

2 Institutionelle Rahmenbedingungen des Berliner Krisendienstes und ihre Auswirkungen auf die Klientenkontakte

2.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden zwei Beziehungsebenen behandelt. Auf der einen Ebene wird das allgemeine institutionelle Angebot betrachtet, mit dem der Dienst um Menschen wirbt, die sich in einer Krise befinden. Dieses Kriseninterventionsangebot wird als ein Kontaktangebot der Institution an die Bevölkerung der Stadt verstanden. Die Frage der Bindung an die Einrichtung wird hier auf einer gesellschaftlichen Ebene erörtert. Die zweite Ebene ist die der individuellen Beziehung (der konkreten Begegnung) zwischen Krisendienstmitarbeiter und Klient. Sie wird in diesem Kapitel bereits zur Differenzierung herangezogen. Obwohl diese Ergebnisse Teil der Auswertungsarbeit sind, habe ich mich dafür entschieden, sie an erste Stelle darzustellen, weil sie einerseits die Relevanz der Beziehungsaspekte bei dem Interventionsangebot des Berliner Krisendienstes zeigen und andererseits weil sie meiner Meinung nach eine Orientierungsfunktion haben, die die weitere Kapiteln nachvollziehbarer machen.

Die Rahmenbedingungen der Institution stellen vor allem die Merkmale des allgemeinen gesellschaftlichen Angebots dar, d.h. sie dienen als Basis für die konkrete Begegnung zwischen Berater und Klient.

2.2 Zu Rahmenbedingungen des Berliner Krisendienstes

Im Folgenden geht es um die Darstellung der für die Forschungsfragestellung relevanten und zentralen institutionellen Regeln und Rahmenbedingungen. Auf eine ausführliche Aufzählung aller Rahmenbedingungen des Berliner Krisendienstes (ab jetzt BKD) soll hier verzichtet werden. Es handelt sich um die Regeln, die eine Struktur bzw. Basis für die Begegnung zwischen Klient und Berater entweder ermöglichen oder auch begrenzen.

Quellen für die folgenden Ausführungen sind die Konzeption des Berliner Krisendienstes (1998), die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des BKD, (Bergold

& Zimmermann, 2003) und Zitate aus von mir geführten Interviews mit den Krisenberatern des BKD.

Im Konzept des BKD werden u.a. gemeindepsychiatrische Prinzipien vertreten. Es umfasst die Suizidprävention und den Umgang mit psychiatrischen Notfällen. Verschiedene methodische Kriseninterventionsansätze werden integriert. Diese Integration wird mit der Vielfalt unterschiedlicher Probleme begründet, die unterschiedliche Vorgehensweisen erfordern. Eine solche Breite an Interventionen weist also schon die Konzeption des BKD auf. Dort wird von einem „Spektrum der Interventionen von kurzer, informierender Beratung über entlastende, klärende und orientierende Gespräche bis zum Einleiten schützender und stabilisierender Maßnahmen ausgegangen.“ (BKD Konzeption, 1998, S. 6)

Der Berliner Krisendienst ist regional ausgerichtet. Er umfasst psychosoziale und notfallpsychiatrische Aufgaben mit dem Ziel, bestehende Lücken im gemeindepsychiatrischen Versorgungsverbund Berlins zu schließen. Das wichtigste Anliegen ist, eine „Rund um die Uhr Erreichbarkeit“ zu gewährleisten, um Menschen in Krisen und in psychiatrischen Notfallsituationen jederzeit versorgen zu können. Ein niedrighschwelliger Zugang zur Einrichtung, umgesetzt durch die genannten Öffnungszeiten und Gemeindenähe, ist Kernpunkt der Rahmenbedingungen. Der Berliner Krisendienst kann dadurch unterschiedliche psychosoziale und psychiatrische Krisennachfragen sofort aufnehmen und darauf antworten und gleichzeitig durch Weiterempfehlungen und Verweisungen eine neue Eingangs- bzw. Wiedereintrittstür für die Klientel in das schon bestehende Netz der Berliner Einrichtungen ermöglichen.

Im folgenden sind einige Rahmenbedingungen nochmals stichwortartig dargestellt, die das allgemeine Beziehungsangebot der Institution an Klienten charakterisieren, die m.E. vor allem einerseits die **Abschaffung von institutionellen Zugangs- und Kontaktbarrieren** und andererseits eine **offene/unverbindliche** Bindung fördern und die einen Spielraum für die konkrete Begegnung zwischen Mitarbeiter und Klient eröffnen:

- Permanente Präsenz, ermöglicht durch eine rund-um-die-Uhr Erreichbarkeit sowohl telefonisch als auch vor Ort
- Gemeindenähe (an 9 Standorten in der Stadt)
- Eine einfache und unkomplizierte Kontaktaufnahme der Hilfesuchenden über das Telefon
- Kompetente und schnelle Weiterverweisung in bezirkliche Einrichtungen des Hilfesystems (z.B. in therapeutische Einrichtungen oder in spezifische Beratungsstellen usw.)

- Aufsuchende Hilfe im Rahmen mobiler Einsätze
- Kostenlose, anonyme und persönliche oder telefonische Gespräche ohne Voranmeldung.

Aus meiner Analyse geht hervor, dass die Rahmenbedingungen ein sofortiges Interventionsangebot privilegieren und das Angebot von Beziehungskontinuität benachteiligen. Den Folgekontakten wird z. B. im Vergleich zum Erstkontakt (einmaliger Kontakt) im Konzept weniger Aufmerksamkeit geschenkt. Da in dem institutionellen Konzept ein unmittelbares Interventionsangebot im Vordergrund steht, spielt die **Beziehungskontinuität** eine sekundäre Rolle.

Es ist z.B. die Honorarmitarbeiteranzahl (größter Teil des Kriseninterventionsteams) zu beachten und wie viele Dienste ein Honorarmitarbeiter pro Monat leistet. Von der Wechselschichtstruktur her ist es für die Honorarmitarbeiter sehr schwierig, Folgekontakte anzubieten.

Jeder Standort verfügt über ein Kernteam von fünf bis sieben festangestellten Mitarbeitern, die zwei bis drei Dienste pro Woche leisten, und über ca. 20 bis 50 Honorarkräfte, die aus verschiedenen psychiatrischen bzw. psychosozialen Einrichtungen der Versorgungsregion kommen und wenigstens ein bis zwei Dienste pro Monat leisten. In der Kernzeit von 16.00 bis 24.00 Uhr werden an allen Standorten mindestens zwei Mitarbeiter vorgehalten. Die Tagesschichten (8.00 – 16.00 Uhr) sind überregional organisiert, so dass sie nur an einem Standort stattfinden. Die Krisendienste wechseln sich mit den Tagesschichten im Rotationsverfahren ab. Die Anrufe von jedem Krisendienst werden in dieser Zeit auf den diensthabenden Krisendienst umgeleitet. Auch die Nachtschichten (24.00 - 8.00 Uhr) werden immer nur an einem Standort geleistet. Die ankommenden Anrufe werden von allen Krisendiensten per Weiterschaltung dorthin geleitet.

Für Klienten bedeutet dies, dass immer ein Krisenberater zur Verfügung steht, aber nicht immer derselbe Mitarbeiter. Schichtwechsel und die großen Abstände zwischen den Diensten der Honorarmitarbeiter haben für die Klientel zur Folge, dass sie i.d.R. immer mit einem anderen Mitarbeiter zu tun haben, also keine Kontinuität im Kontakt besteht.

In diesem Sinne hat meines Erachtens die **Beziehungskontinuität als Rahmenbedingung für Kriseninterventionsprozesse keine Priorität**. In der Konzeption wird hingegen die Beziehungskontinuität als ein Interventionsprinzip genannt, die „bei eventuellen Nachfolgegesprächen“ ermöglicht werden sollte, ebenso bei Weiterverweisungen in bezirkliche Einrichtungen, indem der Übergang durch ein und denselben Mitarbeiter begleitet wird. An der Stelle ist es mir wichtig festzuhalten, dass nur der reduzierten Anzahl von Festangestellten die Möglichkeit bleibt, Folgekontakte anzubieten.

Wenn das Angebot von Folgegesprächen möglich ist, sollen sie gemäß der Konzeption des BKD bis zu einem Maximum von 10 Kontakten vorgehalten werden. Diese Anzahl von Klientenkontakten kann aus psychotherapeutischer Sicht unterschiedlich eingeschätzt werden. Aus Sicht einer psychoanalytischen Perspektive wird die begrenzte Anzahl als kurz, aus einer system- oder verhaltenstherapeutischen Sicht als ausreichend angesehen werden. Im Kontext einer Krisenintervention wird sie in Bezug auf die Konzeption eher als lang eingestuft und wird auch eher selten in ihre Länger umgesetzt.

2.2.1 Der psychosoziale Auftrag des BKD und die Bedeutung von Zeit in der Kriseninterventionspraxis

Die Rahmenbedingungen bestimmen die Kriseninterventionsarbeit bzw. den -prozess mit den Klienten. Bergold et. al. (2003) unterscheiden zwischen „*nutzerbezogenen Zielen*“ des Berliner Krisendienstes (Maßnahmen zum Schutz, Entlastung des Klienten, Stabilisierung, Entspannung und Klärung der Situation; Orientierung an der Zukunft und Aktivierung des sozialen Netzwerks des Klienten) und „*netzwerkbezogenen Zielen*“ (Weitervermittlung des Klienten) als den zwei grundlegenden Zielsetzungen der Institution.

Meines Erachtens werden im Wesentlichen eher die nutzerbezogenen Ziele des BKD unterstützt. Slaikou (1983) schlägt dagegen ein umfassendes Modell für Krisenintervention vor, in das sowohl ein therapeutischer als auch ein psychosozialer Auftrag einbezogen sind. Er stellt ein Modell für Krisenintervention vor, das als ein Handbuch für die Praxis und die Forschung dienen soll.

Im Sinne von Slaikeu (1983) kann man zwischen einer „*First-Order Intervention*“ und einer „*Second-Order Intervention*“ unterscheiden. First-Order Intervention umfasst die sofortige Fürsorge um den Klienten, d.h. Entlastung, Orientierung, Entspannung und Stabilisierung seiner Situation. Die Second-Order Intervention oder „*crisis therapy*“ wird in anderen Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems durchgeführt.

„In practice, this [First-Order Intervention] is broken down into the three subgoals: providing support, reducing lethality (in child abuse, spouse battering, suicide, and homicide cases), and linking to helping resources (referral for counselling).“ (Slaikeu, 1983, S. 82)

Nun hat der BKD keinen therapeutischen, sondern einen psychosozialen Kriseninterventionsauftrag, leistet also First-Order Intervention. Er widmet sich grundsätzlich der ersten psychologischen Hilfeversorgung für Menschen in Krisensituationen.

Diese von Slaikeu eingeführte Klassifikation in Interventionen erster und zweiter Ordnung (first- und second Order Intervention) ist hilfreich für die Diskussion des Kontaktangebots des BKD. Mit Hilfe dieser Klassifikation wird die Kürze und insbesondere die Unmittelbarkeit der Interventionen einer „First-Order Intervention“ betont.

„We can begin by describing psychological first aid, or, first-order crisis intervention which involves immediate assistance and usually takes only one session“. „[...] psychological first aid is a brief intervention taking anywhere from several minutes to several hours, depending upon the severity of the disorganisation or emotional upset of the person in crisis and on the skill on the helper.“ (Slaikeu, 1983, S. 81-82)

Aus dem oben skizzierten Auftrag des BKD geht hervor, dass „Zeit“ ein wesentlicher Konzeptbaustein ist. Schon bei Caplan (1964) spielt die Länge der Intervention eine Rolle, wenn er davon ausgeht, dass eine Krise auf einen Zeitraum von 4 bis 6 Wochen begrenzt ist und somit auch die Interventionen zeitlich begrenzt sein sollten.

Aguilera (2000) fügt hinzu, dass die Unmittelbarkeit der Hilfe eine entscheidende Rolle im Kriseninterventionsprozess spielt.

„Dieser Zeitraum stellt eine Übergangsphase dar, die einerseits die Gefahren einer erhöhten psychischen Verletzlichkeit in sich birgt, andererseits aber auch die Chance des Persönlichkeitswachstums. Im Einzelfall entscheidet die Qualität und Verfügbarkeit der Hilfe in hohem Maße über das jeweilige Ergebnis.“ (S. 48)

Die Rahmenbedingungen (zeitliche, örtliche und telefonische Erreichbarkeit des BKD und die Alternative mobiler Einsatz) erlauben vor allem, dass die ersten notwendigen Kriseninterventionsschritte stattfinden, indem Unterstützung gegeben wird, die Gefahren eingegrenzt werden und die Suche nach Hilferessourcen (sowohl inneren als auch

äußeren sozialen Ressourcen) zentral ist. Die Effizienz und Qualität der Krisenintervention wird dadurch erreicht, dass die Klienten innerhalb eines kurzen Zeitraumes sofortige und unmittelbare Kriseninterventionen erhalten und Weiterverweisungen durch ein fachkompetentes und multiprofessionelles Team vorgenommen werden.

In dem Interventionsmodell von Slaikeu spielt die Zeit eine wesentliche Rolle, jedoch nicht nur im chronologischen Sinne, sondern auch aus einer logischen Perspektive: Wenn Slaikeu die Interventionen in 1. und 2. Ordnung klassifiziert, so zeigt sich nach meiner Meinung dieses logische Kriterium.

Krisenintervention unterscheidet sich von einer darauffolgenden zweiten Phase der Krisentherapie, die nicht nur „mehr Zeit“ erfordert. Slaikeu ist der Meinung, dass die First-Order Intervention von jeder psychosozialen und medizinischen Berufsgruppe geleistet werden kann, hingegen die therapeutische Hilfe (Second-Order Intervention) nur von therapeutisch weitergebildeten Fachleuten.

„Not only does crisis therapy require more time than psychological first aid, it also requires more skill and training on the part of the helper than psychological first aid does. Similarly, psychological first aid and crisis therapy differ from one another by the location of the service. While psychological first aid can be offered almost anywhere (over the telephone, in a bus station, home, hallway, or office), crisis therapy has the same physical space requirements as any other form of counselling or psychotherapy (private room in which a counsellor and client or family can talk/work for an hour or more per session).“ (Slaikeu, 1983, S. 82)

Im BKD beschränkt sich der Kontakt in ca. 80 % der Fälle auf eine einmalige Krisenintervention (vgl. Begleitforschungsbericht 2003). Eine Phase für Krisentherapie ist im BKD-Kontext nicht möglich und die Prozentanzahl von Weitervermittlungen im Sinne von Therapieempfehlung oder Weiterverweisung in eine Beratungsstelle ist nicht hoch (s. Diskussion Abschnitt 2.3).

Das Angebot von Folgekontakten im BKD lässt sich nach Slaikeu (1983) weder als erste psychosoziale Hilfe noch als Krisentherapie einordnen. Nur wenn man seine Logik „Zeit – Interventionsordnung“ anwendet, entspricht Krisenintervention im BKD – unabhängig von der Dauer der Begegnungen – der Leistung von erster psychologischer Hilfe (bis zum 10 Gespräche). In der vorliegenden Arbeit wird vorgeschlagen, **die Folgekontakte als Entfaltung der ersten psychosozialen Hilfe zu verstehen.**

2.2.2 Der Rahmen des BKD als ein offenes und unverbindliches institutionelles Kontaktangebot

In diesem Abschnitt wird ausgeführt, dass die Rahmenbedingungen die Dimension „Verbindlichkeit – Offenheit“ der Begegnung zwischen Mitarbeiter und Klient beeinflussen. Die Angebotsstruktur des BKD ist so angelegt, dass niemand zu irgendeiner Art von Bindung an den BKD verpflichtet wird.

Die Niedrigschwelligkeit und der Anonymitätsschutz des Klienten sollen potentiellen Nutzern den Zugang erleichtern. Doch ein hilfeschender Mensch hat es in der Regel bei mehrmaliger Kontaktaufnahme nicht mit dem selben Mitarbeiter zu tun. Und die Mitarbeiter können den Nutzer nicht unbedingt als identische Person erkennen. Es bleibt aber beiden Seiten die Möglichkeit, Termine für Folgegespräche mit dem selben Mitarbeiter zu vereinbaren. Folgegespräche werden jedoch nicht routinemäßig vereinbart. So wird die alltägliche Kriseninterventionspraxis im BKD grundsätzlich durch kurzfristige Kontakte konstituiert. Das heißt, dass einerseits die Unmittelbarkeit der Begegnungen gefördert wird, aber die Begegnungen andererseits dadurch unverbindlich im Sinne der Beziehungskontinuität sind.

In der Basisdokumentation des BKD wurden 82.343 Kontakte innerhalb von zwei Jahren (Mai 2000 bis April 2002) dokumentiert. Diese lassen sich auf insgesamt 51.832 Personen zurückführen. Diese Angaben zeigen, dass es im BKD Nutzer gibt, die mehrere Kontakte haben.

Dass immer jemand da ist, bedeutet für die Klientel aber auch, dass sie einen Kontakt herstellen können ohne irgendwelche Verpflichtungen. Denn der Klient braucht keine vorher vereinbarten Termine, er braucht den Berater nicht für das Gespräch zu bezahlen und er braucht auch seinen Namen nicht zu erkennen zu geben.

In den Interviews haben Mitarbeiter spontan über das Thema Offenheit und Unverbindlichkeit des Rahmens berichtet. So z.B. äußert Frau F, dass es sich um eine kontinuierliche und abwechslungsreiche Praxis handelt, in der sie auf unterschiedliche Menschen und immer wieder auf neue und verschiedene Situationen trifft.

„[...] also es ist sehr abwechslungsreich, er wird garantiert nie langweilig (LACHT KURZ) ähm, es, es sind viel auch interessante ähm Fälle oder Situationen [...] ich schätze das sehr, mit so ganz unterschiedlichen Leuten auch in Kontakt zu kommen [...] ganz unterschiedliche Ausschnitte von Leben.“ (FF, 930-936)

Diese Mitarbeiterin bewertet den Rahmen als unverbindlich, was sich auch darin zeigt, dass Klienten ohne abzusagen nicht zum dem vereinbarten Gespräch kommen.

„[...] es gibt ja auch, wir vereinbaren nen Gespräch, Gespräche und dann kommen die Klienten nicht, ohne abzusagen ne, also das ist sehr, nen sehr unverbindlicher Rahmen und das wissen die ja auch, also sie wissen auch, dass wenn sie sich nicht anmelden, dass sie dann immer an andere Berater und Beraterinnen geraten und er war ja vorher auch schon bei ner anderen Beraterin gewesen, die auch nicht, ihm auch nicht irgendwie, die auch irgendwie hilflos war (LACHT KURZ) und ich glaube da, dann kann der Krisendienst auch nichts machen.“ (FF, 841-847)

Darüber hinaus erfährt die Beraterin ganz selten etwas über die Entwicklung des Klienten und auch nicht, ob der Klient einen Kontakt zu einem anderen Kollegen des BKD aufgenommen hat. Sie stellt sogar in Frage, ob der Rahmen des BKD in seiner Unverbindlichkeit einen Prozess bei bestimmten Klienten ermöglicht.

„[...] bei dem hatte ich auch das Gefühl, das war keine, es fand kein Prozess statt und ähm dafür ist unser Angebot eben viel zu unverbindlich, also ähm, also ich hab ihm auch ne Therapie empfohlen, hab ihm auch ähm Anlaufstellen genannt, ich, ich glaube nicht, dass er das unter//, was unternommen hat aber, also ich denk, da ist dann nen Krisendienst einfach nicht der richtige Rahmen, das ist viel zu unverbindlich.“ (FF F2, 837-841)

Diese Mitarbeiterin versichert, dass dieser Rahmen für die Ziele der Kriseninterventionen ausreicht. Interventionen erster Ordnung lassen sich ihres Erachtens nach sinnvoll in diesem Kontext durchführen.

„Also das heißt, ach so vielleicht auch noch, das heißt auch, dass der Rahmen reicht. Also ich finde, der reicht für Kriseninterventionen.“ (FF, 301-303)

Dieser Kontext ist eher eine **Herausforderung für den Krisenberater**, der lernen muss, u.a. mit der Unverbindlichkeit der Institution umzugehen. Die Mitarbeiterin Frau H bestätigt auch die Erfahrung von Ungewissheit auf Grund des Mangels an Klientenrückmeldungen.

„Aber was damit wird, also was das, was das den Leuten genau gebracht hat, das weiß ich einfach nicht so, da krieg ich ja nicht genug, nicht viel Rückmeldung drüber.“ (FH, 474)

Im BKD-Konzept gibt es keine Überlegungen zu einem „*Follow-up*“, wie es Slaikeu vorschlägt: „*Following up to check progress*“ ist eine der fünf von Slaikeu (1983) vorgeschlagenen Schritte der Interventionen erster Ordnung. Das Ziel dieses Schrittes ist,

nach einigen Tagen den Kontakt zu dem Klienten wiederherzustellen, um die Entwicklung der Situation oder des Klientenzustandes zu überprüfen.

Konkret empfiehlt Slaikeu einen letzten Bestandteil der Interventionen erster Ordnung:

„Follow up should check on whether there has been any improvement in the caller’s ability to cope with the crisis after the phone contact.” (Slaikeu, 1983, S. 327)

„Follow up serves ultimately to benefit the caller and can also be a boost to the morale and motivation of telephone workers in the form of feedback on how their help has been received.” (Slaikeu, 1983, S. 326)

“This is judged by whether: (a) support has been provided, (b) lethality reduced, and (c) linkage to other helping resources accomplished.” (Slaikeu, 1983, S. 327)

Natürlich ist es im BKD möglich, dass ein Feedback gegeben wird, ohne dass routinemäßig noch einmal Kontakt zum Klienten aufgenommen wird.

Obwohl dieses Follow-up kein Bestandteil des BKD-Konzepts ist, kann es – wie das folgende Interviewzitat zeigt – spontan bei einigen besonderen Fällen vorkommen, dass der Berater nach der Telefonnummer des Klienten fragt, um die Entwicklung seines Zustands überprüfen zu können: Herr B vereinbart mit einer Klientin, dass sie später einen anderen Berater anrufen soll bzw. von ihm angerufen wird, um herauszufinden, ob es ihr weiter gut geht. Dem ging ein Suizidversuch dieser Klientin voraus. Sie wollte zwar Hilfe erhalten, lehnte aber einen Klinikaufenthalt ab. Aufgrund des fünftägigen Urlaubs des Beraters Herr B vereinbarten sie, dass die Klientin täglich einen Anruf von einem anderen Kollegen bekommen würde (dieses Beispiel wird im Kapitel 7.3 im Detail dargestellt).

„Ich glaub, es war vor Ostern und ich hatte erst nach Ostern wieder, wieder Dienst und hab ihr dann ein, ein Gespräch nach Ostern angeboten, wir haben es aber so vereinbart, dass ihr jeden Tag jemand vom Krisendienst sie angerufen hat um zu gucken wie es ihr geht, weil äh, weil, weil ich auch nicht wusste, wie sie körperlich beisammen ist, und außerdem fand, war das Risiko hoch ähm, es waren fünf Tage dazwischen und äh für direkt nach einem Suizidversuch und sie wollte nicht in die Klinik.“ (HB B1, 41-46)

2.2.3 Der Rahmen und die Einschätzung der Klienten

Im Zentrum dieses Abschnitts stehen folgende Fragen: Welche Menschen spricht dieses Angebot an? Welche Erwartungen haben sie an die Institution? Wie schätzen die Berater die Problematik in der Bevölkerung und die Ansprüche an die Institution ein?

Für die Durchführung der Krisenintervention im BKD scheint die „**Einschätzung des momentanen emotionalen psychischen Zustands**“ des Klienten wichtiger als die einer Diagnose.

Die nach meiner Analyse gebildete Kategorie „Einschätzung des momentanen emotionalen psychischen Zustands“ umfasst sowohl die von der Begleitforschung gebildete Kategorie: „*Zustandsbild*“² als auch den intervenierenden zeitlichen Faktor.

In der Basisdokumentation des BKD werden sowohl Zustandsbilder als auch Diagnosen nach ICD-10³ erhoben. Damit wird versucht, eine Beschreibung auf der phänomenologischen Ebene des momentanen Klientenzustandes zu erlangen. Durch dieses Vorgehen kann der Mitarbeiter ein aktuelles Bild des Klienten erstellen, das ihm helfen kann, den Klienten in seiner jetzigen Situation zu verstehen und kurzfristige Handlungen zu gestalten.

An der Stelle ist einerseits deutlich zu beobachten, dass die Klienten in der BaDo nach emotionalen psychischen Zustandsbildern eingeordnet werden. Ergebnisse der Begleitforschung (2003) zeigen, welche Zustandsbilder aus Sicht der Mitarbeiter am häufigsten im BKD vorkommen⁴. Bei mehr als der Hälfte der Kontakte wurde Verzweiflung oder Ratlosigkeit beschrieben (61,4 %), in der Hälfte der Kontakte wurden Klienten mit einem depressiven Zustand beraten. Angst und/oder Panik wurden in 41% der Fälle festgestellt, bei 26 % der Nutzer lag eine suizidale Krise vor. Autoaggressive Tendenzen wurden bei 15 % und fremdaggressives Verhalten bei 4 % der Kontakte festgestellt.

² Die Zustandsbilder wurden nach Diskussion zwischen Begleitforschern und den Mitarbeitern des BKD operationalisiert und von den Begleitforschern wurde ein Manual zu Diagnosen und Zustandsbildern mit Erläuterungen zur Verfügung gestellt. (vgl. Begleitforschung, 2003)

³ International Classification of Diseases (WHO). Dilling, H. et al. (1996). Diese Internationale Klassifikation wie ihre Homologe der DSM IV sind nicht unumstritten und nicht nur im Bereich der deutschen psychiatrischen Versorgungslandschaft, sondern auch im internationalen Bereich. Diese Klassifikationen sind nicht mehr als ein Versuch, psychische Phänomene zu beschreiben ohne eine ätiologische, psychologische oder psychiatrische Theorie einzubeziehen, um mit anderen Disziplinen in unterschiedlichen Kulturen kommunizieren zu können, um welche psychische Phänomene es sich handelt. „*Im Gegensatz zu weiten Bereichen der medizinischen Wissenschaft, die vorwiegend von ätiopathogenetischen Denkansätzen geleitet sind, beruht die Klassifikation psychischer Störungen vorwiegend auf **klinischen Beschreibungen**. Obwohl dieses ‚deskriptive‘ Vorgehen als unbefriedigend erkannt wurde, gibt es hierfür im Bereich psychischer Störungen derzeit keine Alternative*“. (DSM-III-R, 1991, S. XI).

⁴ In dieser Darstellung (Abbildung 17) wurde die Summe der relativen Anteile ungleich 100% wegen Mehrfachnennungen und hoher Missingwerte.

Andererseits wurde in der Begleitforschung festgestellt, dass auch unabhängig von mobilen Einsätzen, d.h. nicht nur von Hintergrundärzten psychiatrische Diagnosen vergeben werden. Meines Erachtens findet im Krisendienst kein Diagnoseprozess im engsten Sinne statt. Entweder schätzen Mitarbeiter des BKD den Zustand des Klienten auf der deskriptiven Ebene ein oder sie haben die Diagnose von anderen Professionellen übernommen. Solche Diagnosen scheinen nur bei psychiatrischen Störungen gemacht zu werden, ansonsten bleiben sie eher auf der Ebene eines Zustandbildes.

In fast der Hälfte der Kontakte wurde die Störung als Borderline (PST) verschlüsselt (43 %). Dann folgen die affektiven (hauptsächlich depressiven) Störungen (40 %), die Abhängigkeitserkrankungen (28,9 %), Neurosen, Psychosomatosen (31,3 %), Schizophrenien (22,9 %), Essstörungen (10,7 %), Intelligenzminderung (6,8 %), Störung des Kindes- und Jugendalters (6,7 %) und organische psychische Störungen (3 %).

Es ist festzustellen, dass es eine breite Palette der von Mitarbeitern wahrgenommenen Störungen von Klienten gibt. Nach dieser Wahrnehmung gibt es eine große Anzahl psychisch erkrankter Menschen, die in Kontakt mit dem BKD treten.

„Wenn man von den Klienten des BKD ausgeht, [...] so handelt es sich hierbei zu einem wichtigen Teil um Patienten des gemeindepsychiatrischen Systems.“ (Begleitforschung 2003, Bd. I, S. 130)

Obwohl psychiatrische Störungen bei der Begegnung mit psychisch kranken Menschen verschlüsselt werden, scheint entscheidender für die Mitarbeiter die Frage nach der momentanen Empfindung der Person zu sein.

„Keine psychiatrische Diagnose zu erstellen“ aber doch eine *„Jetzt-Zustand-Diagnose“* gehört zu der Philosophie der Institution. So differenzieren sie sich auch von medizinisch/psychiatrischen Einrichtungen, in denen Klienten als „krank oder gesund“ eingeschätzt und behandelt werden. Der BKD benutzt eine eigene Interventionslogik, die ich explizit zu äußern versuche: „vom momentanen Verlust der eigenen Ressourcen zur (Wieder)Gewinnung von Ressourcen“. Das Erleben einer Krise, unabhängig einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung, wird als eine Situation verstanden, in der die Ressourcen momentan verlorengegangen sind, die aber wiederaktiviert werden kön-

nen, oder je nach den persönlichen Fähigkeiten kann sogar die Kreativität des Klienten aktiviert werden. Nach dieser Logik scheint es nicht relevant, einen Diagnoseprozess einer psychischen Störung durchzuführen, sondern eher aktuelle Signale der Krise zu ermitteln, die zu bewältigen sind. Die Art und Weise, wie die Situation eines Menschen eingeschätzt wird, hat viel mit dem institutionellen Angebot zu tun. Die Institution interessiert sich dafür, ihrer Klientel aus der konkreten bzw. subjektiven Not zu helfen, sie aus ihrem momentanen hilflosen Erlebnis herauszunehmen und Perspektiven daraus entwickeln zu lassen.

Wenn die Berater eine diagnostische Information von psychisch kranken Klienten erfahren (aus einem Arztbericht, oder aufgrund ihrer Erfahrung oder Ausbildung) kann diese „extra“ Information dazu beitragen, das Bild der Klientensituation zu erweitern. Mitarbeiter orientieren sich am Hier und Jetzt. Sie intervenieren auf den eingeschätzten Zustand des Klienten, unabhängig davon, ob sie eine Borderline-, eine depressive Störung oder gar keine haben. Eine psychische Störung wird doch beachtet bei der Einschätzung der Konstellation der Krisensituation, aber ein diagnostischer Prozess im Sinne von einer Anwendung eines Tests z.B. wird nicht durchgeführt.

Man kann die Idee auch anders formulieren, nämlich so, dass die Krisenberater Experten darin sind eine ‚Jetzt –Zustands –Diagnose‘ zu erstellen, d.h. ein Bild der Klienten zu schaffen, das sowohl die aktuelle Konstellation, den Auslöser der Situation, die Ressourcen als auch die Anwesenheit einer eventuellen psychischen Störung umfasst.

*„Die Begleitforschung führte neben den Variablen zur Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 in der BaDo auch die sog. Zustandsbilder ein. „Damit sollten zu erwartende Zustände von Klienten operationalisiert werden, die immer wieder in der täglichen Arbeit vorkommen und die nicht sicher oder in sinnvoller Weise in einer psychiatrischen Sprache und Diagnostik abgebildet werden können. Es sollte die Frage beantwortet werden, wie beschrieben werden könnte, was die Klienten „haben“ oder was sie „sind“, wenn sie nicht psychiatrisch krank sind. Andererseits schien es uns wichtig, auch jenseits oder „unterhalb“ einer psychiatrischen Diagnose **genauere Beschreibungen davon zu ermöglichen, wie es denn den Klienten „geht“**, die sich an den BKD wenden. Eine psychiatrische Diagnose gibt diese Dimension nicht her. Mittels der entwickelten Variablen sollte sich für die Mitarbeiter auf der deskriptiven Ebene (ohne konkreten nosologischen oder ätiologischen theoretischen Bezug) beschreiben lassen, was sie bei den Klienten beobachtet und wie sie dieses eingeschätzt haben.“ (Begleitforschung, 2003, Bd. II, S.28)*

⁵ Den Fettausdruck habe ich eingefügt.

Der BKD wird nicht nur von Klienten, sondern auch von Angehörigen und Professionellen anderer Einrichtungen in Anspruch genommen, manchmal sind auch dritte Personen in einer kritischen Situation, die die Krisenberater einschätzen müssen.

Grundsätzlich treten Menschen, die sich in einer Krise befinden, mit dem BKD direkt in Kontakt. Wie die Begleitforschung berichtet, nehmen nicht nur Klienten den BKD in Anspruch, sondern darüber hinaus weitere Personengruppen: Angehörige und Professionelle aus anderen Einrichtungen. Die Klientenkontakte machen zwar mit 76,6 % den größten Anteil der Kontakte aus (vgl. Begleitforschung, 2003), aber die anderen Gruppen sind auch vertreten: Professionelle mit 13,1 % und Angehörige mit 12,8 %.

Das Angebot einer sofortigen Intervention bezieht sich auf den momentanen emotionalen Zustand. Eine unmittelbare Begegnung durch die Abschaffung der institutionellen Zugangs- und Kontaktbarrieren und die Unverbindlichkeit zu gewährleisten, scheint meines Erachtens ein Bedingungsfaktor für die am häufigsten eingeschätzten Zustandsbilder (Verzweiflung, Ratlosigkeit und Angst) und die am häufigsten verschlüsselte Klientengruppen (Borderline-Störung, Affektive Störung) der Institution zu sein.

Diese Merkmale des Angebotes passen zu den Bedürfnissen von Menschen in Verzweiflung oder Angst. Die Niedrigschwelligkeit begünstigt und erleichtert das Ankommen der Klienten in schwieriger Krise und besonders der Borderline-Klienten (diese Thematik wird im nächsten Abschnitt weiterbehandelt).

2.2.3.1 Der Rahmen und die Dauerklienten-Problematik

Obwohl der Krisendienst nicht für die schon seit längerem auch im Kriseninterventionsbereich identifizierte Gruppe Daueranrufer⁶ (Dauerklienten) konzipiert wurde, d.h. kein passendes Angebot für diese Gruppe vorgehalten wird, scheinen meines Erachtens die Rahmenbedingungen des BKD für diese Gruppe sehr attraktiv zu sein.

⁶ Die Telefonseelsorge Münster hat diese Anrufergruppe schon in der 70er Jahren als eine **problematische Nutzergruppe** angesehen (s. Bergold & Schürmann, 2001).

Bisher wurde in der Literatur⁷ nicht viel über diese schon länger bekannte und problematische Nutzergruppe berichtet. Diese Gruppe wird i.d.R. von Krisenberatern als Daueranrufer oder Dauerklienten benannt. Die der Gruppe zu geordneten Menschen werden im BKD tendenziell als Borderline-Klienten identifiziert, obwohl meiner Meinung nach in dieser Gruppe auch Menschen mit affektiven Störungen oder mit anderen schweren Störungen sein können.

In den Interviews wird die Borderline-Klienten-Gruppe als **Problemgruppe** u.a. von Herrn B aufgrund der Intensität und Enge im Kontakt thematisiert:

„Wir haben ähm ein paar Wochen später ne, nen Vortrag gehabt zum Thema Borderline, wo jemand einfach nur referiert hat und viele Kollegen aus dem Krisendienst waren da und jeder hatte irgendwie eine Frage zu einem Klienten ja und ich hab dann auch dazu gefragt, ja das, mit dieser Gruppe ist **großes Problem im Krisendienst** und da ist das passiert ja, also das war für Krisenintervention zu tief eingestiegen ja und es war ein ganz mühsamer Weg da wieder raus, ja, also der ging für ihn nur über ganz viele andere Personen ja, um sich überhaupt und dann das auch abzubrechen ne. Das war, das war schwierig. Also da kam schon ein Kontakt zustande, aber der war wesentlich dichter, als ich es im Nachhinein für gut halten würde.“ (HB, 783-792)

Borderline-Störungen werden häufig verschlüsselt (43 % der Kontakte). An dieser Stelle wird nun eine Diskussion über diese Menschen geführt, die als eine Gruppe beschrieben wird, die ständig den BKD anruft und einerseits die Kontaktanzahl der Institution erhöht und andererseits Schwierigkeiten für die Mitarbeiter verursacht. Meine Absicht ist nicht das pathologische Phänomen vollständig zu analysieren, sondern die sich aus meiner Fragestellung ergebende Perspektive und die Kategorien in diese theoretische Diskussion einzubeziehen.

Im Rahmen der Begleitforschung wurden folgende Überlegungen zum Verhältnis Krisendienst und Borderline-Klienten angestellt:

„Krisendienste sind zwar nicht unbedingt speziell für dieses Klientel konzipiert, aber Menschen mit diesen Störungen nehmen immer wieder und häufig Kontakt mit Krisendiensten auf, weil bei ihren vielfältigen Krisen auch häufig akute krisenhafte Zustände (beispielweise mit Suizidversuchen oder selbstverletzendem Verhalten) vor dem Hintergrund tiefgreifender seelischer Störungen eine Rolle spielen.“ (Begleitforschung, Bd. I S. 51)

Für die vorliegende Diskussion ist es nach meiner Analyse wichtig, auch **den Charakter des institutionellen Kontaktangebotes** zu beachten, in dem der Dienst sich den

⁷ Auch in Bergold u. Schürmann (2001) wird berichtet, dass diese Nutzergruppe wenig zur Kenntnis genommen wurde (insgesamt nur fünf Hits bei PSYNDEX plus von 1977-2000/3 bei dem Begriff Daueranrufer). Es gibt einen Artikel von Neumann (2002) über den Umgang mit Dauernutzern.

Krisenklienten ohne Bedingungen zur Verfügung stellt, um ein **unentbehrliches momentanes Schutz- und Entlastungsangebot** zu gewährleisten.

Grundlage der folgenden Angabe ist der Text der Broschüre, die öffentliche Werbungsziele hat. Das Angebot in der Broschüre des BKD und seinen anderen öffentlichen Werbeträgern lautet:

„Menschen haben Krisen. Berlin hat einen Krisendienst“
„Kostenlos. Rund um die Uhr.“
„[...]Jeder von uns kann jederzeit in eine akute seelische Krise geraten. Die Gründe hierfür sind vielschichtig: Ängste Einsamkeit, Trennungen, Selbstmordgedanken[...]“

Damit wird eine große Anzahl von Menschen in Krisensituationen angesprochen, sogar die Menschen, die sich nicht leicht trauen, über sich selbst zu reden. Aber es gibt in der Gemeinde eine Gruppe von Menschen, die sich sehr leicht betroffen fühlt. Dazu gehören Menschen mit chronischen und schweren emotionalen Zuständen, wie zum Beispiel auch Menschen mit einer Borderline-Störung oder mit affektiver Störung.

An dieser Stelle konzentriert sich die Diskussion auf Menschen der Dauerklientengruppe, die einen labilen emotionalen Zustand haben. Darunter können auch Menschen mit einer Borderline-Störung eingeordnet werden. Wenn es sich in dieser Gruppe tatsächlich um Borderline-Klienten (im Sinne einer psychologischen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik) handelt, erklärt das, warum sie sich nicht für Beziehungskontinuität interessieren, ganz im Gegenteil, **ihnen kommt meines Erachtens die Unverbindlichkeit des Kontaktangebots entgegen.**

Einerseits begünstigen meiner Analyse nach die Rahmenbedingungen des BKD die Anrufe von Dauerklienten, weil der BKD-Kontext mit der psychischen Problematik der Borderline-Störung korrespondiert. Die Rahmenbedingungen des Berliner Krisendienstes scheinen ein unwiderstehliches Angebot für Borderline-Klienten darzustellen.

An dieser Stelle ist das Ergebnis einer Diplomarbeit relevant. Die von Bock & Lange (2002) bearbeiteten Erwartungen von suizidalen Borderline-Klienten an den BKD aus Sicht der Mitarbeiter passen ganz genau zu den konkreten Kriseninterventionen, die im

Rahmen des BKD geleistet werden können. Was solche Klienten aus Sicht der Mitarbeiter erwarten, ist folgendes:

- schnelle Hilfe, Kontakt
- Entlastung
- Erlösung, Rettung
- frühkindliche Wünsche (Nähe-Wärme)
- keine kontinuierliche Beziehung

Andererseits wird im BKD auch versucht, bei Klienten die Kriseninterventionstheorie anzuwenden, die nach meiner Meinung spezielle Überlegungen für diese spezifische Gruppe erfordern würde. Wenn nämlich die charakteristische psychische, affektive Instabilität ihrer Persönlichkeitsstruktur als Krise betrachtet wird, wird dann „ihre Krise“ mit dem unentbehrlichen momentanen Entlastungs- und Entwicklungsangebot alltäglicher Bewältigungsstrategien, nur für diesen Tag bewältigt, hat sich ihr krisenhafter Zustand nur für diesen Tag entspannt. So entsteht nach meiner Meinung ein Teufelkreis.

In ihrer psychischen/seelischen Verfassung verfügen Borderline-Klienten nicht über eine stabile psychische Struktur und Ressourcen (Kernberg, 1978), die meines Erachtens ihnen in einem einmaligen Kontakt die Bearbeitung einer „Krise“ im engsten Sinne (wie bei Sonneck 2000 z. B.) erlauben würden. Das heißt, dass sie ein Ereignis nicht als Krisen Anlass erkennen können und jede Situation sie wieder vor ein neues Problem stellt. Sie haben auch nicht die Möglichkeit, der aktuellen Situation eine neue Bedeutung zuzuschreiben aufgrund ihres intensiven instabilen emotionalen Zustandes. In Kriseninterventionen wird nach Sonneck in der Regel der Krisenauslöser für die Situation abgeklärt und seine Wirkung in der jetzigen Situation beachtet und bearbeitet. Diese wichtige theoretische Dimension der Krisenbearbeitung „Krisenauslöser-Wirkung“ ist auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht anzuwenden. Schmidt (1987) bezeichnet die Krisenhilfeleistung für Borderline-Klienten als Auftanken.

Im Gegenteil handelt es sich bei ihnen grundsätzlich darum, intensive Affekte momentan zu beruhigen. Bei Borderline-Klienten scheint es sich um eine ständige Wiederholung des Selben bei alltäglichen Ereignissen zu handeln, die von ihnen selbst als sehr intensiv, dramatisch und mit Ängsten verbunden erlebt werden. Infolgedessen sind sie

nicht in der Lage, ihre schmerzlichen alltäglichen Ereignisse anders zu bewältigen, als sich täglich Hilfe zu holen und mit jemandem (egal mit wem) zu reden und dadurch eine momentane kurzfristige Hilfe zu bekommen.

So kann ich die These aufstellen, dass eine unverbindliche Institution, die auch Zugangs- und Kontaktbarrieren abschafft, Menschen mit labilen und instabilen affektiven Zuständen wie Borderline-Klienten anzieht. Von dieser Klientengruppe wird eine solche Institution als wichtige tägliche soziale Ressource angenommen.

Borderline-Klienten nutzen den BKD in jedem Standort, und die diskontinuierlichen, unpersönlichen, grenzenlosen und diffusen Rahmenbedingungen dieser Institution ermöglichen ihnen dies, ebenso wie die Bereitschaft der Mitarbeiter, die Anliegen oder ev. Gesprächsanforderungen von jedem Anrufer unmittelbar und sofort zu erfüllen. In Notfällen sind diese Rahmenbedingungen sinnvoll, aber bei Daueranrufern, die kein „ernsthaftes“ Anliegen haben, gewinnt die Kontaktart einen anderen Charakter.

Meines Erachtens ist anzunehmen, dass man Borderline-Dauerklienten auf diese Weise nicht helfen kann, den Weg zu sich selbst zu finden, ihnen fehlen innere Ressourcen, die auf diesem Wege nicht bereitzustellen sind.

Die Rahmenbedingungen ermöglichen unterschiedliche Bindungen bzw. Beziehungsarten. Die Bindung oder die herzustellende (soziale) Beziehung des BKD zu Dauerklienten ist eine Auswirkung **sowohl der Rahmenbedingungen der Institution als auch der psychischen Strukturen dieser Menschen. Dauerklienten verfügen nicht über innere symbolische Ressourcen, um ihr Leiden in einem einmaligen Kontakt zu bearbeiten.**

2.2.4 Rahmen und zeitliche Merkmale der Kontakte im BKD

Im diesen Abschnitt werden die Kontakte im BKD aus einer zeitlich-chronologischen Perspektive betrachtet. Dafür wird auf die folgende Frage eingegangen: Wie lange dauern die Gespräche bzw. die Kontakte?

2.2.4.1 Zur Kontaktdauer

Die Kontaktdauer soll hier als eine selbstverständliche Folge der Rahmenbedingungen verstanden werden. In der Basisdokumentation des BKD ist die zeitliche Dauer der Kontakte registriert. Es wurde festgestellt, dass sich die Dauer der Interventionen je nach Art des Kontaktes deutlich unterscheidet. Telefongespräche dauern im Mittel ca. 20 Minuten, persönliche Gespräche knapp 60 Minuten und Mobile Einsätze ca. 1 ½ Stunden (vgl. Begleitforschung, 2003, S. 102). Es wurde weiterhin festgestellt, dass innerhalb der einzelnen Kontaktarten eine große zeitliche Schwankungsbreite besteht. Das entspricht der Tatsache, dass die Mitarbeiter mit Menschen mit unterschiedlich schweren Krisen in Kontakt treten.

Die Dauer der Interventionen ist auch unterschiedlich je nach Art der Kontaktperson. **Die längste eingenommene Zeit** entspricht dem Klientenkontakt und dauert **im Mittel etwa 30 Minuten**. Bei Kontakten mit Angehörigen beanspruchen die Interventionen knapp 19 Minuten und die Kontakte mit anderen Professionellen nur etwa 11 Minuten im Durchschnitt.

2.2.4.1.1 Der einmalige telefonische Kontakt als Standardkundenkontakt

Der Klientenkontakt wird im BKD eher telefonisch als persönlich durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitforschung des BKD bezieht⁸ sich auf den (relativen) Anteil an telefonischen Gesprächen. Im Zeitraum 05/2000 – 04/2002 gab es je nach der Region **zwischen 73,4% – 81,4% telefonische Gespräche**. Der Anteil an persönlichen Gesprächen ist in Anbetracht dessen, dass der Krisendienst nicht grundsätzlich für diese Kontaktart konzipiert wurde, auch beachtlich. So werden je nach Region zwischen **17%**

⁸ Nach Abbildung 8 des Begleitforschungsberichtes, 2003: „Relativer Anteil nach Art des Kontaktes getrennt nach Regionen“ (vgl. Bergold et al. 2003).

und 22% persönliche Gespräche durchgeführt. Folgekontakte fallen auch unter diese Rubrik.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ersehen, dass sich der telefonische Kontakt im BKD etabliert hat. Der hohe Prozentsatz dieser Kontaktform legitimiert ihm als einen Standardkontakt der Institution. Hier ist eine klare Entsprechung zwischen dem grundsätzlichen Interventionsangebot des BKD mit der First-Order Intervention nach der Einordnung von Slaikeu (1983) festzustellen.

2.2.4.1.2 Die Folgekontakte

Aus Sicht der Institution sind Folgekontakte die längsten Klientenkontaktangebote. Die Anzahl der Begegnungen zwischen Klient und Berater sollen nicht 10 Kontakte überschreiten. In den Interviews beschreiben die Mitarbeiter, dass sie in der Regel nicht mehr als 5 oder 6 Folgekontakte anbieten.

„Ich brauche diese zehn Kontakte ganz ganz selten. Meistens brauche ich, weiß ich nicht, zwischen drei und fünf oder drei und sechs Kontakte.“ (HE, 153-154)

Aus der Basisdokumentation wird aus methodischen Gründen nicht deutlich, in welchem Umfang Folgekontakte stattfinden.

Die Relevanz der Folgekontakte für den vorliegenden Abschnitt wurde bereits diskutiert. Vom Konzept her hat der BKD keinen therapeutischen Auftrag. Deshalb gehören Folgekontakte nicht zu den Interventionen zweiter Ordnung nach Slaikeu (1983). Es wurde vorgeschlagen, sie als eine Entfaltung der Interventionen erster Ordnung zu verstehen.

Es erweist sich, dass Folgegespräche als eine entfaltete Variante des typischen Klientenkontaktes in der Konzeption des BKD eine große Rolle spielen. Stationäre Behandlungen könnten dadurch vermieden werden. Menschen in einer schweren Krise oder in einer Notfallsituation oder Menschen mit einer Suizidgefährdung könnten durch einige wenige weitere Kontakte durch den selben Berater Hilfe bekommen, und Schlimmeres könnte vermieden werden (s. 7.3).

Zusammenfassend wird durch diese Fortführung des Kontaktangebotes über mehrere Termine Folgendes erreicht:

- Vermeidung von Klinikaufenthalten
- Verhinderung eines außerstationären Drehtür-Mechanismus (Wienberg, 1993)
- Ermöglichung von Kontakten mit anderen Institutionen-Weitervermittlung
- Nutzung von Krisenpotentialen
- Gewährleistung von Beratungen für einen kurze Zeit mit demselben Mitarbeiter, um dadurch die Leistungsqualität zu sichern.

In der Konzeption ist zu lesen:

„Um das Potenzial von Krisen nutzen zu können, vermeidbare Einweisungen und einen vorzeitigen Abbruch des Beratungskontaktes zu verhindern, können Folgegespräche notwendig sein: Gerade bei schweren komplexen psychosozialen Krisen, bei denen noch keine institutionellen Vorkontakte bestehen, kann es entscheidend darauf ankommen, auch nach der Erstintervention ein Mindestmaß an personeller und konzeptioneller Kontinuität sicherzustellen. [...] Nicht selten ist eine Akutintervention nur dann zielführend, wenn über den Erstkontakt hinaus einige wenige weitere Kontakte durch denselben Therapeuten angeboten werden können. Diese Möglichkeit wird dann zum entscheidenden Qualitätsmerkmal, wenn nur auf diese Weise ein frühzeitiger Abbruch des Beratungskontaktes verhindert werden kann [...]. Dort, wo Krisenintervention und Notfallpsychiatrie ausschließlich auf einmalige Kontakte reduziert werden, besteht die Gefahr, dass sich ein außerstationärer Drehtür-Mechanismus entwickelt, in dem vordergründiges Krisenmanagement ohne ein wirkliches Beziehungsangebot dominiert.“ (BKD-Konzeption, 1998, S. 7)

Das Konzept des BKD verfolgt das Prinzip der **Hilfe zur Selbsthilfe** als eine bedeutungsvolle Handlungsorientierung. Grundlage ist die Erwartung, dass die Klienten sich im Rahmen einer Krisenintervention im einmaligen Kontakt selbst mit der Hilfe von inneren und/oder von ihren sozialen Ressourcen weiterhelfen können. Wenn dies aufgrund der Schwere der Krise oder der Unmittelbarkeit eines traumatisierenden Ereignisses oder der Masse der zu bewältigenden Probleme nicht gelingt, sind Folgegespräche im BKD indiziert.

„Im Regelfall sollten Folgegespräche durch die jeweils zuständigen Einrichtungen der Region erfolgen. Wo dies nicht möglich ist, wird diese Leistung von Festangestellten sichergestellt. Folgegespräche durch den Krisendienst sind dann indiziert, wenn es im Erstkontakt nicht gelingt, die Krise so weit aufzufangen, dass der Klient sich aus eigener Kraft weiterhelfen kann oder ein Wechsel der Helferbeziehung einen Abbruch des Kontaktes riskieren würde.“ (BKD-Konzeption, S.18)

„Krisendienste leisten keine längerfristige und kontinuierliche Betreuungsarbeit, sondern streben qualifizierte Weitervermittlung an, wenn nach Erstkontakt und gegebenenfalls begrenzter Anzahl von Folgegesprächen weitere Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind, u.a. durch die sozialpsychiatrischen Dienste.“ (BKD-Konzeption, S. 20)

Folgekontakte im BKD sind aber eher die Ausnahme. In der Regel stehen dafür schon andere Einrichtungen des psychosozialen Versorgungssystems zur Verfügung.

Die vom BKD angebotene Kontaktdauer ist nicht mit der anderer psychosozialer oder therapeutischer Angebote zu vergleichen. Sowohl die institutionellen Ziele als auch die Nutzung des chronologischen Aspektes der Zeit sind unterschiedlich.

In diesen Ausführungen betrachte ich den zeitlichen Faktor der Institution als sinnvoll, weil er zeigt, wie die Hilfeleistung und deren Funktionen zeitlich im BKD verteilt werden. Der BKD ist nach meiner Analyse eher eine erweiterte Form eines Notdienstes, er ist als ein psychosozialer Dienst zu verstehen, der eine **sofortige Fürsorge gewährleistet**.

Eine weitere wichtige Frage ist: Wie beschreiben die Berater das subjektive Erleben der Zeitbedingung, während sie Menschen in Krisen helfen? (Diese Thematik wird im Kapitel 5 behandelt.)

2.3 Das allgemeine Kontaktangebot des BKD und die Funktion des Krisenberaters

2.3.1 Einleitung

In diesen Abschnitt wird die „**Funktion des Krisenberaters im Kontakt mit Krisenklienten**“ dargestellt, wie sie aus der Analyse der Konzeption des BKD (1998) und dem Begleitforschungsbericht (2003) zu entnehmen ist. Unter Funktion des Krisenberaters werden die Aufgaben verstanden, die der BKD von den Mitarbeitern unabhängig von ihrem Beruf oder ihrer Ausbildung erwartet.

2.3.2 Zur Ordnungsfunktion des Krisenberaters

Im BKD werden alle Berufsgruppen von Mitarbeitern in einer einzigen Funktion gleichgestellt, d.h. es wird nach meiner Analyse von angestellten (Heil-) Pädagogen, Pflegern, Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen die gleiche Funktion erwartet und nicht, dass jede Berufsgruppe in der Dienstleistung entweder als Festangestellte oder auch als Honorarmitarbeiter ihre Profession ausübt. Nur Ärzte im ärztlichen Hintergrunddienst müssen eine andere Funktion erfüllen.

Die Funktion des Krisenberaters hat nach meiner Analyse einen Ordnungseffekt auf den Klienten (deshalb Ordnungsfunktion), weil die in der Konzeption beschriebenen Interventionsziele es den Klienten ermöglichen sollen, sich mit ihrer aktuellen Situation so auseinander zu setzen, dass sie klarer für sie wird, und sie dann wissen, wie es jetzt weiter gehen könnte. Die Ordnungsfunktion von Krisenberatern ermöglicht es, einen Raum zu schaffen, in dem die Klienten in ihrer Not-, akuten/nicht akuten oder psychosozialen Krisensituation ihre Bedürfnisse oder Anliegen äußern können. Wenn Klienten sich in ihrer Situation stabilisieren, vermehrt dies unabhängig von dem Krisensituationsgrad ihre Bereitschaft, sich weiter helfen zu lassen (und sich selber weiter zu helfen).

Meiner Analyse nach gibt es im Konzept eine Hierarchie in den vom Berater erwarteten Handlungen, die je nach Krisensituationsgrad oder Krisenzustandsgrad variieren.

Die Institution erwartet von Krisenberatern, bei Klienten einen kurzfristigen Ordnungseffekt zu erzeugen, der es den Klienten erlaubt, ihren Zustand zu stabilisieren und mit ihrem Leben weiter zurechtzukommen.

Erstens dafür sorgen, den Klienten in kurzer Zeit zu stabilisieren (2.3.1.1).
<ul style="list-style-type: none"> - Auf der Affektebene: Schutz, Entlastung, Entspannung - Auf der Situationsebene: Klärung, Orientierung, Angebot anderer Perspektiven - Aktivierung innerer Ressourcen - Aktivierung externer Ressourcen: in der privaten und institutionellen Sphäre <p style="text-align: right;">↓</p>
Zweitens dafür sorgen, dem Klienten weiterführende Hilfsangebote zu vermitteln (2.3.1.2).
<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung des Klienten an andere Einrichtungen: von Klinikeinweisung, Informationen über Selbsthilfegruppen, Weiterverweisung an Beratungsstellen bis Therapieempfehlung

Abbildung 1: Im Konzept erwartete Funktion des Krisenberaters

Zeit spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Die Handlungen des Mitarbeiters erfolgen in einem engen Zeitkorridor. Mit anderen Worten, die Anforderungen sind hoch, denn sie stehen unter dem Druck, eine kurzfristige und individuelle Kriseninterventionsstrategie zu entwerfen und bei manchen Klientengruppen Gefahren abzuwenden. Eine kurzfristige Kontaktaufnahme soll dazu führen, dass Klienten auf eine differenzierte Weise Entlastung, Stabilisierung, Klärung ihrer Situation und/oder Aktivierung der inneren und externen Ressourcen erfahren.

2.3.2.1 Den Klienten in kurzer Zeit zu stabilisieren

Die konkreten Handlungen, die erfolgen, um eine Person emotional zu stabilisieren, ihre Ressourcen zu aktivieren und Ansätze zur Bewältigung der Krisensituation zu finden, variieren von Fall zu Fall. Das Vorgehen hängt zusammen mit der Schwere der Krisensituation des Klienten, seinem psychischen Zustand, seiner Persönlichkeitsstruktur und/oder seiner Problematik.

Der Klient selber, soweit er dazu in der Lage ist, sagt, was er braucht, um sich besser zu fühlen (Beobachtung aus der Datenmaterialanalyse). Aber wie oben dargestellt wurde, trifft man bei Klienten in hohem Ausmaß Verzweiflung und Ratlosigkeit an (61%). Dies erschwert dieses Vorgehen in der Krisenintervention.

Man kann sehr Unterschiedliches unter Stabilisierung verstehen: Die Lust zum Leben wiederzuerlangen bis hin zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur emotionalen Auseinandersetzung mit schwierigen Entscheidungen wie z.B. Entscheidung für eine Trennung oder Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch (Beispiele aus den Interviews).

Für einige Klienten kann entscheidend und bedeutend sein, Schutz zu bekommen und für andere neue Perspektiven zu entwickeln. Das hängt, meines Erachtens einerseits vom Krisensituationsgrad und andererseits von der Positionierung und Handlungsflexibilität des Mitarbeiters ab. Der Mitarbeiter soll die Probleme des Klienten wahrnehmen und schätzt dessen Bedarf und/oder dessen Bedürfnisse gemäß seines professionellen Hintergrundes ab.

Die Stabilisierung der Krisensituationszustände wird dadurch erzielt, dass den Betroffenen dabei geholfen wird, ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeiten wieder zurückzugewinnen und diese kreativ einzusetzen.

Stabilisierung als Ergebnis einer Intervention auf den momentanen emotionalen Zustand der Klienten sowie auf die aktuelle Krisensituation ist von großer Bedeutung in der Kriseninterventionsarbeit und nimmt auch Bezug auf die Bedürfnisse der Klienten.

„Die Erfüllung dieser Bedarfe hat einen hohen Stellenwert für die Kontaktaufnahme und die Entwicklung der Bereitschaft der Nutzer, sich weiter mit der Krisensituation auseinander zu setzen.“ (Begleitforschung, Bd. II, S. 40)

Stabilisierung des momentanen emotionalen Zustands der Klienten kann das Ergebnis der ersten Intervention des Mitarbeiters oder des gesamten Interventionsprozesses sein. Sie kann ein Motiv für die Klienten sein, sich von dem Mitarbeiter zu verabschieden

(wie bei Daueranrufern) oder als Basis angesehen werden, überhaupt mit dem Sprechen anzufangen, um sich mit der Problematik auseinandersetzen zu können.

Hinzuzufügen ist, dass dasjenige, was eine Person in einer Krise als Bedarf sieht, vom Mitarbeiter wahrgenommen und eingeschätzt werden muss, damit er den Bedarf der Klienten aufnehmen und erfüllen kann.

Relevant für diese Diskussion finde ich, die Interpretation der Berater von den unterschiedlichen Klientenbedürfnissen darzustellen. Ihre Interpretation soll dazu führen, eine bessere Kontaktaufnahme herstellen und die Bereitschaft der Klienten unterstützen, sich selber weiterzuhelfen, Alternativen und Perspektiven zu entwickeln. Die Mitarbeiter des BKD interpretieren vor allem Folgendes als Bedarf von Menschen in Krisen, die sich an sie wenden⁹:

- Persönliche Zuwendung und Verständnis bekommen (47%)
- Rat in der Verzweiflung bekommen (36%)
- Information bekommen (knapp 30%)
- Innere Situation abklären lassen (28%)
- Jemanden treffen der wirklich zuhört, einen Dialog entstehen lassen (26%)
- An zuständige Institution vermitteln (20%)
- Über die Zukunft sprechen und Orientierung finden ((19%)
- Verbündeten finden (16%)
- Folgekontakte kriegen (15%)
- Raum finden, wo sie einfach nur reden können (Monolog) (15%)
- Sich abreagieren (14%)
- Schutz finden (8%)
- Alltag strukturieren können (4%)

Auch in der Begleitforschung wird auf den Aspekt der Stabilisierung des Klienten eingegangen. Stabilisierung wird hier als ein Handlungsziel der Mitarbeiter behandelt.

Die Mitarbeiter des BKD haben ihr Handeln anhand der in der Basisdokumentation vorgegebenen Interventionskategorien selbst eingeordnet. Für mich ist es von großer Bedeutung, wie sie es eingeschätzt haben. Die Abklärung der Krisensituation stellt die häufigste Intervention dar:

- Situationsklärung (88%)
- Vereinbarung von Folgegesprächen (21%)

⁹ Nach Abbildung 28 des Begleitforschungsberichtes, 2003: „Einschätzung des Bedarfs der Klienten durch die Mitarbeiter.“

- Diagnostische Abklärung (11%)
- Aktivierung des sozialen Netzwerkes (7,8%)
- Entwicklung von Alternativen zur Klinikeinweisung (6,2%)
- Mobiler Einsatz des BKD (4,3%)
- Koordination von Dienstleistungen (4,3%)
- Beratung zur Medikation (3,9%)
- Arzt telefonisch Rat gefragt (3,3%)
- Begleitung bei Klinikeinweisung (1,6%)

Alle diese Interventionsmodalitäten beziehen sich auf eine Ordnungsfunktion für den Klienten. Bei fast 90 % der Kontakte wurde die Situation des Klienten abgeklärt. Dieses grobe, aber sehr wichtige Faktum unterstützt die These, dass ein Mitarbeiter eine Ordnungsfunktion für Klienten übernimmt. Ohne diese essentielle Berateraufgabe (Situationsklärung) kann man keine Interventionen irgendeiner Art durchführen. Sie scheint also Grundvoraussetzung für alle weiteren Interventionsschritte zu sein.

In der Literatur werden unterschiedliche Handlungen beschrieben, die zur Stabilisierung des Klienten führen. Sonneck (2000) zum Beispiel schlägt als Ziel vor, die eigenen Fähigkeiten des Betroffenen und seiner Umgebung zu unterstützen, damit sich dieser schnell wieder selbst helfen kann.

Die Einbindung des Klienten ist ein relevanter Aspekt in der Krisenintervention und unterscheidet sich von den anderen stabilisierenden Interventionen, weil sie dem Klienten die Möglichkeit eröffnet, langfristig seine sozialen Ressourcen zu nutzen und weil die Einbindung als Alternative sowohl zur stationären Behandlung gesehen werden kann, als auch einer ständigen Inanspruchnahme des BKD (z. B. als Dauerklient) vorbeugt. Die Einbindung des Klienten geschieht durch die Einbeziehung und Aktivierung seines sozialen Umfeldes mit dem Ziel einer möglichen Stabilisierung, Entlastung und dem Finden von neuen Perspektiven.

Die Einbeziehung und Aktivierung des sozialen Umfeldes unterteilt sich meines Erachtens in zwei Sphären:

Private Sphäre:

- Familie, Freundeskreis, Nachbarn, Bekannte.

Auf der privaten sozialen Ebene wird versucht, dass der Klient seine engen Beziehungen aktiviert. Das heißt, nicht nur die Angehörigen in der Krisensituation einzubeziehen, sondern den Klienten anzuregen, seine engen privaten Beziehungen zu intensivieren oder zu vertiefen.

Institutionelle Sphäre:

- professionelle ambulante oder stationäre Behandlungsdienste. Die Weiterverweisung in Therapien, in spezifische Beratungsstellen oder sogar bei Bedarf in Kliniken.

- nicht-professionelle Dienste oder Einrichtungen oder Vereine: Angebote der Gemeinde (z.B. Selbsthilfegruppen).

Der BKD ist meiner Meinung nach auch zu den sozialen Ressourcen eines Klienten zu zählen. Durch ihre Inanspruchnahme des BKD können einerseits Bedürfnisse einer Person in Not- oder Krisenzuständen erfüllt, andererseits Wünsche und Motivationen bearbeitet werden.

2.3.2.2 Den Klienten weiterführende Hilfsangebote vermitteln

Eine weitere Aufgabe des Mitarbeiters lautet, den Klienten an andere Einrichtungen zu vermitteln. Dadurch wird m. E. auch eine Ordnungsfunktion ausgeübt. Besonders bei psychiatrischen Fällen und akuter Suizidalität ist von großer Bedeutung, das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu beachten. Im Begleitforschungsbericht werden diese Interventionen als Alternativen zur Klinikeinweisung beachtet.

„Das soziale Netz, das den Klienten umgibt, wird einesteils aktiviert und zum anderen auch verändert. Die Entwicklung von Alternativen zur Klinikeinweisung verlangt gerade, dass dieses Netz u.a. aktiviert wird. Die Tätigkeit des Beraters ist hier also nicht primär bzw. allein auf den Klienten gerichtet, sondern auf sein soziales Umfeld.“ (Begleitforschung, Bd. I, S.93)

Die Verbindung des Klienten mit sozialen Angeboten der institutionellen Einrichtungen erfordert fachkompetente Handlungen des Mitarbeiters, besonders Vernetzungskenn-

nisse, Kenntnisse von spezifischen (gemeindenahen) psychosozialen und psychiatrischen Angeboten im Gesundheitssystem.

Für meine Fragestellung wurde es wichtig, die Prozentanzahl der Kontakte zu erfahren, in denen an andere Institutionen vermittelt wurde und an welche Einrichtungen.

In der Basisdokumentation des BKD wurden u.a. auch Vermittlungsversuche des BKD an andere Organisationen und erfolgte Vermittlungen an andere Organisationen dokumentiert.

In der Begleitforschung wurde festgestellt, dass bei 36% aller Kontakte Kontakte zu anderen Hilfseinrichtungen dokumentiert wurden. Darin sind die gesamten externen Kontakte zu anderen Einrichtungen enthalten, das heißt sowohl Vermittlungsversuche als auch Vermittlung von und an andere Organisationen.

Die Zahlen machen deutlich, dass versucht wurde, die Klienten durch externe Weitervermittlungen sowohl in das gemeindepsychiatrische System als auch in das psychosoziale Beratungssystem zu binden. In erster Linie wurden Klienten an die sozialpsychiatrischen Dienste und in zweiter Linie an psychosoziale Dienste vermittelt. Das Notfallsystem spielt eine geringe Rolle in diesem Zusammenhang. Die Anzahl von Weitervermittlungen an Notfalldienste wie Polizei, Feuerwehr, Allgemeinkrankenhaus sind am geringsten.

In Bezug auf die Tendenz Therapie zu empfehlen, die an vierter oder fünfter Stelle liegt, wurde eine Besonderheit in der Untersuchung von Vermittlungen des Standortes „Mitte“ in der Zeit von 16 bis 24 Uhr entdeckt. Es handelt sich um die Abendschicht des Standortes, in dem die Tagdienste stattfinden. Die Vermittlung an Psychotherapeuten steht hier an erster Stelle und nimmt mit der Zeit zu.

Die Einrichtungen, an die der BKD am häufigsten weiter vermittelt, sind im Folgenden angegeben:

- Berliner Krisendienst intern (26%)
- Sozialpsychiatrischer Dienste (11,7%)
- Familien, Frauen- Männerfragen (7,4%)
- Psychiatrische Klinik (7,2%)
- Psychotherapeut (6,5%)

- Beratungsstelle (andere) (6,0%)
- Krisenstation (4,5%)
- Hilfe für Sucht (4,1%)
- Kinder und Jugendhilfe (3,6%)
- Arzt (3,4%)
- Selbsthilfe (2,8%)
- Anderer Krisendienst (2,5%)
- Notfall, Polizei, Feuerwehr (2,0%)

Von insgesamt 82.394 Kontakten sind 30.015 externe Kontakte zu Organisationen. Es fanden 13.774 Weitervermittlungen an andere Einrichtungen statt, wobei 3.590 Vermittlungen BKD-intern waren. Ohne die interne Vermittlung bleiben 10.184 extern erfolgte Weitervermittlungen, die plus die 4.070 Vermittlungsversuche 14.254 externe Vermittlungsversuche und erfolgte Vermittlungen ergeben.

Die Kontakte, in denen Vermittlungsversuche und Vermittlung **vom BKD an andere Organisationen** erfolgten, entsprechen einer **Prozentzahl von (12,4 %)**. Anders gesagt, es gibt 87,6 % der Kontakte, in denen nicht weitervermittelt wurde. Die Prozentanzahl von nicht weitervermittelten Klienten ist sehr hoch.

Die hohe Prozentanzahl von nicht weitervermittelten Klienten wird meiner Meinung nach von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Es handelt sich zu einem wichtigen Teil um Kontakte mit Dauerklienten, die meistens überversorgt sind. Wie schon oben diskutiert, handelt es sich um Menschen, die am Tag mehrere Male sogar unterschiedliche Standorte anrufen. Sie erhöhen die gesamte Kontaktanzahl der Institution und beeinflussen dadurch maßgeblich die Berechnung von Prozentanzahlen. Ein anderer Faktor ist darin zusehen, dass unter Weitervermittlung auch die Klinikeinweisungen einbezogen werden, die eigentlich von Mitarbeitern vermieden werden sollten. Ein weiterer Faktor ist, dass eher Psychologen und Festangestellte als die Honorarmitarbeiter Folgekontakte durchführen.

Trotzdem scheint die Weitervermittlung eine sehr wichtige erwartete Funktion von Kriseninstitutionen zu sein. In der Begleitforschung wurden auch die Erwartungen anderer Einrichtungen an BKD erfragt. Es wurde festgestellt, dass andere Krisen- und Notdienste am stärksten die Weitervermittlung an weiterführende Hilfsangebote erwartet haben.

Das heißt, dass sie diese Aufgabe als eine zentrale Funktion von Kriseneinrichtungen ansehen.

„Die Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote wird am stärksten von den befragten Krisen- und Notdiensten von einem (weiteren) Krisendienst erwartet, Fast alle Einrichtungstypen sehen diese Leistung eher als eine Aufgabe eines Krisendienstes an, wobei sie es in einem vergleichbaren Ausmaß auch als ihre Aufgabe ansehen. Ausnahme sind die Psychotherapeuten, die diese Aufgabe eher ganz einem Krisendienst zuschreiben.“ (Begleitforschung, 2003, Bd. I, S. 148)

Dieses Vorgehen ist meiner Meinung nach als **Kanalierungsangebot** oder Kanalierungsarbeit im Sinne von Slaikau (1983) zu verstehen.

“This advertisement which appears frequently in the Buffalo Evening News sums up quite succinctly the chief features of Crisis Service, Inc., a comprehensive system that includes a telephone counselling operation, outreach, and concrete linkage to a complete range of other community resources for the benefit of caller.” (Slaikau, 1983, S. 358)

“Cultivating networks with other community agencies to facilitate referral of callers.” (Hoff, 1978; McGee, 1974, zit. nach Slaikau, 1983, S. 321)

“Through its telephone function, Crisis service provides the only constant and reliable link between the full range of human service agencies in the Buffalo area.” (Slaikau, 1983, S. 322)

In das Konzept des BKD wurde auch dieser Aspekt einbezogen. Die Vermittlung des Klienten in das institutionelle Netzwerk ist ein Ziel im Interventionskonzept des BKD (Begleitforschung, Bd. I, S. 31). Dort wurde die Kategorie „Vermittlungen an andere Organisationen“ benutzt, um die nutzernetzwerkbezogenen Interventionen zu benennen. Sie sollen eine qualifizierte Weitervermittlung durch direkte Kontaktaufnahme mit einer Einrichtung ermöglichen, eine Weichenstellung durch Weitervermittlung in bezirkliche Einrichtungen und eine Wartezeitüberbrückung, wenn eine unmittelbare Weitervermittlung nicht möglich ist.

*„Weitervermittlung stellt insgesamt eine wichtige Aktivität des BKD dar, die der im Konzept angezielten **Weichenfunktion** im Versorgungssystem entspricht. Dabei kooperiert der BKD vor allem mit zwei unterschiedlichen Subsystemen, dem gemeindepsychiatrischen und dem psychosozialen Netz. Wie wir später zeigen werden, stellt die Weitervermittlung auch von der Nutzerseite her eine wichtige Dienstleistung dar. Bei der Befragung der Nutzer hat sich gezeigt, dass die kompetente Vermittlung eine Dienstleistung ist, die von ihnen vom BKD gefordert und nach welcher der BKD u.a. auch beurteilt wird.“ (Begleitforschung, 2003, S.131)*

Die Weitervermittlung oder Kanalierungsarbeit im Sinne von Slaikau ist ein wichtiger Aspekt der Orientierungsfunktion in den Interventionen erster Ordnung bei telefonischen Kontakten. Seinem Verständnis nach ist ein Krisendienst ein für die Nutzer zentrales Kettenglied, das allen Nutzern Zugang zu Einrichtungen der Gemeinde ermöglicht.

Den Anrufern bietet die telefonische Beratung Orientierung, indem eine konkrete Vermittlung an andere Gemeinderessourcen erfolgt.

So kann die Weitervermittlung dazu beitragen, dass die Bevölkerung, die Gemeinde zum BKD Vertrauen entwickelt und gewinnt. Der BKD als Institution übernimmt für Menschen in Krisen und auch für die Gemeinde allgemein eine Orientierungsfunktion.