird von der Leitstelle eine Vermittlung in Form einer aktiven, verbindlichen Anmeldung zu einem der festen Kooperationspartner im Krisenhilfenetzwerk vorgenommen, in den meisten Fällen durch tagesgleiche Vorstellung in einer der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

In ebenfalls 5,9 % werden unter der Kategorie „Sonstiges“ Gespräche zusammengefasst, die keine weiterführenden Aktivitäten erforderlich machten (z. B. Entlastungsgespräche) bzw. deren Ergebnis sich nicht den anderen Kategorien zuordnen lässt.

Bei Vorliegen einer akuten Gefährdungssituation wurden unter dem Begriff „Notfall“ (in 1,0 % der Fälle) die sofortige Hinzuziehung und Einsatz von Polizei, Rettungsdienst oder Notarzt subsumiert.

In 0,1 % der Fälle wurde der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hinzugezogen.

Abbildung 17: Ergebnis der telefonischen Krisenintervention



Im Berichtszeitraum zeigten sich eine allmähliche Zunahme des Anteils der Empfehlungen, zugleich (seit 2017) ein Rückgang des prozentualen Anteils sowohl von mobilen Einsätzen / persönlichen Beratungen sowie Vermittlungen (Abbildung 18).

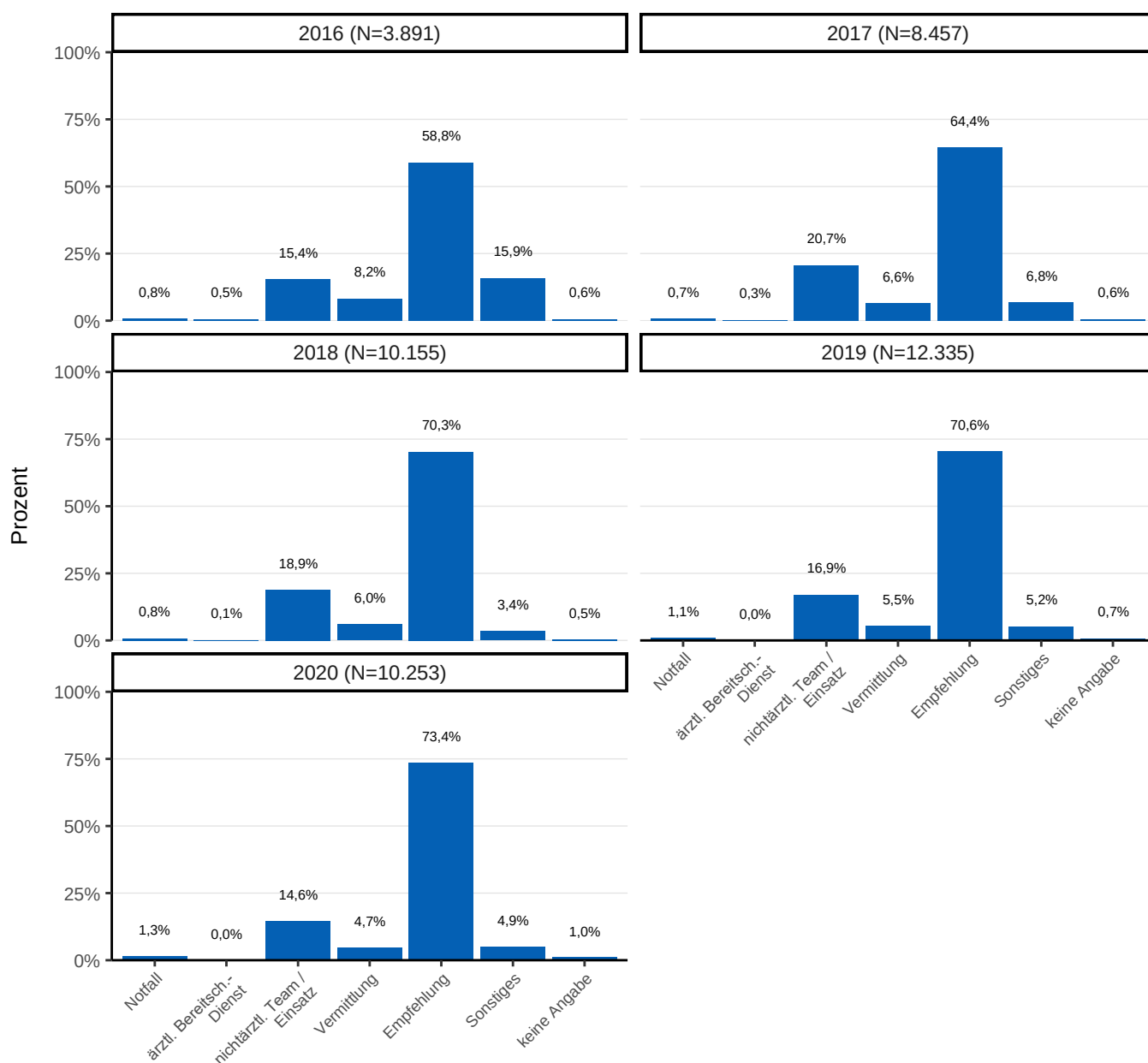
Mögliche Erklärungen könnten sein:

- Zunehmende Expertise der telefonischen Krisenintervention und Beratungen der Leitstelle mit dem Effekt, akute Krisensituationen zunehmend häufig durch geeignete Beratung und Weiterempfehlung ausreichend unterstützen zu können
- Eine über die Jahre zunehmende Verlässlichkeit bezüglich des Funktionierens von Weiterempfehlungen an andere Einrichtungen und Netzwerkpartner

Einschränkend muss festgestellt werden, dass es durch die Corona-Pandemie vor allem im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2020 zu einer erheblichen Reduktion der Zahl persönlicher Kriseninterventionen kam. Damit ist eine vergleichende Beurteilung des Jahres 2020 mit den Vorjahren nicht möglich (siehe dazu auch Kapitel 3.1).

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass zwar die prozentualen, nicht aber die absoluten Zahlen von Einsätzen, persönlichen Beratungen und Vermittlungen zurückgingen. Diese waren aufgrund ansteigender Inanspruchnahme im Berichtszeitraum in allen genannten Bereichen leicht ansteigend.

Abbildung 18: Ergebnis der telefonischen Krisenintervention nach Jahr



2.5.1 Anzahl der Vermittlungen

Eine differenzierte Darstellung der Vermittlungen aus der Leitstelle zeigt Tabelle 2. Darin werden die absoluten Vermittlungszahlen in ambulante und stationäre Versorgung, Vermittlungen in den SGB V- und SGB XII-Bereich³ sowie zu Netzwerkkooperationspartnern aufgeschlüsselt.

Tabelle 2: Vermittlungen nach telefonischer Krisenintervention

Ambulant / Stationär	SGB	Netzwerk- partner	N	
Ambulant	SGB V	ja	1.943	
		nein	188	
	SGB XII	nein	84	
	Sonstiges/ unbekannt	ja	19	
Stationär	SGB V	ja	168	
		nein	134	

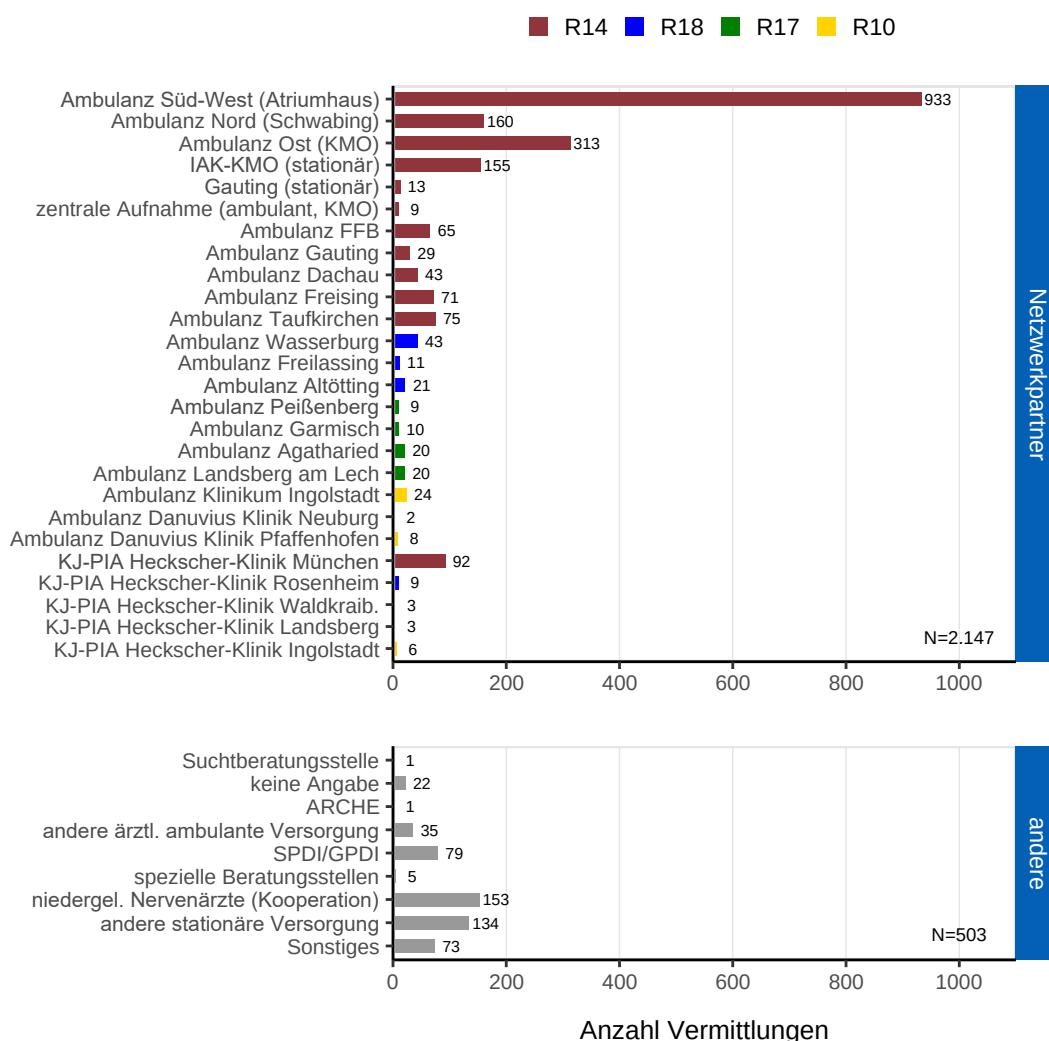
³ SGB: Sozialgesetzbuch – im SGB V sind die Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung, im SGB XII die Regelungen zur Sozialhilfe enthalten

2.5.2 Vermittlungen nach Regionen

In Abbildung 19 sind die Ergebnisse der Vermittlung zu Netzwerkpartnern und anderen Institutionen aufgeführt. Bei den Vermittlungen zu Netzwerkpartnern ist die regionale Zuordnung erkennbar. Hierbei zeigt sich, dass

- die meisten Vermittlungen im Berichtszeitraum in die (städtischen) Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Region 14 stattfanden. Das kbo-Atriumhaus war in dieser Zeit für zwei der vier städtischen Versorgungssektoren (Süd und West) zuständig, die Ambulanzen der Kliniken Ost und Nord für Psychiatrie und Psychotherapie jeweils für einen Sektor. Eine besondere Stellung kommt der PIA am kbo-Heckscher Klinikum München zu: Diese ist die Hauptanlaufstelle für akute Notfallsituationen bei Kindern und Jugendlichen für das gesamte Einzugsgebiet des Krisendienstes.
- die größte Anzahl von Vermittlungen außerhalb der Krisendienstnetzwerkpartner fand in Praxen niedergelassener Nervenärzt*innen / Psychiater*innen statt.

Abbildung 19: Differenzierung der Vermittlungen zu Netzwerkpartnern und anderen Institutionen nach telefonischer Krisenintervention

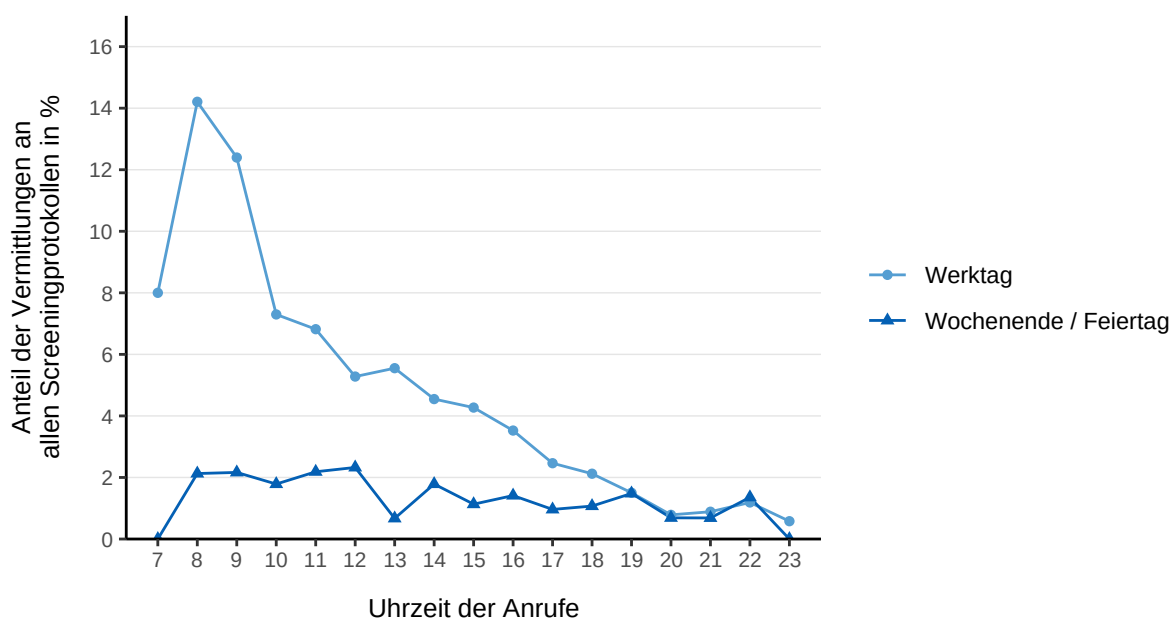


2.5.3 Vermittlungen in PIA nach Uhrzeit

Die tagesgleiche Vermittlung in Notfalltermine in die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der beteiligten klinischen Kooperationspartner ist im Rahmen individueller Leistungsbeschreibungen der PIAs geregelt. Aus den Leistungsbeschreibungen gehen die Öffnungszeiten, Erreichbarkeit und Leistungsangebote hervor. Nur eine Ambulanz in Oberbayern war im Berichtszeitraum an Wochenenden und Feiertagen rund-um-die-Uhr zugänglich. Alle anderen PIAs halten in unterschiedlichem Umfang auf die Werktage beschränkte Öffnungszeiten vor.

Die Abbildung 20 zeigt, dass an Werktagen (Montag-Freitag) bei 14 % der in der Zeit zwischen 8 und 9 Uhr geführten Telefonate aufgrund akuter Krisensituationen (Screeningprotokolle) eine Vermittlung in die PIAs erfolgte. Der Anteil der Anrufe mit Vermittlungen in die PIA nimmt dann im Tagesverlauf ab. So werden zum Beispiel bei Telefonaten zwischen 18 und 19 Uhr nur noch 2 % der Anrufer*innen in eine PIA vermittelt. An Wochenenden / Feiertagen werden lediglich zwischen 8 und 12 Uhr zwei und mehr Prozent Vermittlungen an PIAs durchgeführt. Zu den übrigen Tageszeiten sind dies weniger. Insgesamt wurde an Werktagen bei durchschnittlich 5,2 % der Telefonate aufgrund akuter Krisensituationen eine Vermittlung in eine PIA durchgeführt, an Wochenend- bzw. Feiertagen dagegen nur bei 1,4 %.

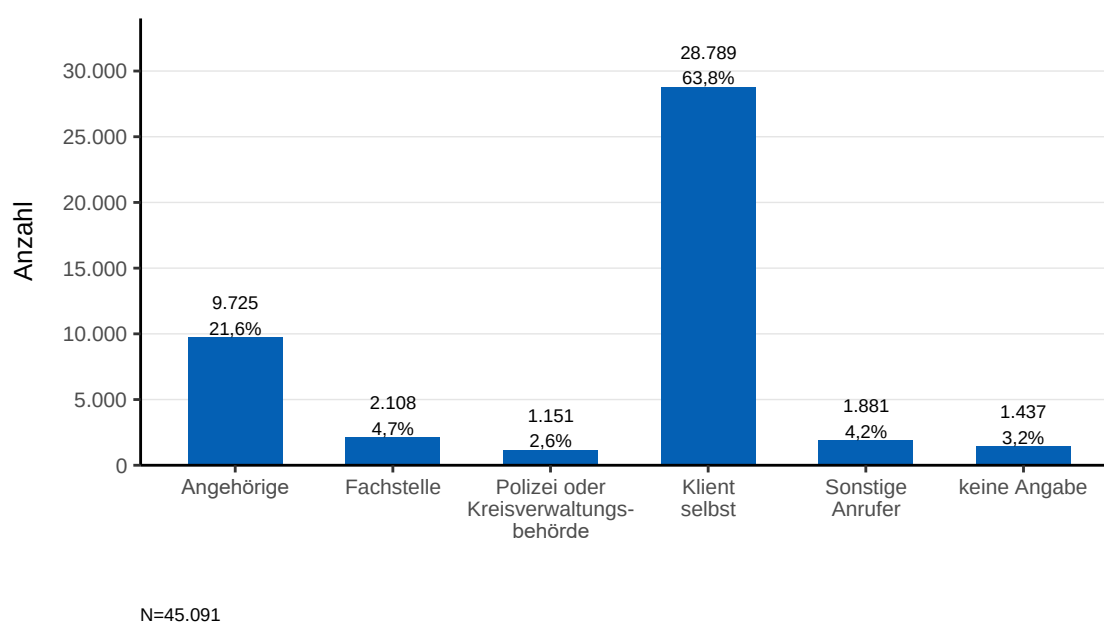
Abbildung 20: Vermittlungen in PIA nach Uhrzeit



2.6 Anrufergruppen in akut krisenhaften Situationen

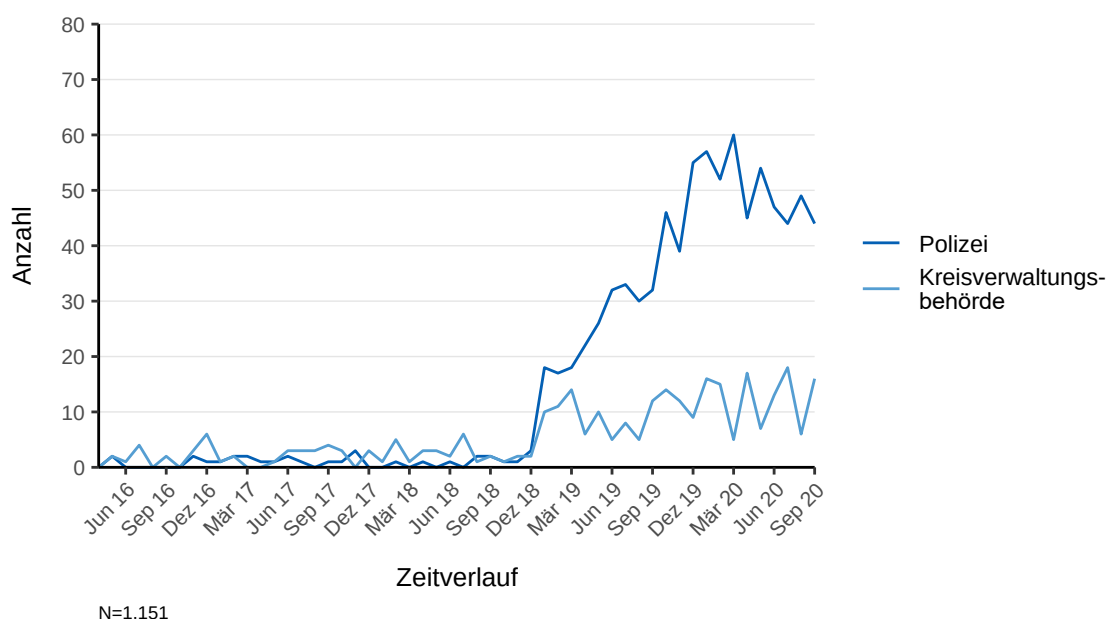
In akut krisenhaften Situationen erfolgte die Kontaktaufnahme zur Leitstelle in 85,4 % der Fälle durch die Klient*innen oder ihre Angehörigen. Sonstige Anrufergruppen machten nur einen geringen Anteil aus (siehe Abbildung 21). Zu Fachstellen zählen zum Beispiel Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte oder Betreuer; in die Gruppe „Sonstige Anrufer“ fallen zum Beispiel Nachbarn oder Arbeitskollegen. Im Berichtszeitraum wurde der Krisendienst 1.151-mal durch die Polizei oder die Kreisverwaltungsbehörde kontaktiert.

Abbildung 21: Differenzierung der Anrufergruppen



Seit Inkrafttreten des Unterbringungsteils des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes mit den dort enthaltenen Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Polizei und Krisendienst zum Jahresbeginn 2019 ist die Anzahl der Kontaktaufnahmen durch Polizei und Kreisverwaltungsbehörden sprunghaft angestiegen (Abbildung 22). Der Rückgang von Inanspruchnahmen ab März 2020 und die darauffolgenden Schwankungen können im Wesentlichen als Auswirkungen der Corona-Pandemie gewertet werden, ohne dass Detaileffekte bekannt sind.

Abbildung 22: Verlauf Anrufrufen Fachstellen Polizei und Kreisverwaltungsbehörden



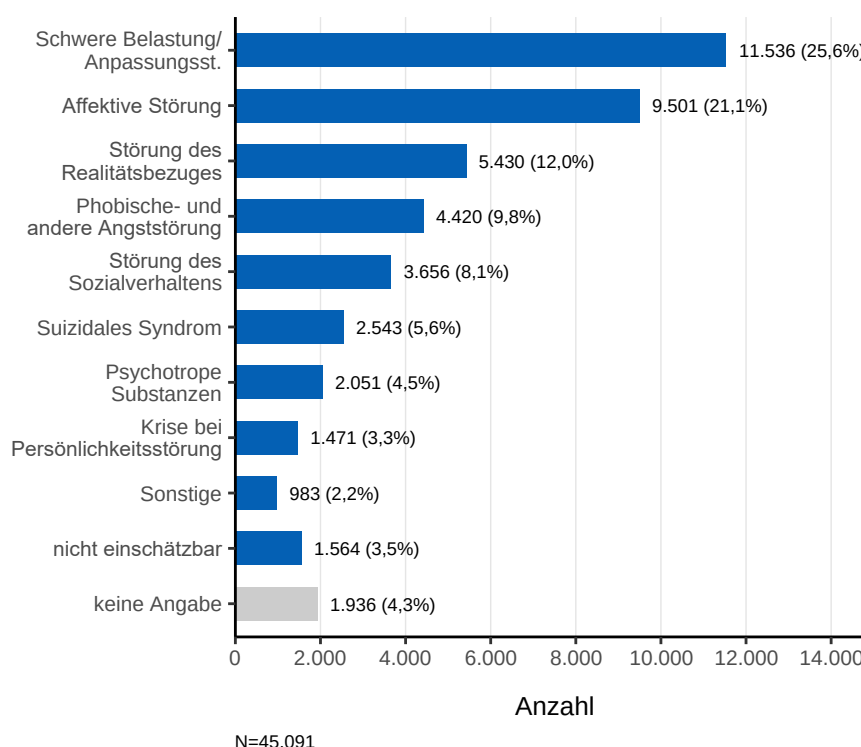
2.7 Verschiedene Aspekte der vorgetragenen Beschwerdebilder

Sowohl die Einschätzung des von den Anrufer*innen vorgetragenen Problems als auch die Entscheidung über das konkrete Hilfeangebot basieren auf der Erhebung verschiedener Aspekte des beschriebenen Beschwerdebildes, die im Folgenden dargestellt werden.

2.7.1 Problemspektrum der Klient*innen

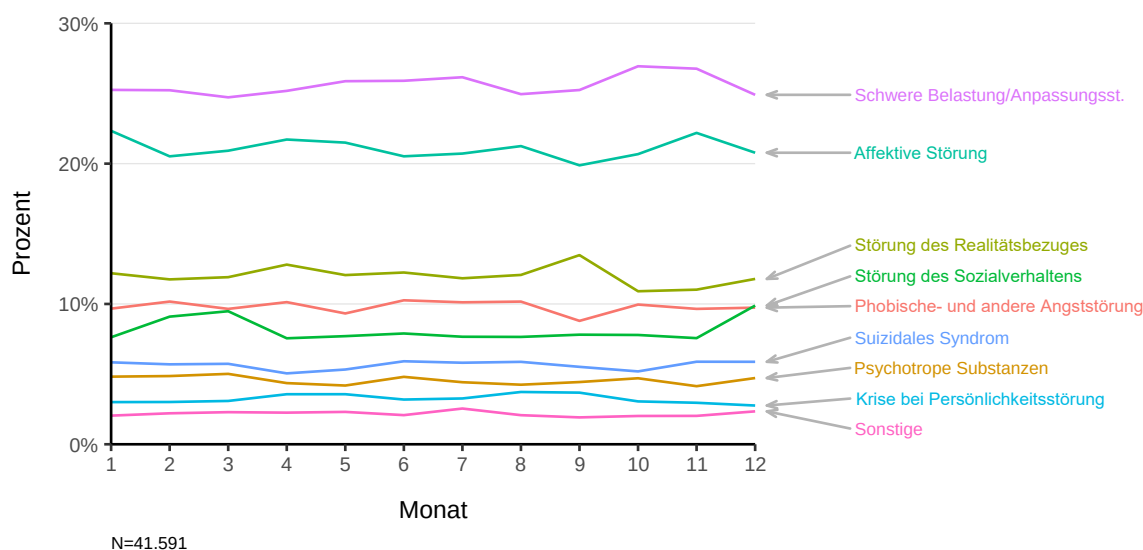
Die Zuordnung und Dokumentation der mündlichen Symptomschilderungen (Selbstbeschreibung von Betroffenen oder Fremdanamnese durch Anrufer*innen aus dem Umfeld der Klient*innen) zu einem – im Vordergrund stehenden – ersten psychiatrischen Problemspektrum erfolgt durch die Mitarbeiter*innen des Krisendienstes am Telefon. Die Zuordnung der geschilderten psychischen Phänomene ist an die klinische ICD-10-Klassifikation angelehnt, wobei das „suizidale Problemspektrum“ als eigenständiges, akut im Vordergrund stehendes Problemspektrum getrennt erfasst wurde (als krisendienstspezifische und -relevante Kategorie). Abbildung 23 zeigt die prozentuale Verteilung der am Telefon erhobenen Problemspektren. Grundsätzlich ermöglicht die Dokumentation die Erfassung eines zweiten Problemspektrums. Hier werden jedoch nur die im Vordergrund stehenden ersten Problemspektren vorgestellt. Wichtiger Hinweis: es handelt sich hier um eine fachliche Einschätzung aufgrund des Eindrucks der Mitarbeiter*innen der Leitstellen, in keinem Fall um eine gesicherte ärztliche Diagnose.

Abbildung 23: Erste Problemspektren der Klient*innen



Der lange Berichtszeitraum ermöglicht es, potenzielle saisonale Unterschiede in der Rangfolge der dominierenden Problemspektren zu untersuchen. Abbildung 24 zeigt die Verteilung der Problemspektren nach Kalendermonat, es zeigen sich jedoch keine eindeutigen Muster. Fälle, bei denen das erste Problemspektrum nicht einschätzbar war oder nicht angegeben wurde, sind hier nicht berücksichtigt.

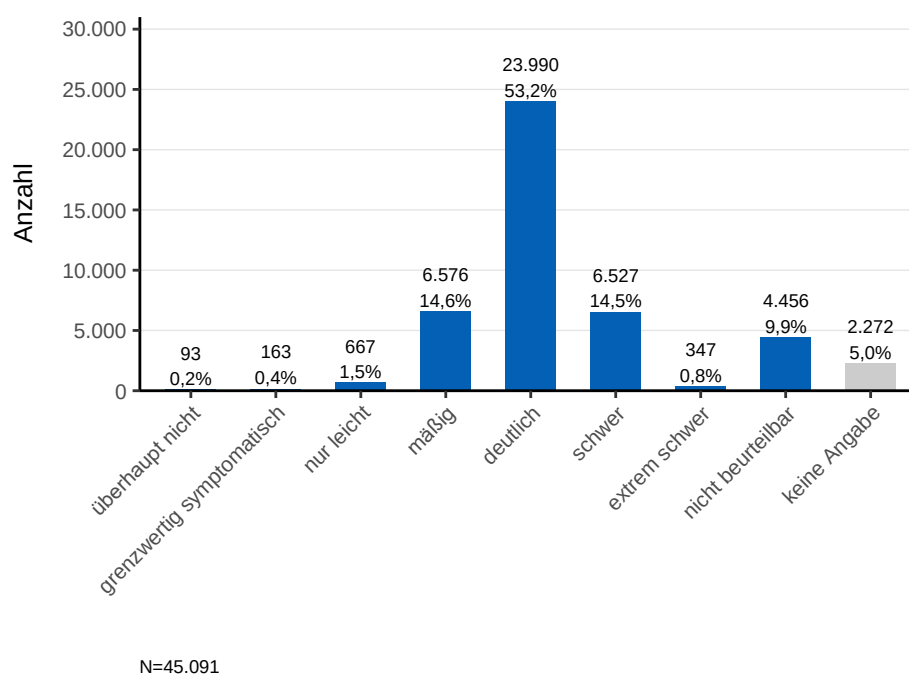
Abbildung 24: Dokumentiertes Problemspektrum nach Monat



2.7.2 Schwere der Symptomatik

Bei allen Anrufen, in denen eine akute Krisensituation vorgetragen wird, soll auch eine Einschätzung der Schwere der beschriebenen Symptomatik vorgenommen und dokumentiert werden. Die dazu verwendete Skala orientiert sich an dem Instrument des Clinical Global Impression Score (CGI). Demnach sind mit 67,7 % der Fälle mehr als 2/3 den Ausprägungen „deutlich“ und „schwer“ zugeordnet (Abbildung 25).

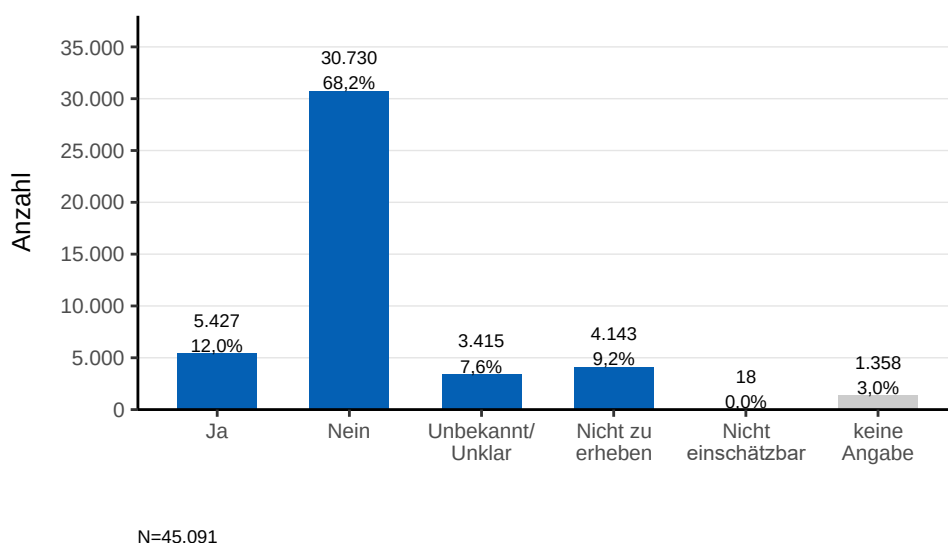
Abbildung 25: Schwere der Symptomatik



2.7.3 Selbstgefährdung

Die Mitarbeiter*innen der Leitstelle dokumentieren Anhaltspunkte für eine eventuell bestehende Selbstgefährdung. Abbildung 26 zeigt die Verteilung der Häufigkeiten der fachlichen Einschätzungen. Es zeigt sich, dass im gesamten Berichtszeitraum bei 12 % der Anrufer*innen in einer akuten Krisensituation Hinweise auf eine vorliegende Selbstgefährdung (z. B. Suizidalität, Selbstverletzungsdruck) erhoben werden konnten. In 9,2 % der Fälle war dies nicht zu erheben, in 7,6 % der Fälle „unbekannt / unklar“. Eine mögliche Ursache für fehlende Erhebbarkeit sind zum Beispiel Anrufe dritter Personen, in denen kein direkter Kontakt zu den Klient*innen hergestellt werden konnte, so dass diese Einschätzung nicht ausreichend sicher vorgenommen werden konnte.

Abbildung 26: Selbstgefährdung

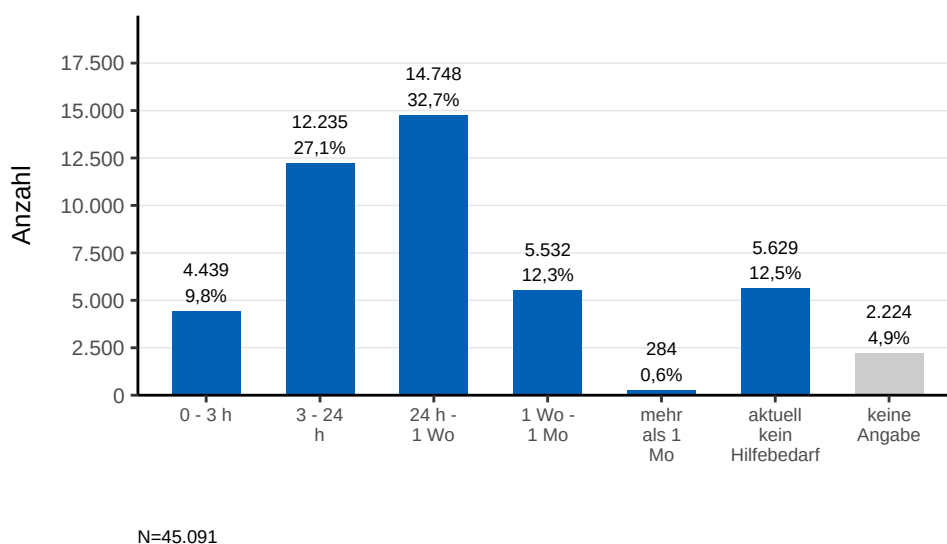


2.7.4 Akuität

Ein wesentliches Merkmal in der Abklärung von Krisensituationen und Bereitstellung gezielter Hilfen liegt in der Einschätzung der Dringlichkeit einer vorgebrachten Situation. Dies geschieht über die Festlegung am Ende des Telefonates, in welchem Zeitraum nach Einschätzung der Mitarbeiter*innen am Telefon die erforderliche Hilfe benötigt wird. Hier stehen fünf Abstufungen zur Verfügung.

Für den Berichtszeitraum zeigt sich, dass in 9,8 % der Fälle ein Handlungsbedarf binnen drei Stunden gesehen wurde. 27,1 % der Anrufer*innen benötigten Krisenhilfe binnen 24 Stunden. Bei weiteren 32,7 % wurde die Bereitstellung von Hilfeangeboten im Zeitraum bis zu einer Woche für ausreichend erachtet. Die Einleitung der jeweiligen Hilfsmaßnahmen folgte der hier festgestellten Dringlichkeit.

Abbildung 27: Akuität der Krisensituation



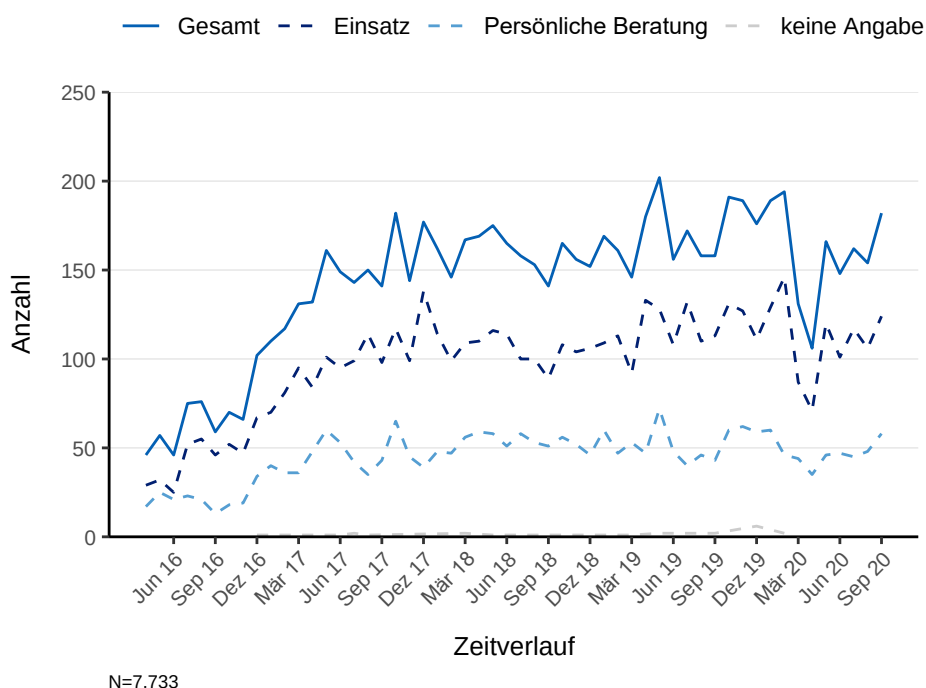
3 Persönliche Kriseninterventionen

Die Mitarbeiter*innen der Leitstelle entscheiden anhand von festgelegten Einsatzindikationen am Telefon mit den Anrufer*innen, ob es zu einem mobilen Einsatz oder zu einer persönlichen Beratung kommt. Bei einem mobilen Einsatz fährt das zuständige Bereitschaftsteam zum Ort der Krise (zum Beispiel Wohnung der Anrufer*innen, Parkbank, Einrichtungshaus, etc.), bei der persönlichen Beratung kommen die Klient*innen zum Standort des Einsatzteams. Insgesamt wurde im Berichtszeitraum nach 7.733 Telefonaten eine persönliche Krisenintervention eingeleitet. Die Dokumentation dieser Kriseninterventionen erfolgte durch die ausrückenden Teams in einem separaten Protokoll (Einsatzprotokoll), welches die Grundlage des folgenden Kapitels darstellt (siehe Kapitel 1.3).

3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme der persönlichen Kriseninterventionen

Abbildung 28 zeigt die Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen im Monatsverlauf. Neben der Gesamtzahl werden Einsätze und persönliche Beratungen auch separat dargestellt. Wie die telefonische Inanspruchnahme des Krisendienstes ist auch die Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen im Berichtszeitraum insgesamt gestiegen. Der prägnanteste Anstieg findet zwischen November 2016 und Mai 2017 statt und ist hauptsächlich auf die steigende Anzahl von mobilen Einsätzen zurückzuführen. Dieser Anstieg kann auf den Anschluss der drei großen Regionen 14 Land, 18 und 17 (siehe Abbildung 1, Abbildung 19) zurückgeführt werden, weil jeweils erstmals Einsatzteams zur Verfügung standen. In den Monaten März und April 2020 ist ein deutlicher Rückgang der persönlichen Kriseninterventionen zu erkennen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass zu Beginn der Corona-Pandemie noch wenig Informationen zum Infektionsrisiko vorlagen, weshalb die Kriterien für Einsatzindikationen und persönliche Beratungen deutlich enger gefasst wurden. Der Gesamtbetrieb des Krisendienstes konnte während der gesamten Dauer der Pandemie jedoch aufrechterhalten werden. Seit August 2020 bewegen sich die Zahlen für persönliche Kriseninterventionen wieder auf ähnlichem Niveau wie vor der Pandemie.

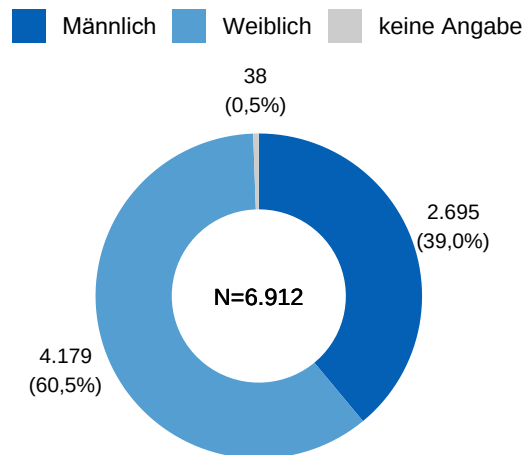
Abbildung 28: Anzahl mobiler Einsätze und persönlicher Beratungen



3.2 Geschlecht und Alter der Klient*innen

Hinsichtlich der Verteilung des Geschlechts und des Alters der Klient*innen zeigen sich mit knapp 60 % weiblichen Klientinnen und einem Durchschnittsalter von ca. 42 Jahren keine nennenswerten Unterschiede bei der Gruppe der Klient*innen, bei denen eine persönliche Krisenintervention durchgeführt wurde im Vergleich zur Gesamtverteilung (siehe Abbildung 9). Beide Merkmale ändern sich über die Zeit nicht nennenswert. Wie bei den Telefonkontakten wurden auch hier alle Klient*innen nur einmal gezählt.

Abbildung 29: Geschlecht der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen

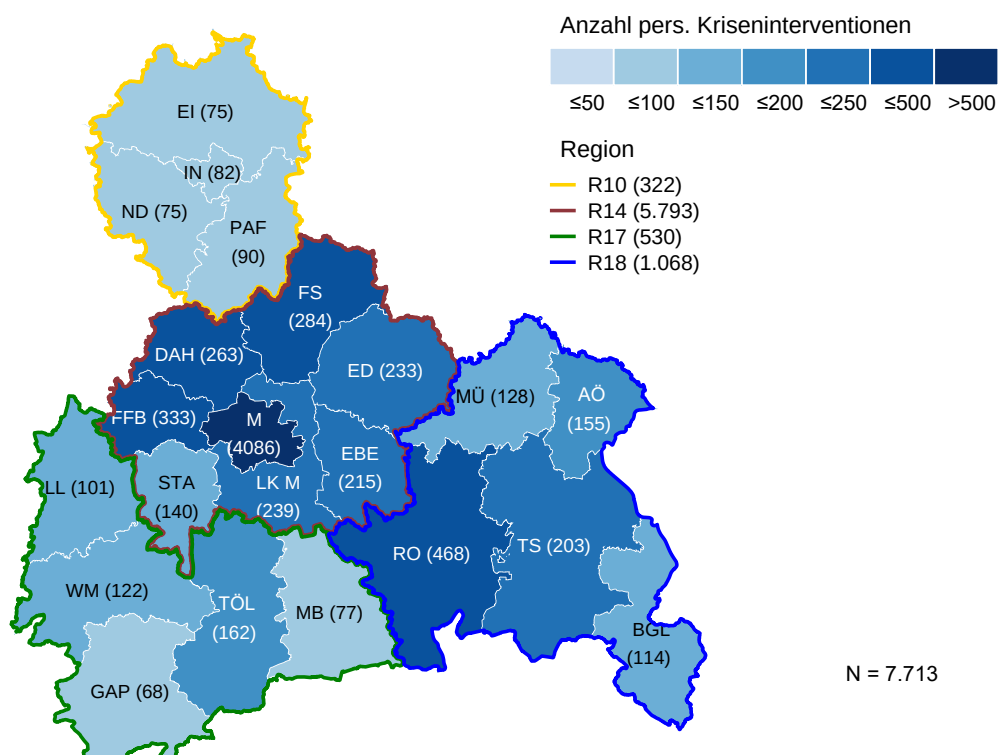


3.3 Regionale Zuordnung der eingesetzten Teams

Anders als bei den Telefonkontakten, bei denen sich die regionale Zuordnung auf den Wohnort der Klient*innen bezieht, ist hier der Landkreis des ausrückenden Einsatzteams ausschlaggebend. Außerdem sind die unterschiedlichen Erhebungszeiträume der Regionen zu berücksichtigen (siehe Abbildung 1).

Anhand der Farbgebung in Abbildung 30 zeigt sich, dass im Stadtgebiet München über den Berichtszeitraum die meisten persönlichen Kriseninterventionen stattfanden. Grund dafür könnte sein, dass es hier bereits seit 2007 den Krisendienst Psychiatrie München gab und daher die Bekanntheit des Dienstes besonders hoch ist. Zudem sind die unterschiedlich hohen Einwohnerzahlen in den verschiedenen Regionen bei der Betrachtung zu bedenken.

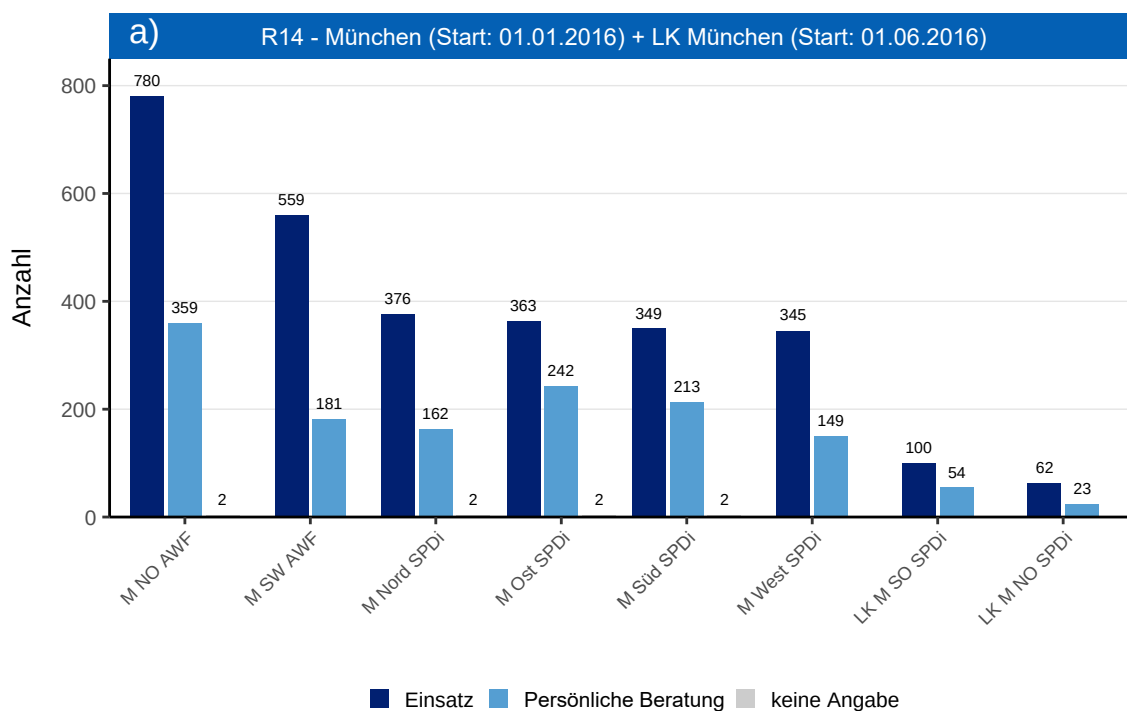
Abbildung 30: Regionale Zuordnung der ausrückenden Teams



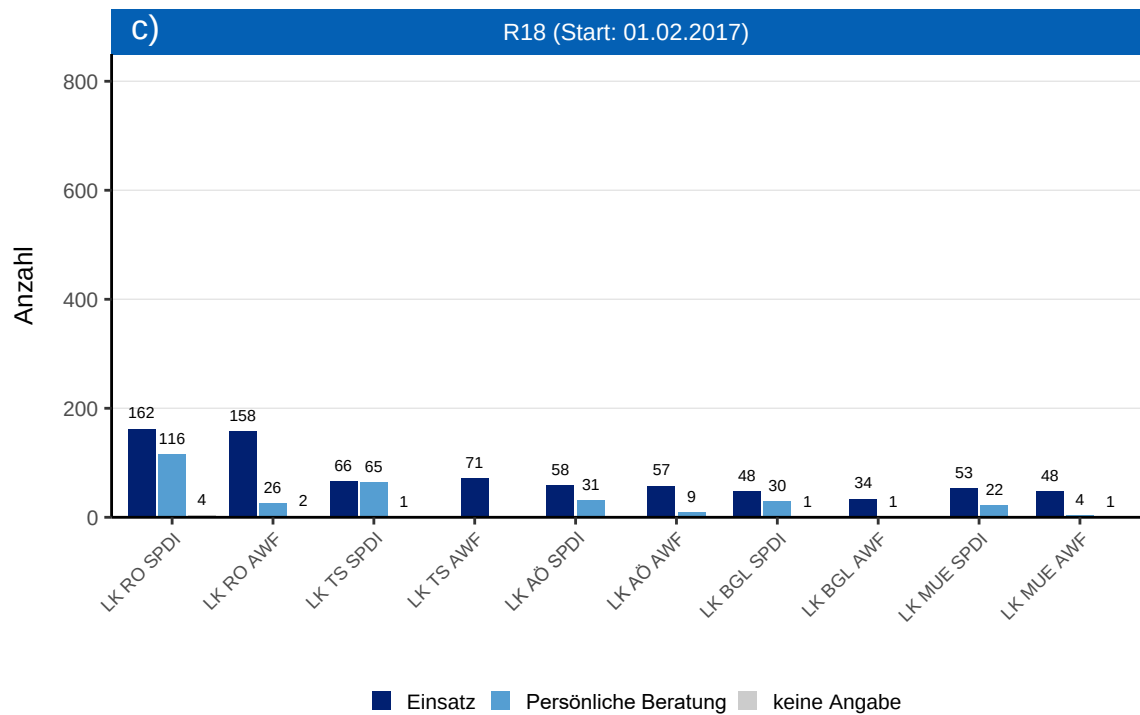
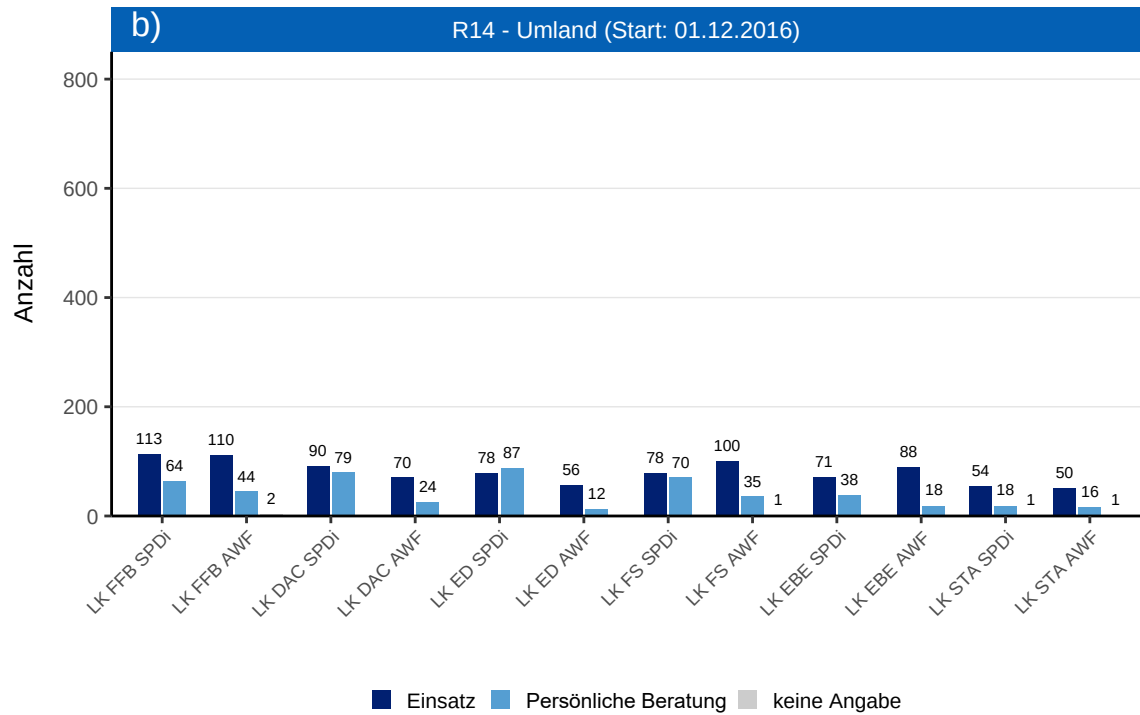
In der folgenden Abbildung 31 a) bis e) werden die Anzahl der mobilen Einsätze und persönlichen Beratungen nach Regionen und auf Ebene der Einsatzteams weiter differenziert.

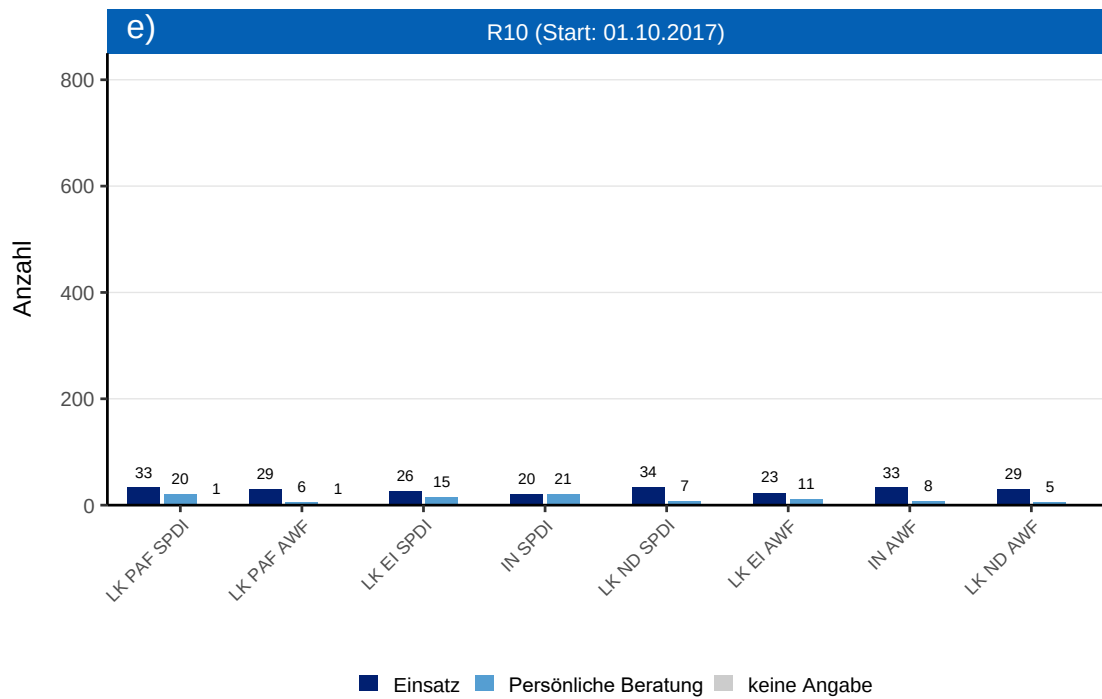
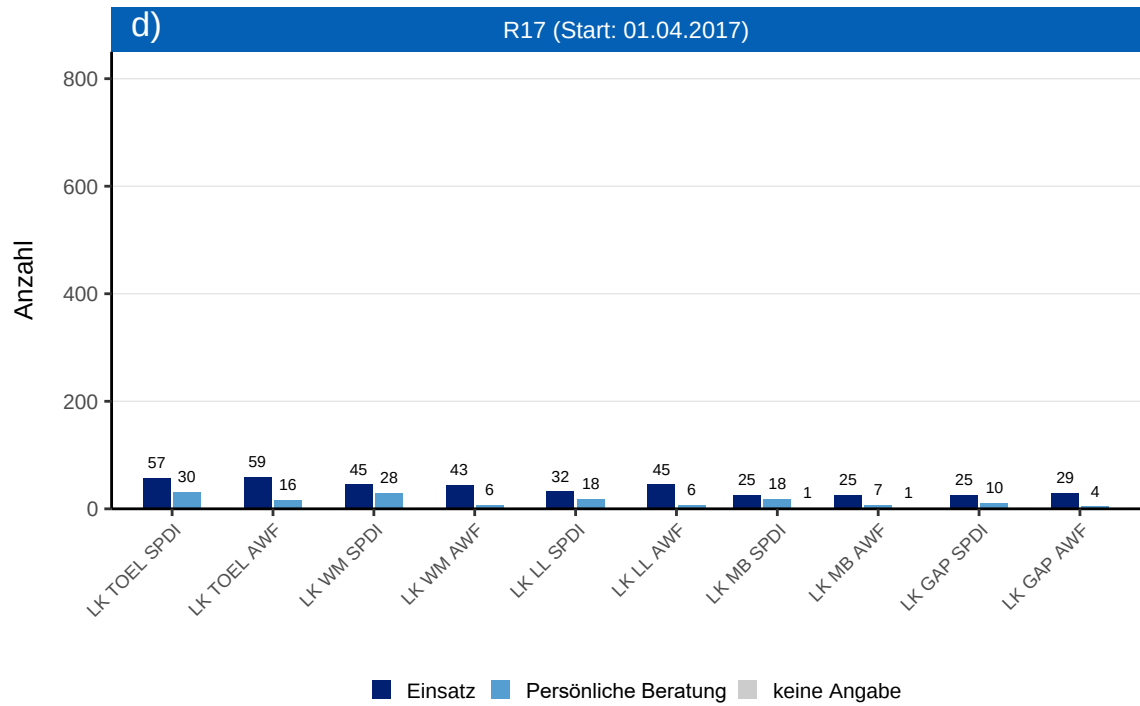
Dabei wird zwischen den Teams der Tagdienste (gestellt von den SPDIs; Einsatzzeiten im Berichtszeitraum Montag bis Freitag 9-16 Uhr) und denen der AWF-Teams (gestellt von den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege; Einsatzzeiten im Berichtszeitraum Montag bis Freitag 16-21 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen 13-21 Uhr) unterschieden. Jedes Einsatzteam ist für eine definierte Region zuständig. Die hier vorliegende Auswertung bezieht sich immer auf die Teamebene. Lediglich in Region 14 ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass die Teams in der Stadt und dem Landkreis München sich bei hoher Nachfrage auch gegenseitig vertreten. Das heißt, dass aus der Auslastung eines Teams kein exakter Rückschluss auf die Binnenverteilung im Münchner Stadtgebiet ablesbar ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Teams des Landkreises München erst am 01.06.2016 die Arbeit aufnahmen. Eine Liste der verwendeten Abkürzungen aller Einsatzteams findet sich im Anhang.

Abbildung 31: Anzahl der mobilen Einsätze und persönlichen Beratungen nach Regionen und Teams



Die folgenden Abbildungen b) – e) werden in der Reihenfolge aufgeführt, in der die Einsatzteams der Regionen ihren Dienst innerhalb des Projektablaufs aufgenommen haben, beginnend mit der Region 14 Umland und zuletzt mit der Region 10 Ingolstadt.



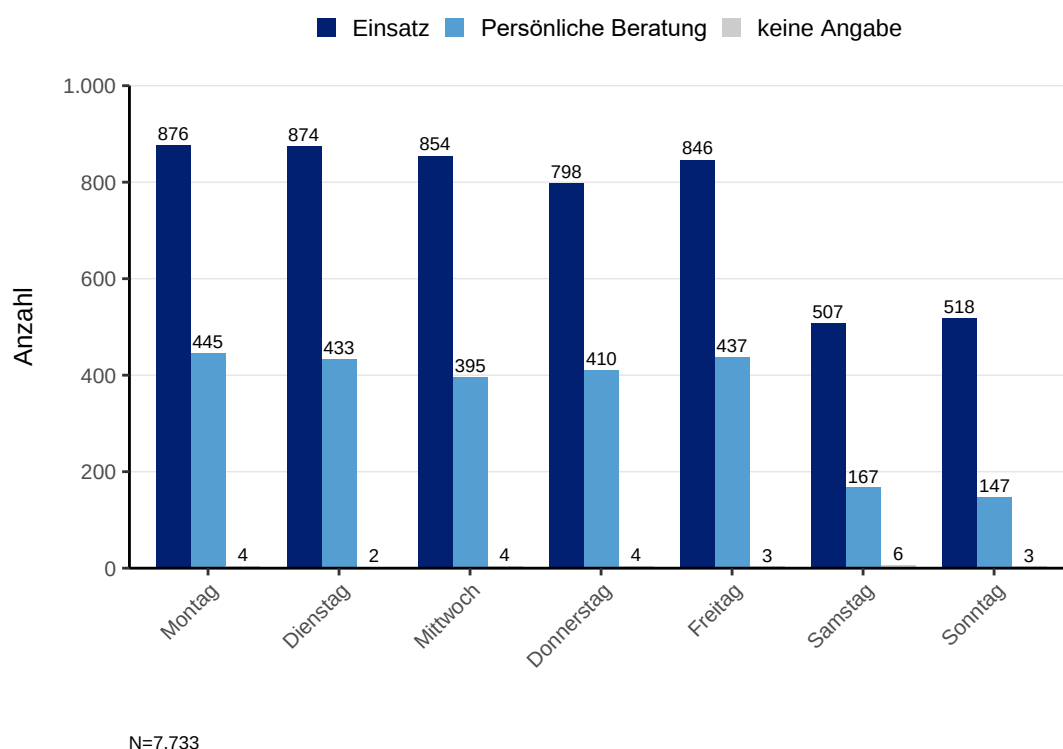


3.4 Zeitpunkt und Dauer der persönlichen Kriseninterventionen

3.4.1 Wochentag

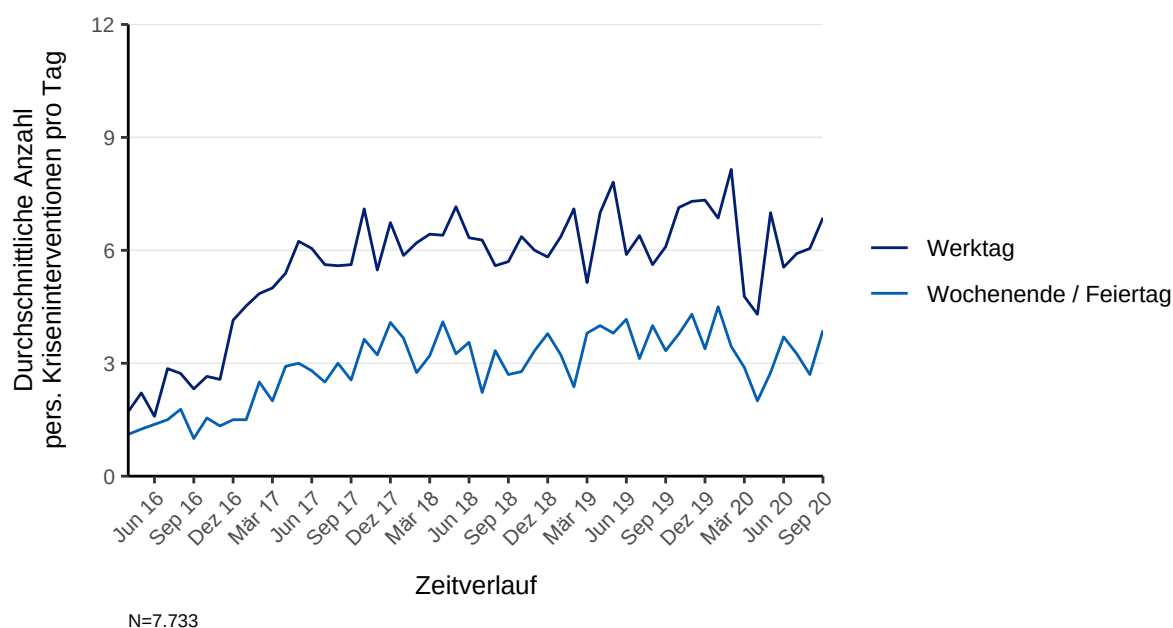
Analog zur Verteilung der Telefonkontakte zeigt sich bei den persönlichen Kriseninterventionen ein ähnliches Muster der Inanspruchnahme innerhalb einer Woche. Zwischen Montag und Freitag ist die Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen weitgehend konstant, im Vergleich dazu am Wochenende deutlich niedriger. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass im Berichtszeitraum an den Werktagen Einsatzteams von 9 bis 21 Uhr, an Wochenenden lediglich von 13 bis 21 Uhr zur Verfügung standen. Feiertage werden hier nicht separat ausgewiesen, sondern dem jeweiligen Wochentag zugeordnet.

Abbildung 32: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Wochentag



Die geringere Inanspruchnahme an Wochenenden und Feiertagen im Vergleich zu Werktagen bestätigt sich auch im Zeitverlauf (siehe Abbildung 33). Zur besseren Vergleichbarkeit der Monate wird hier die durchschnittliche Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen pro Tag dargestellt. Bei dem Vergleich von Werktagen und Wochenende wurden alle Feiertage dem Wochenende zugeordnet. Auch hier lässt sich der bereits unter 3.1 erwähnte Rückgang an persönlichen Kriseninterventionen zu Beginn der Corona-Pandemie im März und April 2020 erkennen.

Abbildung 33: Durchschnittliche Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Werktag und Wochenende / Feiertag



3.4.2 Uhrzeit

Die zeitliche Verteilung der Inanspruchnahme der Einsatzteams ist in Abbildung 34 ersichtlich. Die Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen ist jeweils in 3-Stundenintervallen von 9-21 Uhr dargestellt. Einsätze, die z. B. aufgrund von Übergabegesprächen mit einem Beginn nach 21 Uhr oder vor 9 Uhr außerhalb der regulären Einsatzzeiten dokumentiert wurden, sind in der Gruppe 21-9 Uhr zusammengefasst.

Abbildung 34: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Uhrzeit

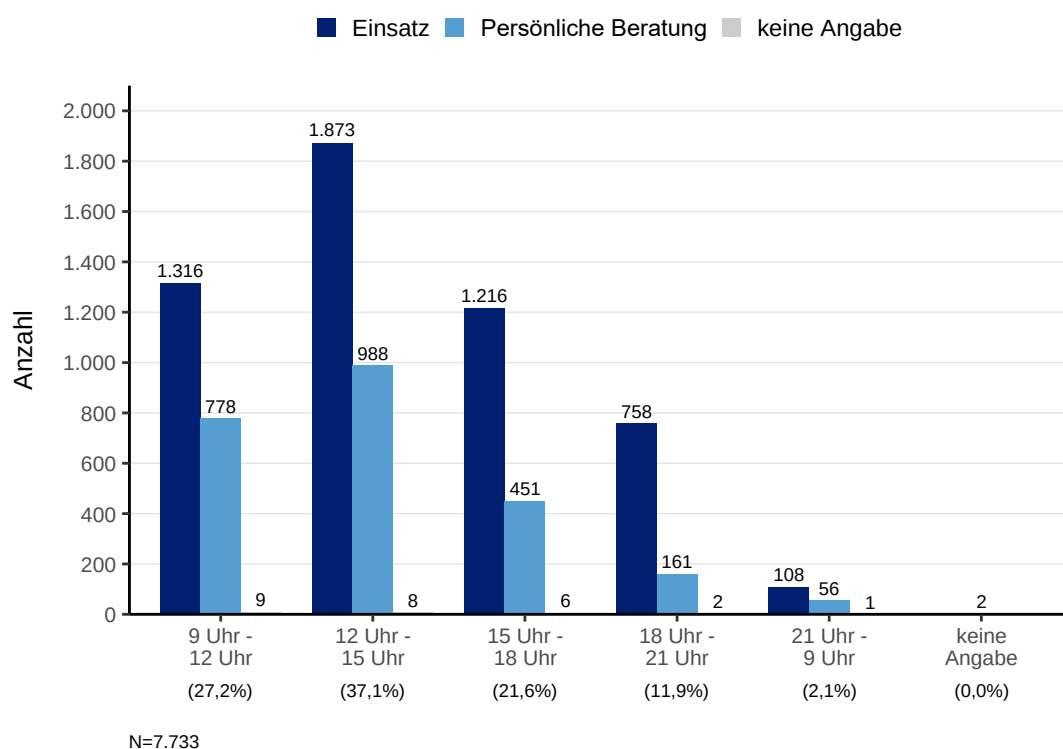
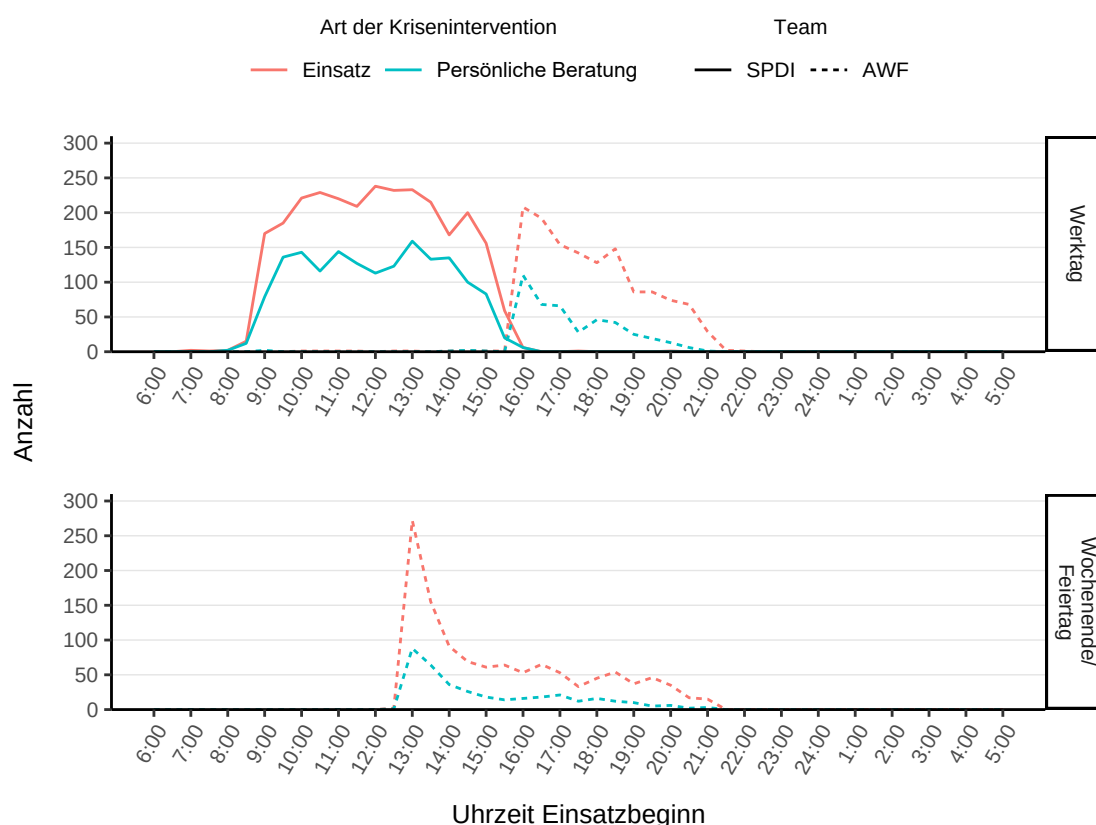


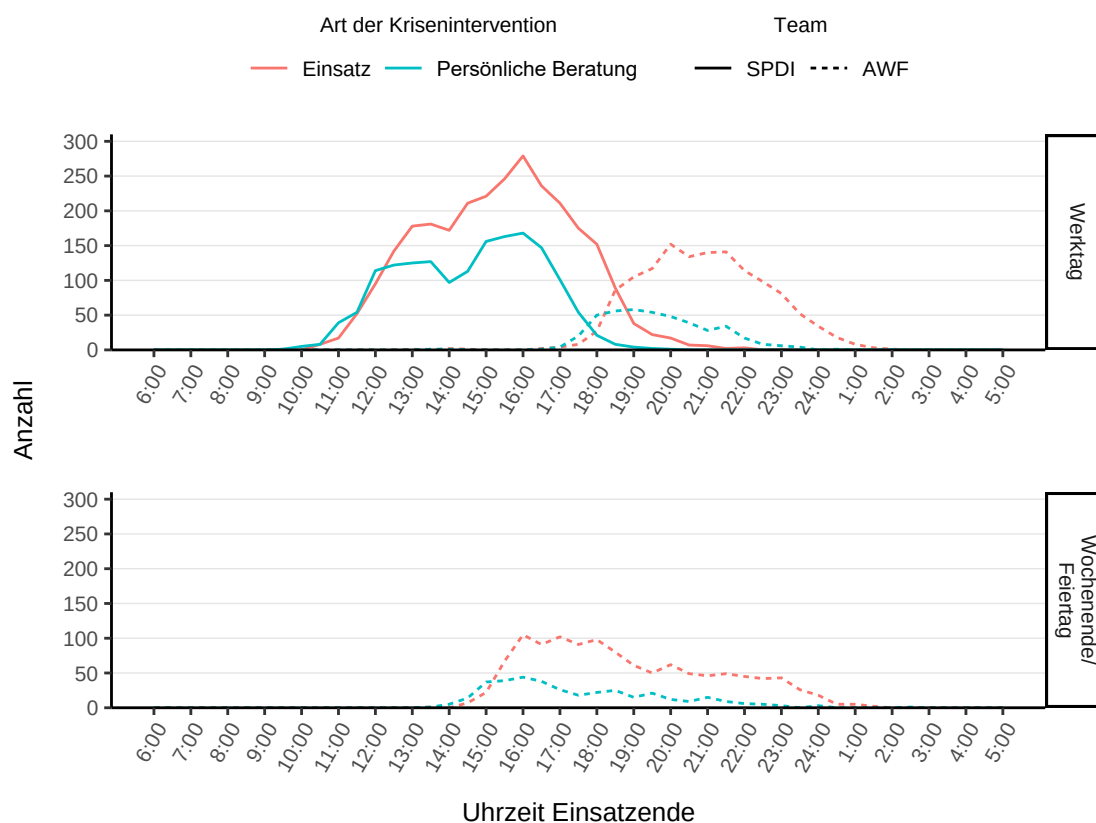
Abbildung 35 zeigt, um wieviel Uhr die Einsätze an Werktagen bzw. an Wochenenden und Feiertagen beginnen. Es wird unterschieden zwischen mobilen Einsätzen und persönlichen Beratungen sowie den jeweils durchführenden Einsatzteams. An Werktagen in der Zeit zwischen 9 und 16 Uhr stellen die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDI) die Einsatzteams; abends zwischen 16 und 21 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen von 13 bis 21 Uhr ausschließlich AWF-Teams (Abend-Wochenend-Feiertag-Teams).

Abbildung 35: Einsatzbeginn der persönlichen Kriseninterventionen



In Abbildung 36 ist zu sehen, um wieviel Uhr die Einsätze und persönlichen Beratungen enden. Mit dem Ende eines Einsatzes / einer persönlichen Beratung ist der Zeitpunkt gemeint, zu dem das Einsatzteam alle zum Einsatz gehörigen Aufgaben erledigt hatte. Dies schließt auch die Falldokumentation sowie ggf. Nachbesprechung des Teams mit ein. Das Einsatzende kann über das Ende der Bereitschaftszeit von 16 Uhr bei den SPDI-Teams bzw. über 21 Uhr bei den AWF-Teams hinausgehen, wenn bspw. der Einsatzbeginn zu einem späteren Zeitpunkt war oder der Einsatz insgesamt lange dauerte.

Abbildung 36: Einsatzende der persönlichen Kriseninterventionen



3.4.3 Dauer der persönlichen Krisenintervention

Die Einsatzdauer beinhaltet sowohl Fahrt- als auch Dokumentationszeiten und bildet damit die Gesamtzeit ab, die ein Einsatzteam mit einem Einsatz beschäftigt ist. In Abbildung 37 sind diese Einsatzdauern dargestellt. Der Mittelwert aller Einsatzdauern lag bei 182,6 Minuten. In 5,5 % der Fälle (N = 424) betrug die Einsatzdauer mehr als 5 Stunden.

Abbildung 37: Einsatzdauer der persönlichen Kriseninterventionen

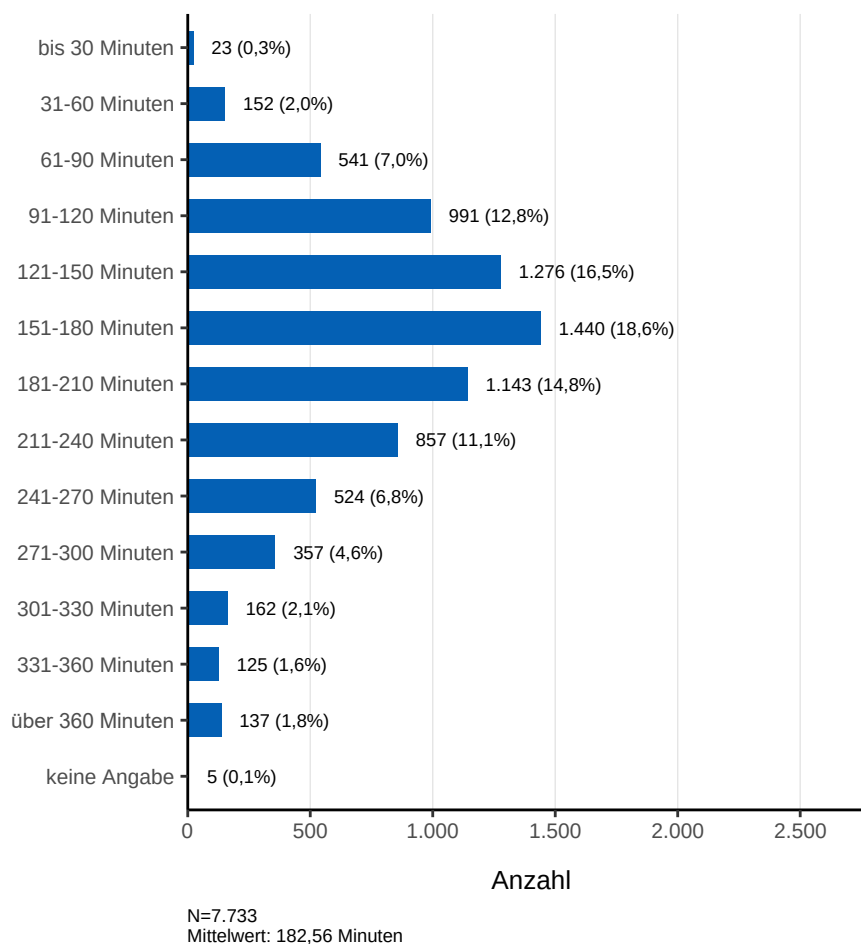
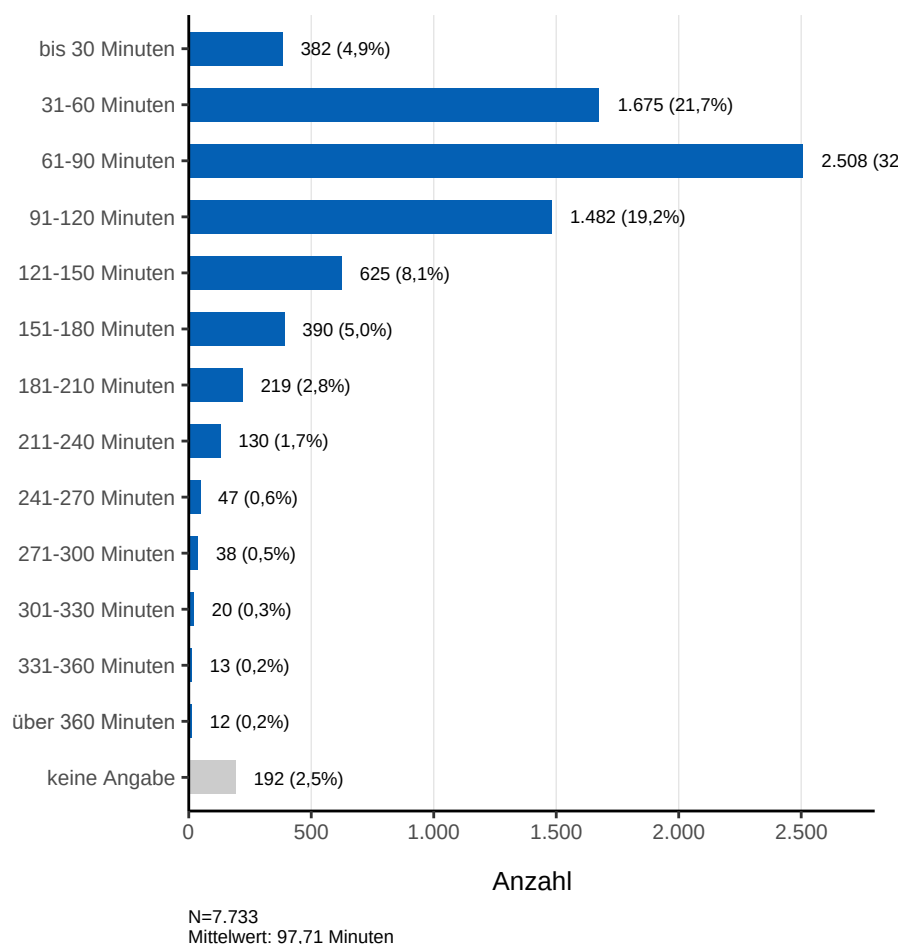


Abbildung 38 zeigt die reine Interventionsdauer, das heißt die Zeitspanne während der Einsatzdauer, die den direkten Kontakt zu den Klient*innen bzw. dem Klientensystem (z. B. Angehörigen) abbildet, Fahrt- bzw. Dokumentationszeiten sind hier nicht berücksichtigt. In 26,6 % der Fälle wurde eine Interventionsdauer von bis zu einer Stunde angegeben. In 6,3 % der Fälle dauerte die Intervention länger als drei Stunden, in 0,7 % länger als 5 Stunden.

Der Mittelwert der Interventionsdauer betrug 97,71 Minuten.

Abbildung 38: Interventionsdauer bei persönlichen Kriseninterventionen

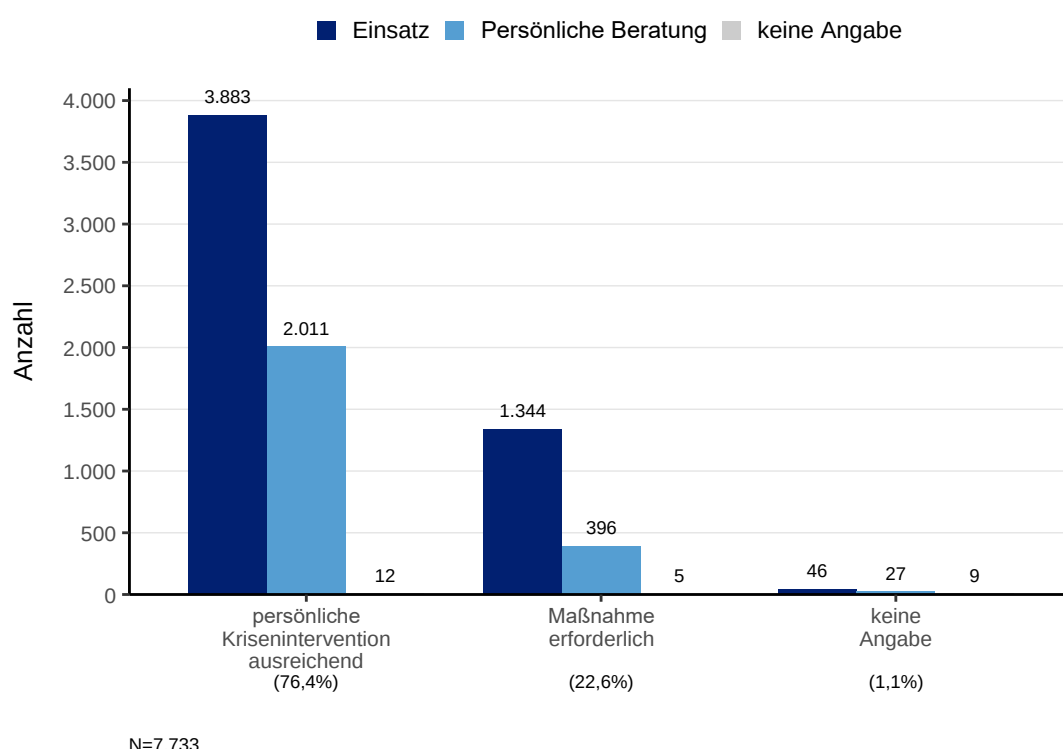


3.5 Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen

In Abbildung 39 erfolgt eine erste Unterscheidung, ob aus der persönlichen Krisenintervention eine sich anschließende konkrete und durch das Einsatzteam eingeleitete Maßnahme erfolgte oder ob die persönliche Krisenintervention für die Bearbeitung der akuten Krise ausgereicht hat bzw. Empfehlungen mitgegeben wurden, welche die Klient*innen selbst wahrnehmen bzw. nutzen können.⁴

In insgesamt 22,6 % der persönlichen Kriseninterventionen reichte diese bzw. eine Empfehlung oder Weitervermittlung an andere ambulante Einrichtungen nicht aus und das Einsatzteam leitete eine andere Maßnahme ein. Um welche Maßnahmen es sich im Einzelnen handelt, wird in Abbildung 40 weiter differenziert. Da pro Klient*in mehr als eine Maßnahme durchgeführt werden kann, ist die Summe der Maßnahmen höher als die Anzahl der Klient*innen, für die Maßnahmen dokumentiert wurden.

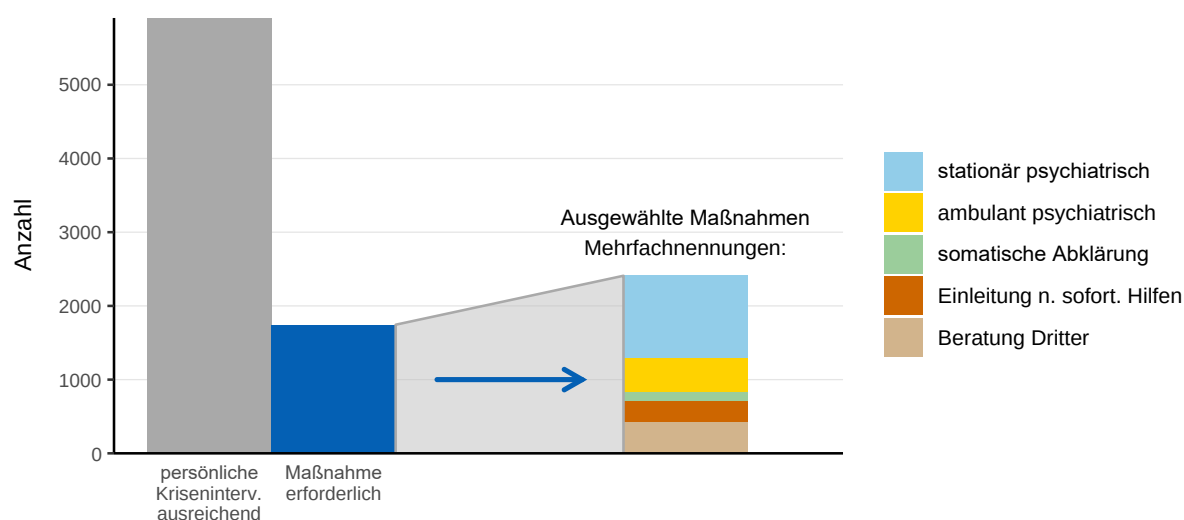
Abbildung 39: Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen



⁴ Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass in Einzelfällen die Klient*innen nicht angetroffen wurde und daher die persönliche Krisenintervention nicht ausreichend sein konnte.

Ambulant psychiatrische Maßnahmen umfassen unter anderem die Vermittlung in eine psychiatrische Institutsambulanz, stationär psychiatrische Maßnahmen bedeuten in der Regel die Begleitung in eine psychiatrische Klinik mit dem Ziel der Einweisung (Abbildung 40). Diese Zuleitung in die Klinik kann freiwillig oder per Unterbringung erfolgen, Letzteres veranlasst durch die zuständige Kreisverwaltungsbehörde oder durch die Polizei. Falls bei den Klient*innen körperliche Probleme im Vordergrund stehen, die vor der Weiterführung der Krisenintervention einer Abklärung bedürfen, hat dies Vorrang und kann unter „somatische Abklärung“ vermerkt werden. Persönliche Rückmeldungen der Einsatzteams weisen auf methodische Besonderheiten bei der Erfassung der Einleitung nicht sofortiger Hilfen (z. B. die Vorstellung bei weiteren Hilfeangeboten) und für die Beratung Dritter (z. B. Nachbarn, Angehörige etc.) hin, die vermutlich dazu führen, dass die beiden Kategorien unterrepräsentiert sind.

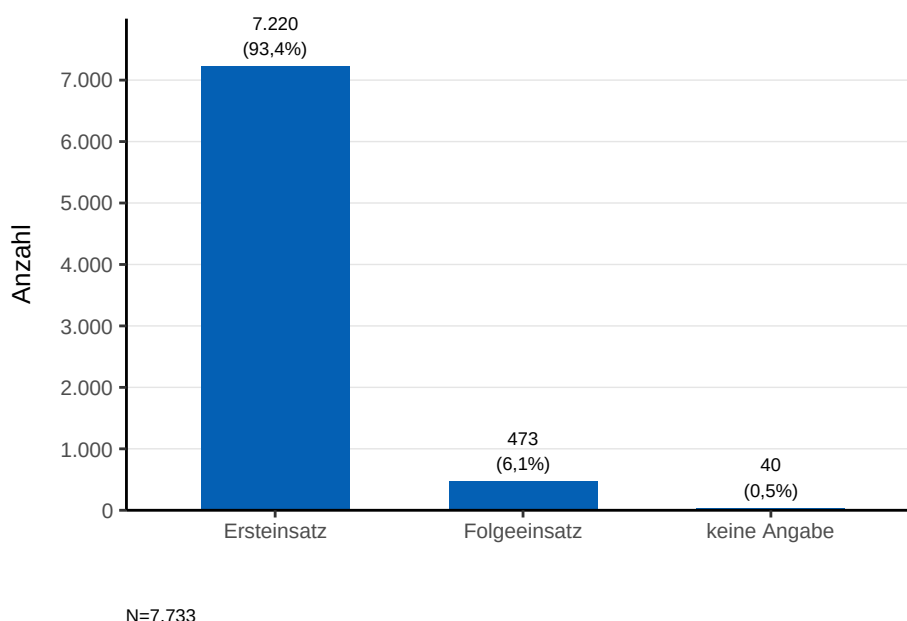
Abbildung 40: Ausgewählte Maßnahmen nach persönlicher Krisenintervention



3.6 Erst- und Folgeeinsätze

Bei anhaltenden krisenhaften Situationen können gelegentlich Folgeeinsätze stattfinden. Damit ein Einsatz als Folgeeinsatz gewertet wird, muss ein zeitlicher und inhaltlicher Bezug zum Ersteinsatz vorhanden sein. Ob es sich um einen Erst- oder Folgeeinsatz handelt, wird direkt in der Dokumentation erhoben. In den meisten Fällen (siehe Abbildung 41) ist ein Einsatz pro Klient*in ausreichend, nur in 6,1 % aller persönlichen Kriseninterventionen im Berichtszeitraum handelte es sich um Folgeeinsätze.

Abbildung 41: Erst- und Folgeeinsätze



Die Entwicklung des Anteils der Folgeeinsätze im Vergleich zur jeweils jährlichen Gesamtzahl an persönlichen Kriseninterventionen über den gesamten Berichtszeitraum zeigt die folgende Tabelle:

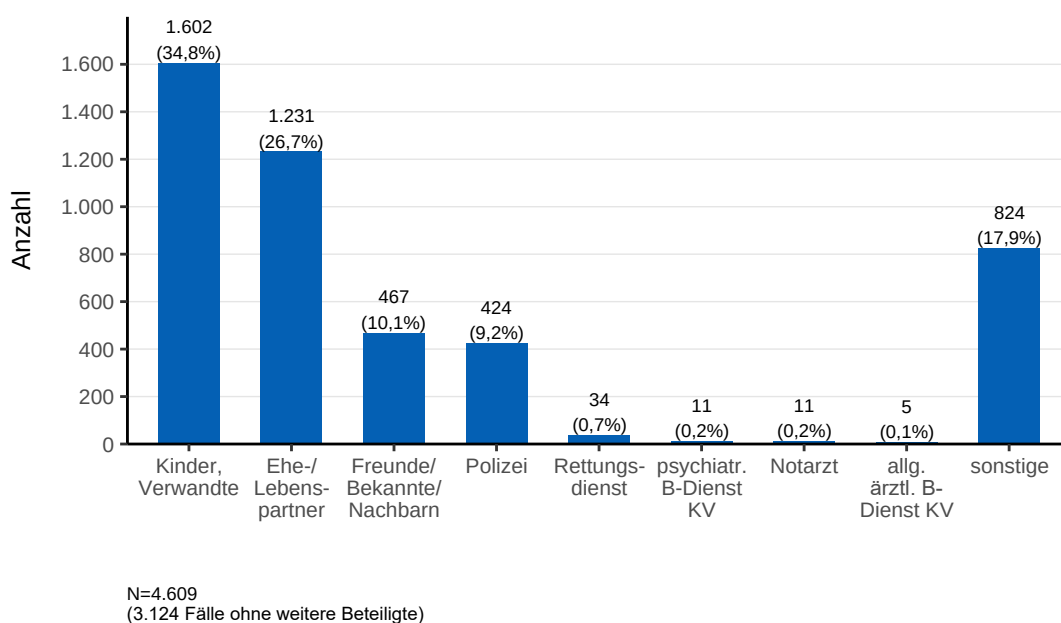
Tabelle 3: Anteil Erst- und Folgeeinsätze nach Jahren

Jahr	Kontext	Prozent
2016	Ersteinsatz	89,1
	Folgeeinsatz	8,2
	keine Angabe	2,7
2017	Ersteinsatz	92,4
	Folgeeinsatz	6,3
	keine Angabe	1,3
2018	Ersteinsatz	93,2
	Folgeeinsatz	6,7
	keine Angabe	0,1
2019	Ersteinsatz	95,2
	Folgeeinsatz	4,8
2020	Ersteinsatz	93,9
	Folgeeinsatz	6,1

3.7 Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen

In der Mehrzahl der persönlichen Kriseninterventionen (59,6 %) waren bei Eintreffen des Einsatzteams neben den betroffenen Klient*innen bereits weitere beteiligte Personen vor Ort. Um welche Personengruppen es sich hierbei handelte und wie häufig welche Personen / Dienste schon zu Beginn der persönlichen Krisenintervention beteiligt waren, zeigt Abbildung 42 (Einfachnennungen). Es handelt sich in 61,5 % der Fälle um Angehörige, in weiteren 10,1 % der Fälle um Freunde, Bekannte oder Nachbarn. In 40,4 % aller persönlichen Kriseninterventionen waren keine weiteren Beteiligten vor Ort.

Abbildung 42: Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen

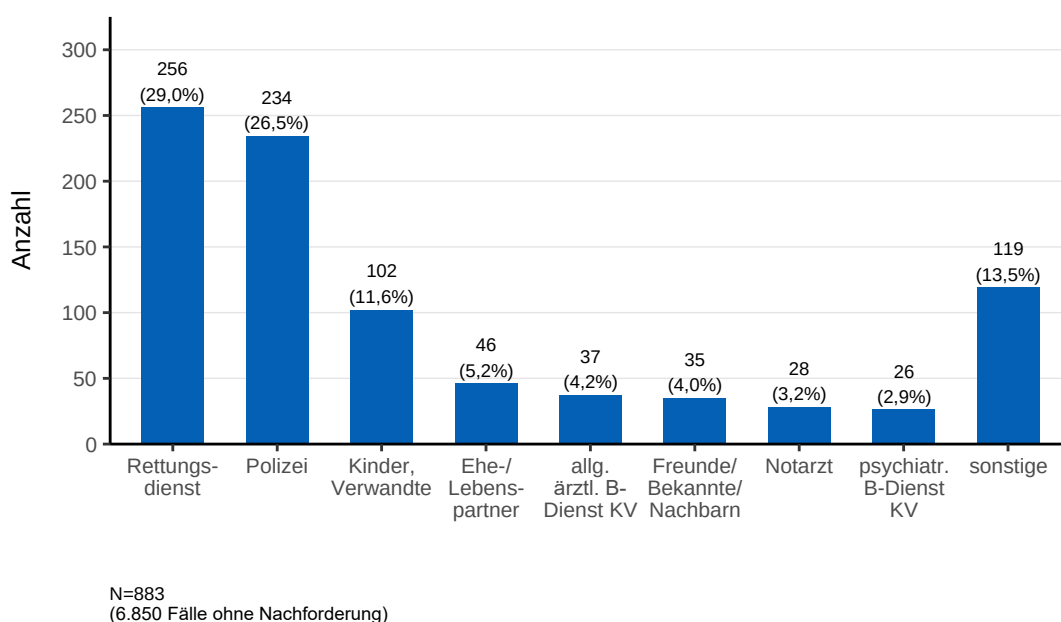


3.8 Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen

Wie oft welche Dienste oder Personen aus dem Einsatz oder der persönlichen Beratung heraus nachgefordert wurden, wird aus Abbildung 43 ersichtlich. Insgesamt kam es im Berichtszeitraum in 11,4 % der persönlichen Kriseninterventionen zu einer Nachforderung: davon zählen der Rettungsdienst mit 29 % und die Polizei mit 26,5 % zu den am häufigsten nachgeforderten Diensten.

Zu einer Nachforderung aus einer persönlichen Krisenintervention kann es beispielsweise dann kommen, wenn sich im Kontakt mit den Klient*innen herausstellt, dass eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, die Klient*innen nicht freiwillig in eine Klinik gehen möchte und daher die Polizei und ggf. der Rettungsdienst nachgefordert werden muss.

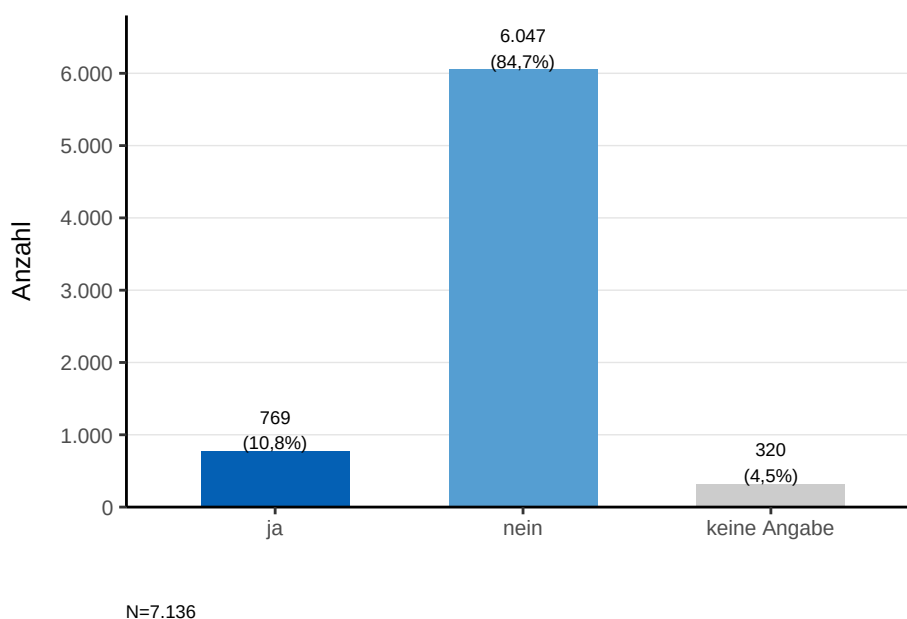
Abbildung 43: Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen



3.9 Erforderliche Nachsorge im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen

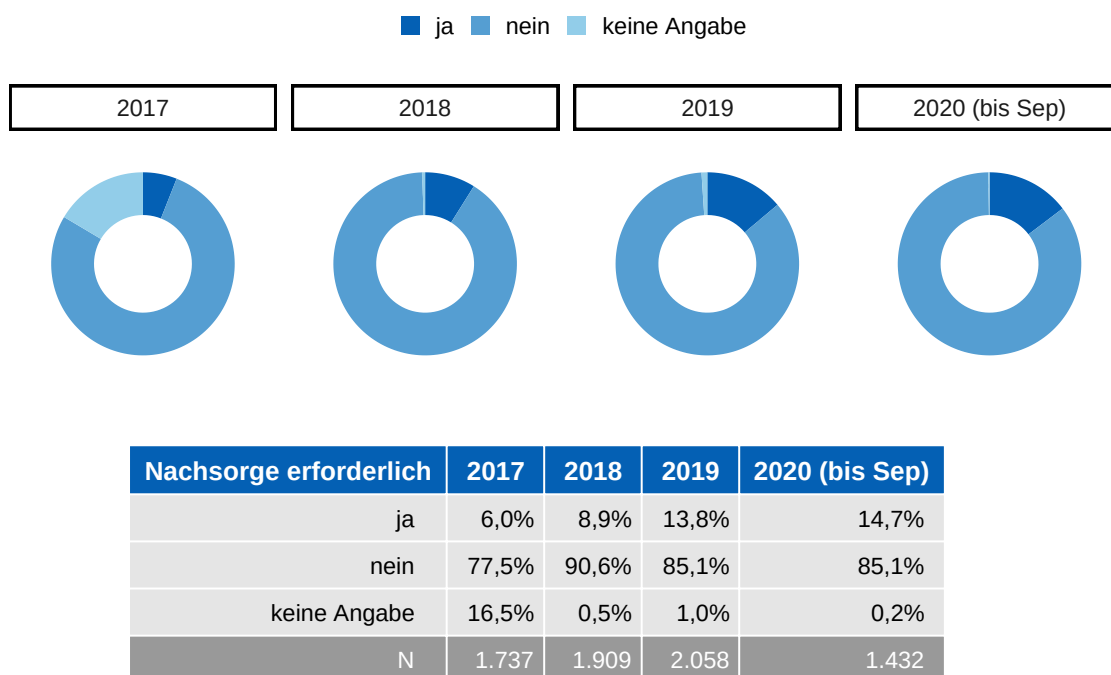
Eine Nachsorge ergibt sich dann, wenn eine in der Krise notwendige Versorgung aus Gründen der Erreichbarkeit nicht mehr tagesgleich vom Einsatzteam erledigt werden kann, sondern an das Einsatzteam übergeben wird, welches am nächsten Werktag für die Klient*innen zuständig ist. Das kann zum Beispiel die Vermittlung in einen Sozial- bzw. Gerontopsychiatrischen Dienst (SPDI/GPDI), eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) oder eine Rückmeldung an die Kreisverwaltungsbehörde sein. Bei 10,8 % der persönlichen Kriseninterventionen war eine Nachsorge erforderlich, die Krisenintervention konnte also nicht direkt abgeschlossen werden (siehe Abbildung 44). Zudem ist zu beachten, dass die Erfassung der Nachsorge erst im Laufe des ersten Quartals 2017 eingeführt wurde. Die persönlichen Kriseninterventionen im Berichtszeitraum vor 2017, aus denen sich eine Nachsorge ergeben hätte, konnten deswegen hier nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 44: Erforderliche Nachsorge im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen



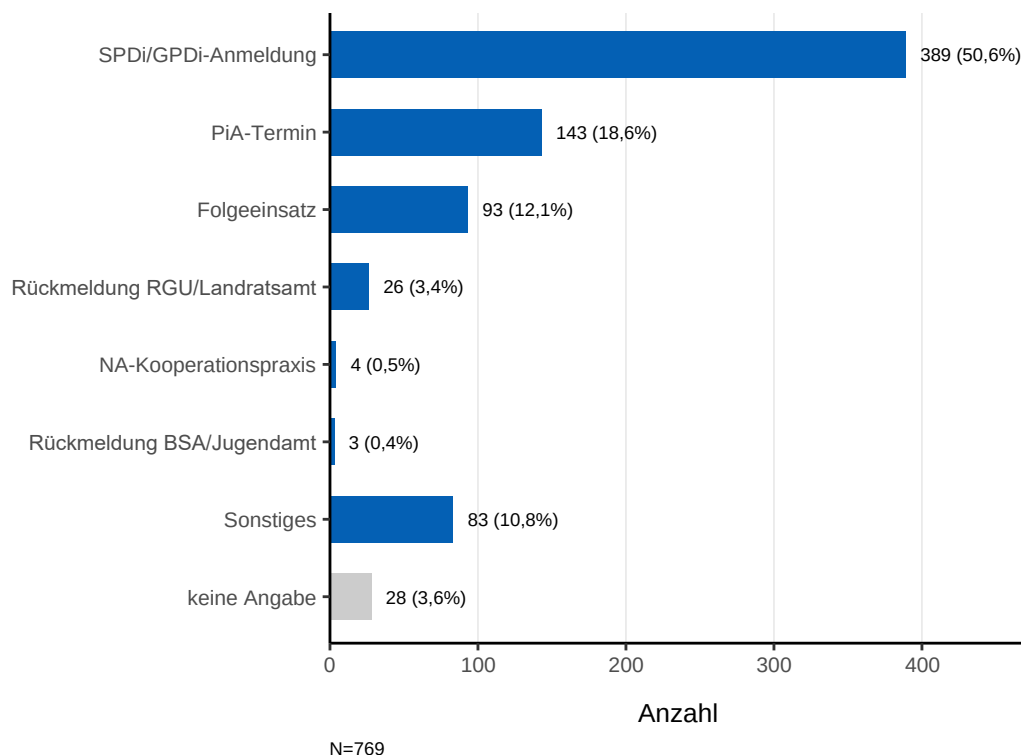
Die sich auf die einzelnen Jahre im Berichtszeitraum beziehenden Kreisdiagramme in der Abbildung 45 zeigen den Anstieg der Nachsorgeaufträge über die Jahre 2017 bis 2020.

Abbildung 45: Erforderliche Nachsorge nach Jahren



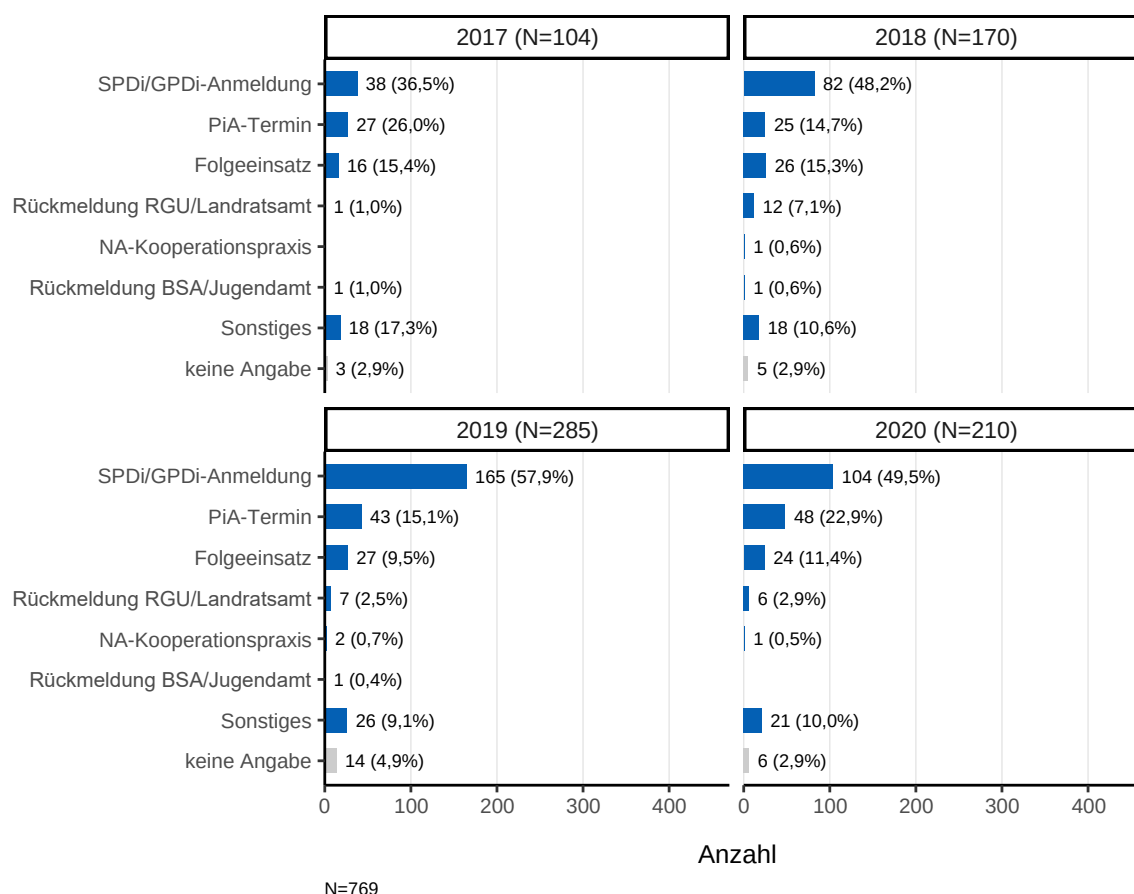
Zu den häufigsten Nachsorgemaßnahmen zählen die Anmeldung bei einem Sozial- bzw. Gerontopsychiatrischen Dienst (SPDi / GPDi: 50,6 %) und in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA: 18,6 %) (siehe Abbildung 46). In der Kategorie „Folgeinsatz“ in dieser Abbildung werden nur die Fälle aufgezeigt, in denen ein Folgeinsatz direkt von einem Einsatzteam als Nachsorge ausgelöst wurde, anders als in der Abbildung 41, in der alle Folgeeinsätze berücksichtigt sind.

Abbildung 46: Nachsorgemaßnahmen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen



In der nachfolgenden Abbildung 47 wird noch einmal aufgeschlüsselt, welche Art von Nachsorgemaßnahmen in welcher Häufigkeit in den einzelnen Jahren des Berichtszeitraums eingeleitet wurden. Dabei ist festzustellen, dass die Einleitung einer SPDi- bzw. GPDi-Anmeldung über die Jahre stetig angestiegen ist. 2020 ist diese Zahl im Vergleich zum Vorjahr von 57,9% auf 49,5% gesunken, was vermutlich auf die Einschränkungen durch die Corona-Pandemie zurückzuführen ist.

Abbildung 47: Nachsorgemaßnahmen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen nach Jahren



3.10 Verschiedene Aspekte der vorgefundenen Beschwerdebilder

Analog zum Vorgehen bei der Einschätzung von Beschwerdebildern durch die Mitarbeiter*innen der Leitstelle basieren auch bei den persönlichen Kriseninterventionen die Einschätzung des von den Klient*innen vorgetragenen Problems sowie die Entscheidung über das passende Hilfeangebot auf der Erhebung verschiedener Aspekte des beschriebenen Beschwerdebildes. Diese werden im Folgenden dargestellt. Anders als bei den Leitstellenmitarbeiter*innen liegen den Mitarbeiter*innen der Einsatzteams zum Beginn des Einsatzes bereits die durch die Leitstelle erhobenen Angaben vor. Das Einsatzteam kann sich auf diese Angaben beziehen, sie nutzen und im direkten Kontakt mit den Klient*innen überprüfen.

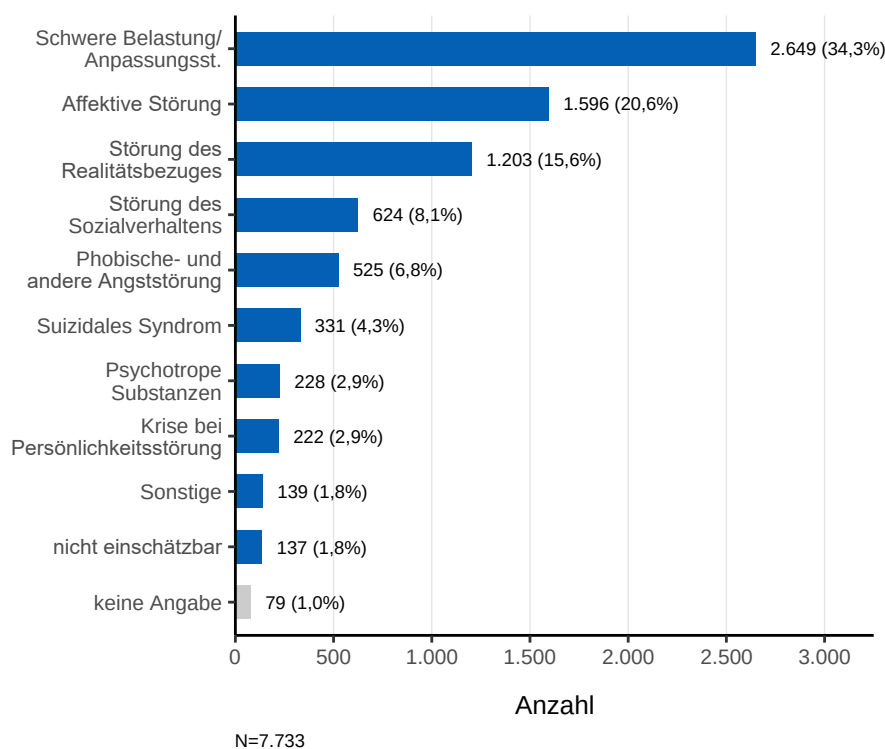
3.10.1 Problemspektrum der Klient*innen

Die Einschätzung zu einem – im Vordergrund stehenden – ersten psychiatrischen Problemspektrum der Klient*innen erfolgt durch das Einsatzteam des Krisendienstes im persönlichen Kontakt. Die Zuordnung der geschilderten psychischen Phänomene wurde an die klinische ICD-10-Klassifikation angelehnt, wobei das „suizidale Problemspektrum“ als eigenständiges, akut im Vordergrund stehendes Problemspektrum getrennt erfasst wurde (als krisendienstspezifische und -relevante Kategorie). Abbildung 48 zeigt die prozentuale Verteilung der in den persönlichen Kriseninterventionen erhobenen Problemspektren. Grundsätzlich ermöglicht die Dokumentation die Erfassung eines weiteren, zweiten Problemspektrums, hier werden jedoch nur die im Vordergrund stehenden ersten Problemspektren vorgestellt.

Am häufigsten wurde mit 34,3 % die Kategorie „schwere Belastungs- oder Anpassungsstörung“ dokumentiert, gefolgt von den Kategorien „affektive Störungen“ (20,6 %) und „Störungen des Realitätsbezugs“ (15,6 %), etwa im Rahmen einer Psychose.

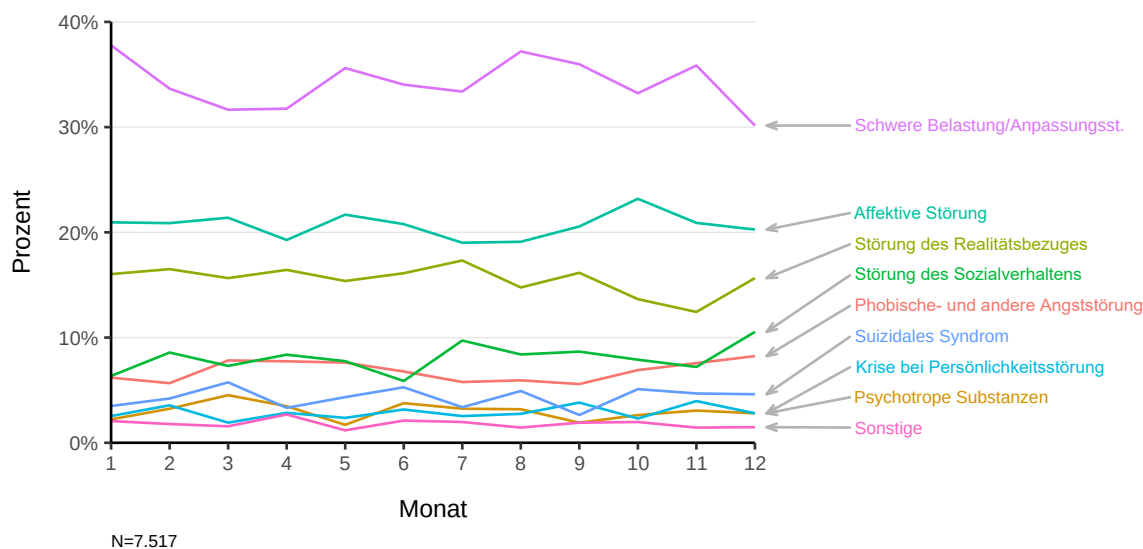
Wichtiger Hinweis: Wie bei der Beurteilung der Problemspektren durch die Leitstelle handelt es sich auch hier um eine fachliche Einschätzung aufgrund des Eindrucks des Einsatzteams, in keinem Fall um eine gesicherte ärztliche Diagnose.

Abbildung 48: Erste Problemspektren der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen



Alle im gesamten Berichtszeitraum erfassten Problemspektren wurden in ihrer Häufigkeit den zwölf Monaten des Jahres zugeordnet.

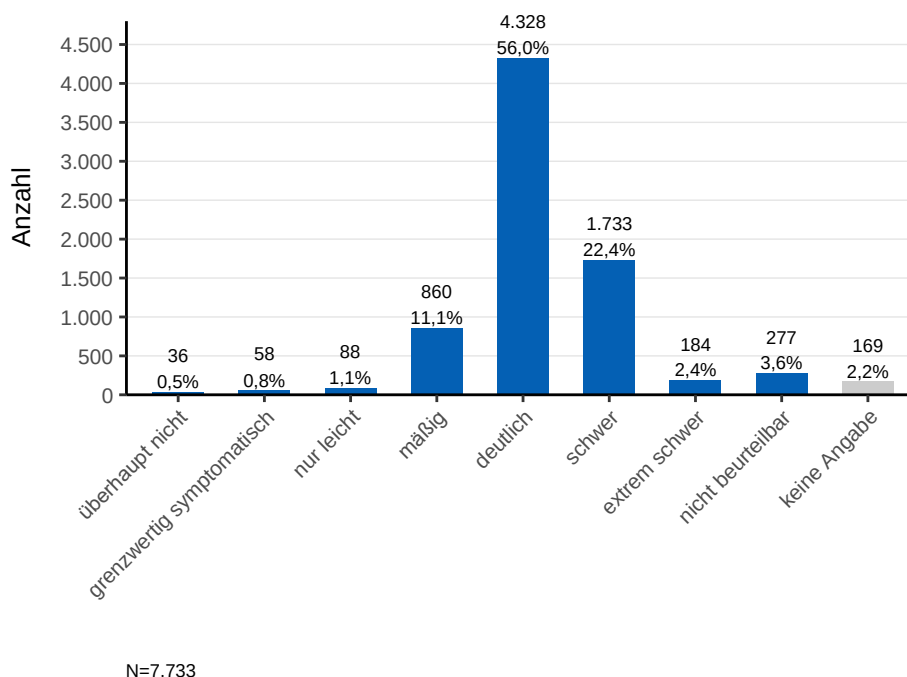
Abbildung 49: Erste Problemspektren der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen im Zeitverlauf



3.10.2 Schwere der Symptomatik

Bei allen Einsätzen und persönlichen Beratungen wird erneut – nach der Einschätzung durch die Leitstellenmitarbeiter*innen – eine Einschätzung der Schwere der beschriebenen Symptomatik vorgenommen und dokumentiert. Die dazu verwendete Skala orientiert sich an dem Instrument des Clinical Global Impression Score (CGI) (Abbildung 50). Demnach sind mit insgesamt 78,4 % der Fälle mehr als dreiviertel den Ausprägungen „deutlich“ und „schwer“ zugeordnet.

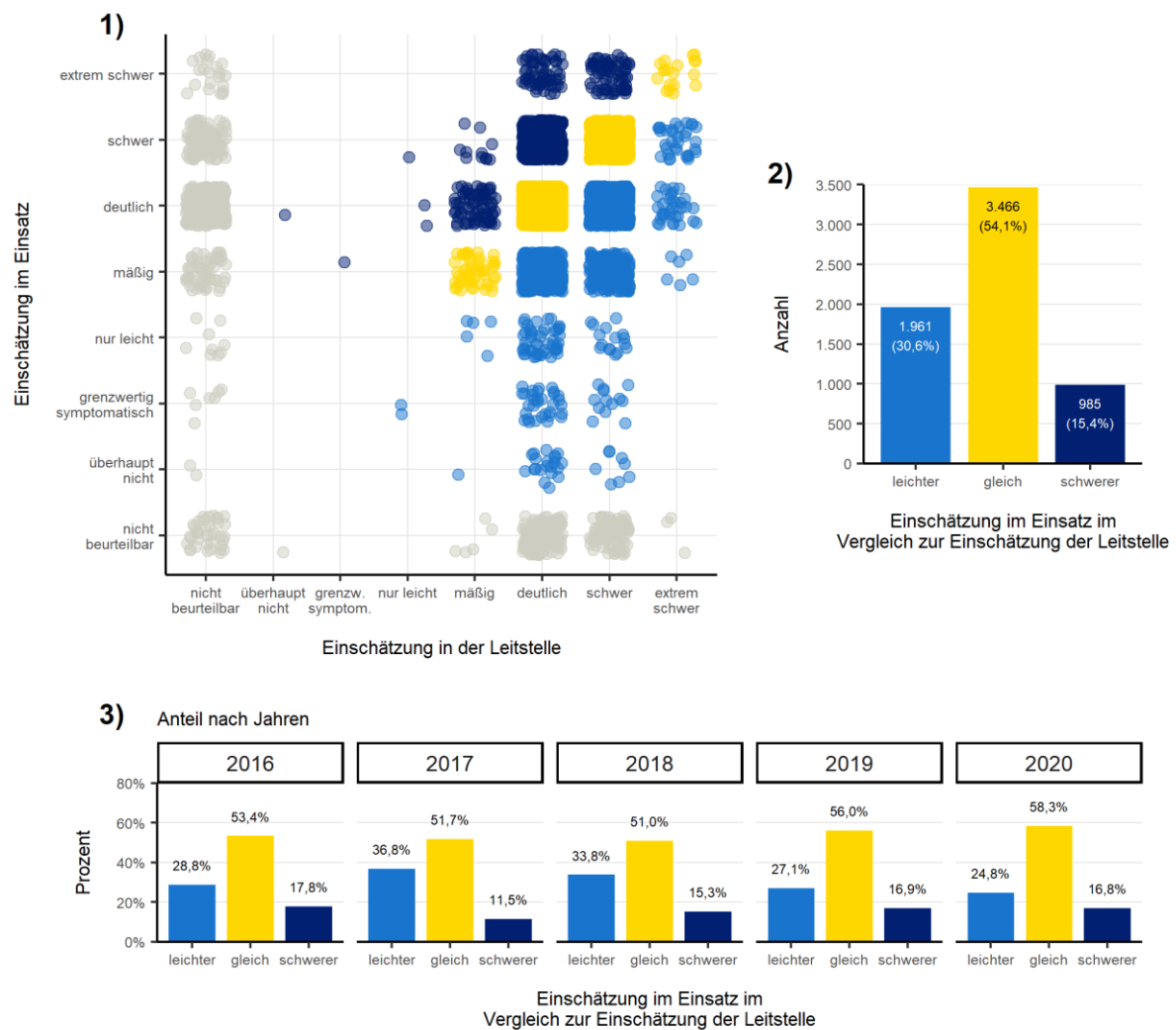
Abbildung 50: Schwere der Symptomatik



Eine Einschätzung der Schwere der Symptomatik wird sowohl von den Mitarbeiter*innen der Leitstelle bei telefonischem Kontakt als auch von den Mitarbeiter*innen der mobilen Einsatzteams während der persönlichen Krisenintervention vorgenommen. Die beiden Einschätzungen werden in Abbildung 51 auf Ebene der einzelnen Kriseninterventionen gegenübergestellt, wobei in Abbildung 51.1 auf der X-Achse die Einschätzung der Leitstelle und auf der Y-Achse die Einschätzung der Einsatzteams dargestellt werden. Es wurden hier nur Klient*innen berücksichtigt, bei denen Telefonkontakt und Einsatz am selben Tag erfolgten.

Jeder Punkt entspricht dabei einer Klient*in. Damit die Punkte sich nicht überlagern, werden diese leicht versetzt dargestellt. Je mehr Punkte sich an einer Kreuzung der beiden Achsen befinden, desto höher ist die Intensität der Farbe. Sofern die Einschätzungen übereinstimmen, werden die Punkte gelb dargestellt, die beiden Blautöne unterscheiden die Richtung der Abweichung. In Abbildung 51.2 werden jeweils die Abweichungen in drei Kategorien dargestellt. Es zeigt sich, dass bei der Mehrheit der Fälle (54,1 %) die Einschätzungen übereinstimmen und sich dieser Anteil über die Jahre tendenziell erhöht hat (siehe Abbildung 51.3) In 30,6 % der Fälle hat das Einsatzteam die Symptomatik leichter eingeschätzt als die Leitstelle und in 15,4 % fällt die Einschätzung des Einsatzteams als schwerwiegender aus als die der Leitstelle.

Abbildung 51: Schwere der Symptomatik: Vergleich zwischen telefonischer und persönlicher Krisenintervention

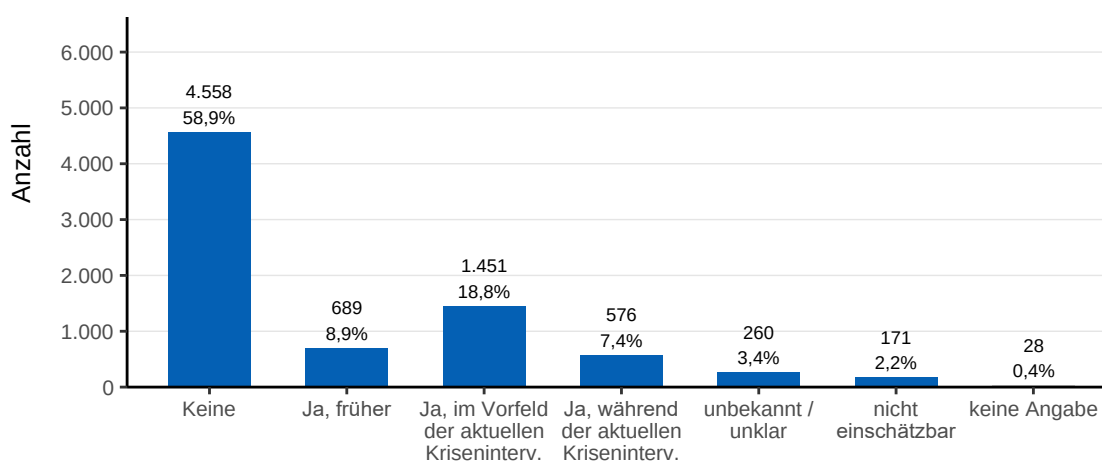


3.10.3 Selbst- und Fremdgefährdung

Bezüglich der Gefährdungseinschätzung der Klient*innen werden die Kategorien „Selbstgefährdung“ und „Fremdgefährdung“ erfasst. Abbildung 52 und Abbildung 53 zeigen die verschiedenen Häufigkeiten dieser fachlichen Einschätzungen bei den Klient*innen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen. Die Einschätzungen stellen jeweils die Bewertungen am Ende der persönlichen Krisenintervention dar. Häufigste Ursache für eine fehlende Einschätzbarkeit bzw. Beurteilung liegt darin, dass kein direkter Kontakt zu den Klient*innen hergestellt und diese Einschätzung nicht ausreichend sicher vorgenommen werden konnte.

Es zeigt sich, dass in den persönlichen Kriseninterventionen im Vorfeld oder während der aktuellen Intervention bei 26,2 % eine Selbstgefährdung vorlag. In 2,2 % der Fälle war dies nicht einschätzbar, in 3,4 % der Fälle „unbekannt / unklar“.

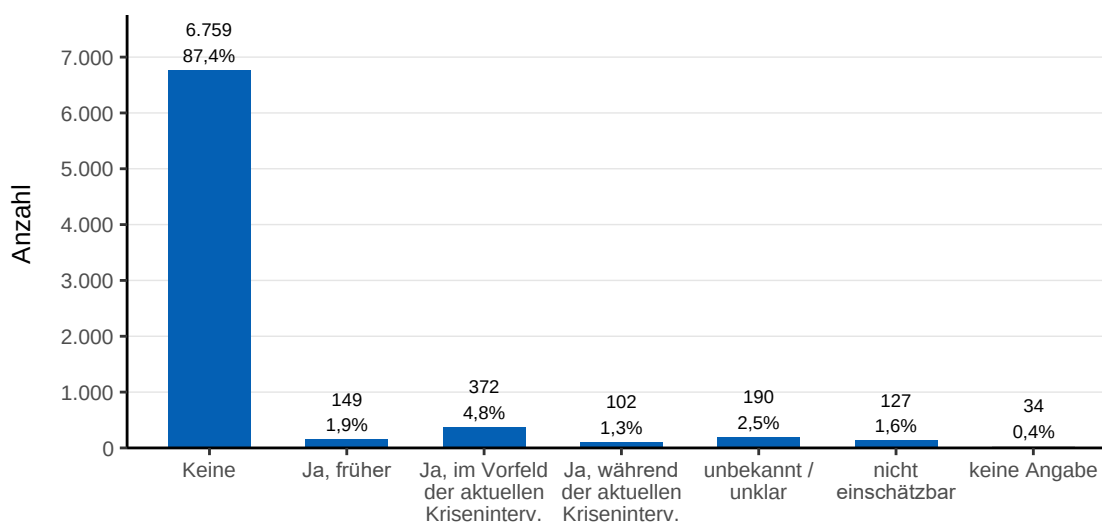
Abbildung 52: Selbstgefährdung



N=7.733

In der folgenden Abbildung 53 zeigt sich, dass in den persönlichen Kriseninterventionen im Vorfeld oder während der aktuellen Intervention bei 8,0 % eine Fremdgefährdung vorlag. In 1,6 % der Fälle war dies nicht einschätzbar, in 2,5 % der Fälle „unbekannt / unklar“.

Abbildung 53: Fremdgefährdung

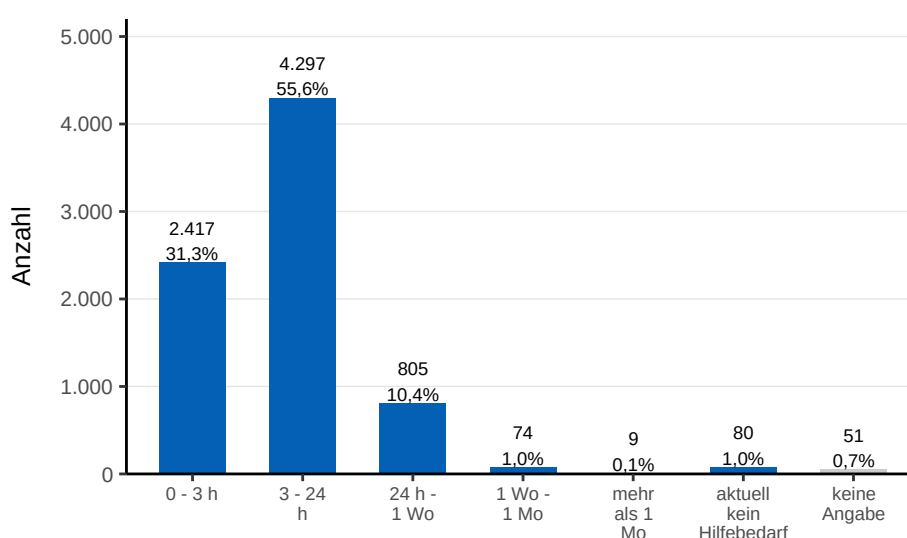


N=7.733

3.10.4 Akuität

Ein wesentliches Merkmal in der Abklärung von Krisensituationen und Bereitstellung gezielter Hilfen liegt in der Einschätzung der Dringlichkeit einer vorgebrachten Situation. Dies geschieht einerseits über die Festlegung am Ende des Telefonates mit der Leitstelle, in welchem Zeitraum nach Einschätzung der Mitarbeiter*innen am Telefon die erforderliche Hilfe benötigt wird (siehe Kapitel 2.7.4). Andererseits schätzt das Einsatzteam nach einem Einsatz oder einer persönlichen Beratung ein, wie sich die Dringlichkeit in der persönlichen Krisenintervention dargestellt hat. Abbildung 54 bezieht sich auf die Einschätzung des Einsatzteams. Dabei zeigt sich für den Berichtszeitraum, dass 31,3 % der Klient*innen binnen 3 Stunden und weitere 55,6 % binnen 24 Stunden Krisenhilfe benötigten. Bei 10,4 % wurde die Bereitstellung von Hilfeangeboten im Zeitraum bis zu einer Woche für ausreichend erachtet.

Abbildung 54: Akuität der Krisensituation

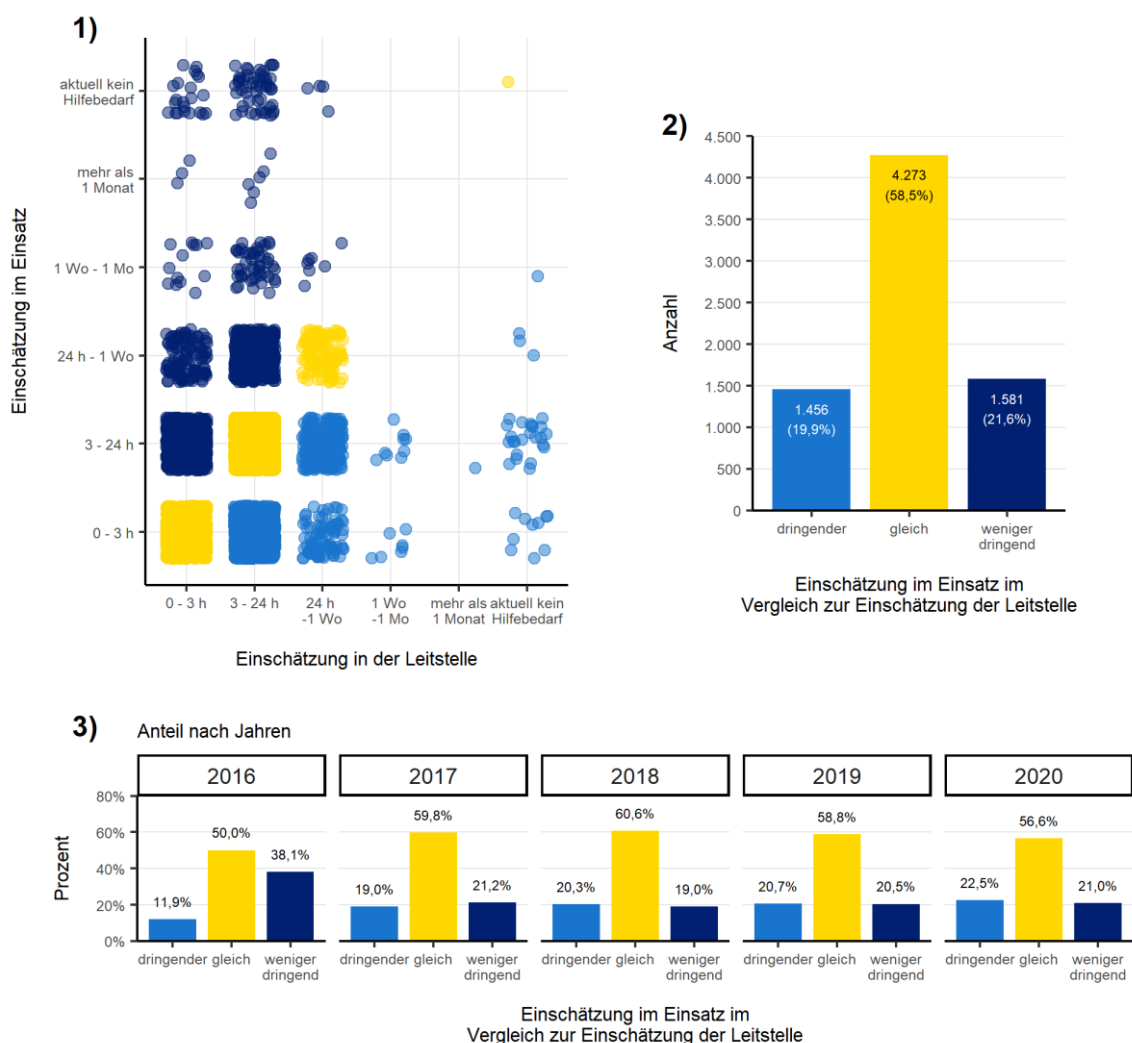


N=7.733

Für einen Vergleich der hier dargestellten Ergebnisse mit denen in Kapitel 2.7.4 ist zu berücksichtigen, dass es sich in diesem Kapitel um eine bezüglich der eingeschätzten Dringlichkeit vorselektierte Untergruppe von Klient*innen handelt, bei denen eine telefonische Beratung allein nicht ausreichend war.

Einen Vergleich der Einschätzung der Akuität durch die Leitstelle und der durch die Einsatzteams auf Ebene der einzelnen Kriseninterventionen zeigt Abbildung 55. Die Darstellung erfolgt analog zu Abbildung 51 (Schwere der Symptomatik). Es zeigt sich auch hier eine hohe Übereinstimmung: in 58,5 % der Fälle wurde die Akuität gleich eingeschätzt. In 19,9 % bewertete das Einsatzteam die Dringlichkeit höher, in 21,6 % geringer. Diese Verteilung fand sich nahezu unverändert im Vergleich der Jahre 2016 bis 2020 wieder.

Abbildung 55: Akuität: Vergleich zwischen telefonischer und persönlicher Krisenintervention



4 Anhang

4.1 Erklärung der verschiedenen Protokolltypen

Standardmäßig werden – differenziert nach Art der Inanspruchnahme – Basis-, Verlaufs- und Einsatzdaten dokumentiert, so dass eine komplette Darstellung des Leistungsgeschehens in der Datenbank erfasst wird.

Je nach Art der Inanspruchnahme des Krisendienstes Psychiatrie werden verschiedene Protokolle zur Dokumentation ausgewählt. Die folgende Beschreibung erläutert die inhaltliche Bedeutung der unterschiedlichen Protokollarten:

Screeningprotokoll: Telefonische Krisenintervention; bestehend aus einer Einschätzung der Dringlichkeit des Anrufes, Beurteilung der Art der Krise und des Hilfebedarfs und einer daraus resultierenden Maßnahme: ausführlichere Beratung/Stabilisierung am Telefon, Aussprechen einer Empfehlung, direkte Einleitung weiterer Hilfen im Rahmen des Krisenhilfenetzwerks, z. B. Vermittlung in eine psychiatrische Institutsambulanz oder Initiierung einer persönlichen Krisenintervention durch die Krisenteams des Krisendienstes.

Verlaufsprotokoll: Telefonische Kontakte in Verbindung mit einer durchgeführten telefonischen oder persönlichen Krisenintervention, eventuell zur erneuten Stabilisierung am Telefon oder Koordinierung weiterer Schritte (z. B. Überleitung in die Regelversorgung) oder auch mit dritten Personen, z.B. Angehörigen oder anderen Einrichtungen.

Kurzkontakt: Kurze telefonische, nicht fallbezogene Kontakte von bis zu 5 Minuten, die insbesondere der Informationsweitergabe (Telefonnummern, Adressen oder Zuständigkeiten) oder der Weitervermittlung bzw. Klärung (zum Beispiel bei Anrufer*innen außerhalb des Bezirks Oberbayern oder Anrufer*innen mit einem gänzlich anderen Anliegen) dienen.

Einsatzprotokoll: Persönliche Krisenintervention; im Einsatzprotokoll werden sowohl mobile Einsätze vor Ort (das Einsatzteam sucht die Klient*innen am Ort der Krise auf, also zum Beispiel in der Wohnung oder am Arbeitsplatz) wie auch persönliche Beratungen (durchgeführt am regionalen Krisendienststandort) dokumentiert. Neben der umfassenden Einschätzung der Situation und der genauen Verlaufsbeschreibung der Krisenintervention (auch dem Einbezug weiterer Stellen, z. B. der Polizei) werden sich direkt anschließende Maßnahmen (z. B. die Einleitung einer stationären Behandlung) differenziert erfasst.

4.2 Abkürzungsverzeichnis der Einsatzteams

M Nord SPDI	München Nord SPDI
M Ost SPDI	München Ost SPDI Giesing
M Süd SPDI	München Süd SPDI Laim
M West SPDI	München West SPDI
M SW AWF	München Süd-West Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
M NO AWF	München Nord-Ost Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK M NO SPDI	Landkreis München Nord-Ost SPDI Bogenhausen
LK M SO SPDI	Landkreis München Süd-Ost SPDI Ottobrunn
LK DAC AWF	Landkreis Dachau Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK DAC SPDI	Landkreis Dachau SPDI
LK EBE AWF	Landkreis Ebersberg Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK EBE SPDI	Landkreis Ebersberg SPDI
LK ED AWF	Landkreis Erding Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK ED SPDI	Landkreis Erding SPDI
LK FFB AWF	Landkreis Fürstenfeldbruck Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK FFB SPDI	Landkreis Fürstenfeldbruck SPDI
LK FS AWF	Landkreis Freising Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK FS SPDI	Landkreis Freising SPDI
LK STA AWF	Landkreis Starnberg Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK STA SPDI	Landkreis Starnberg SPDI
LK GAP AWF	Landkreis Garmisch-Partenkirchen Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK GAP SPDI	Landkreis Garmisch-Partenkirchen SPDI
LK LL AWF	Landkreis Landsberg am Lech Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK LL SPDI	Landkreis Landsberg am Lech SPDI
LK MB AWF	Landkreis Miesbach Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK MB SPDI	Landkreis Miesbach SPDI

LK TOEL AWF	Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK TOEL SPDI	Landkreis Bad Tölz-Wolfratshausen SPDI
LK WM AWF	Landkreis Weilheim-Schongau Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK WM SPDI	Landkreis Weilheim-Schongau SPDI
LK BGL AWF	Landkreis Berchtesgadener Land Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK BGL SPDI	Landkreis Berchtesgadener Land SPDI
LK MUE AWF	Landkreis Mühldorf a. Inn Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK MUE SPDI	Landkreis Mühldorf a. Inn SPDI
LK RO AWF	Landkreis Rosenheim Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK RO SPDI	Landkreis Rosenheim SPDI
LK TS AWF	Landkreis Traunstein Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK TS SPDI	Landkreis Traunstein SPDI
LK AÖ AWF	Landkreis Altötting Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK AÖ SPDI	Landkreis Altötting SPDI
LK EI AWF	Landkreis Eichstätt Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK EI SPDI	Landkreis Eichstätt SPDI
LK IN AWF	Landkreis Ingolstadt Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK IN SPDI	Landkreis Ingolstadt SPDI
LK ND AWF	Landkreis Neuburg-Schrobenhausen Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK ND SPDI	Landkreis Neuburg-Schrobenhausen SPDI
LK PAF AWF	Landkreis Pfaffenhofen a. d. Ilm Abend-Wochenend-Feiertag-Dienst
LK PAF SPDI	Landkreis Pfaffenhofen a. d. Ilm SPDI

4.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Startzeitpunkte für die regionale Datenerfassung.....	9
Abbildung 2: Anzahl aller Telefonkontakte nach Monat.....	11
Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl der Telefonkontakte pro Tag nach Jahr und Monat	11
Abbildung 4: Anzahl Kontakte nach Protokollart (gesamter Berichtszeitraum)	12
Abbildung 5: Anzahl Kontakte nach Protokollart (nach Quartal).....	12
Abbildung 6: Anteil Mehrfachanrufer*innen	13
Abbildung 7: Anzahl der Telefonkontakte aller Mehrfachanrufer*innen.....	14
Abbildung 8: Anzahl der Telefonkontakte bei Mehrfachanrufer*innen mit mehr als 20 Anrufen..	14
Abbildung 9: Geschlecht der Klient*innen.....	15
Abbildung 10: Anzahl der Telefonkontakte nach Versorgungsregion und Landkreisen	16
Abbildung 11: Anzahl aller Telefonkontakte nach Wochentag.....	17
Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl Anrufe für Werktage und Wochenende / Feiertage im Zeitverlauf	17
Abbildung 13: Anzahl aller Telefonkontakte nach Uhrzeit.....	18
Abbildung 14: Durchschnittliche Anzahl der Anrufe pro Stunde (die 24-Stunden-Uhr)	19
Abbildung 15: Gesprächsdauer in Minuten	20
Abbildung 16: Durchschnittliche Gesprächsdauer in Minuten im Zeitverlauf	21
Abbildung 17: Ergebnis der telefonischen Krisenintervention	22
Abbildung 18: Ergebnis der telefonischen Krisenintervention nach Jahr	23
Abbildung 19: Differenzierung der Vermittlungen zu Netzwerkpartnern und anderen Institutionen nach telefonischer Krisenintervention	25
Abbildung 20: Vermittlungen in PIA nach Uhrzeit	26
Abbildung 21: Differenzierung der Anrufergruppen	27
Abbildung 22: Verlauf Anrufzahlen Fachstellen Polizei und Kreisverwaltungsbehörden	27
Abbildung 23: Erste Problemspektren der Klient*innen.....	28
Abbildung 24: Dokumentiertes Problemspektrum nach Monat.....	29
Abbildung 25: Schwere der Symptomatik.....	29
Abbildung 26: Selbstgefährdung	30
Abbildung 27: Akuität der Krisensituation	31
Abbildung 28: Anzahl mobiler Einsätze und persönlicher Beratungen.....	32
Abbildung 29: Geschlecht der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen	33
Abbildung 30: Regionale Zuordnung der ausrückenden Teams	34
Abbildung 31: Anzahl der mobilen Einsätze und persönlichen Beratungen nach Regionen und Teams	35
Abbildung 32: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Wochentag	38
Abbildung 33: Durchschnittliche Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Werktag und Wochenende / Feiertag.....	39
Abbildung 34: Anzahl der persönlichen Kriseninterventionen nach Uhrzeit	39
Abbildung 35: Einsatzbeginn der persönlichen Kriseninterventionen	40
Abbildung 36: Einsatzende der persönlichen Kriseninterventionen.....	41
Abbildung 37: Einsatzdauer der persönlichen Kriseninterventionen	42
Abbildung 38: Interventionsdauer bei persönlichen Kriseninterventionen.....	43
Abbildung 39: Ergebnis der persönlichen Kriseninterventionen	44
Abbildung 40: Ausgewählte Maßnahmen nach persönlicher Krisenintervention	45

Abbildung 41: Erst- und Folgeeinsätze	46
Abbildung 42: Beteiligte vor Ort bei persönlichen Kriseninterventionen	47
Abbildung 43: Nachforderungen bei persönlichen Kriseninterventionen	48
Abbildung 44: Erforderliche Nachsorge im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen	49
Abbildung 45: Erforderliche Nachsorge nach Jahren	49
Abbildung 46: Nachsorgemaßnahmen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen	50
Abbildung 47: Nachsorgemaßnahmen im Rahmen persönlicher Kriseninterventionen nach Jahren	51
Abbildung 48: Erste Problemspektren der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen ...	53
Abbildung 49: Erste Problemspektren der Klient*innen bei persönlichen Kriseninterventionen im Zeitverlauf	53
Abbildung 50: Schwere der Symptomatik.....	54
Abbildung 51: Schwere der Symptomatik: Vergleich zwischen telefonischer und persönlicher Krisenintervention	55
Abbildung 52: Selbstgefährdung	56
Abbildung 53: Fremdgefährdung	56
Abbildung 54: Akuität der Krisensituation	57
Abbildung 55: Akuität: Vergleich zwischen telefonischer und persönlicher Krisenintervention.....	58

Ersteller:

BIDAG – Bayerisches Institut für Daten,
Analysen und Qualitätssicherung
info@bidaq.de

unter Mitarbeit von:

Natalja Ferroni
Sozialpädagogin
Master psychosoz. Beratung und Therapie
Gebietskoordination Krisendienst Psychiatrie Oberbayern Region 14 / München
natalja.ferroni@projekteverein.de

Stefan Sponner
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
Teamleitung Leitstelle Krisendienst Psychiatrie Oberbayern
stefan.sponner@kbo.de

Dr. med. Michael Welschehold
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Prokurist Geschäftsstelle
Stv. Ärztlicher Leiter Leitstelle Oberbayern
michael.welschehold@krisendienst-psychiatrie.de

Datenbereitstellung durch die Leitstelle des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern sowie durch die Tagdienste der Sozialpsychiatrischen Dienste und AWF-Dienste der freien Wohlfahrtspflege.