

Chancen und Grenzen von Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Berliner Krisendienstes

Hermann, Anja; Möller, Heinke; Schürmann, Ingeborg

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hermann, A., Möller, H., & Schürmann, I. (2004). Chancen und Grenzen von Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Berliner Krisendienstes. *Journal für Psychologie*, 12(3), 251-269. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-49199>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Chancen und Grenzen von Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Berliner Krisendienstes

Anja Hermann, Heinke Möller und Ingeborg Schürmann

Zusammenfassung

Krisenarbeit ist ohne Kooperation und Vernetzung nicht denkbar. Mit dem Artikel verbinden wir das Anliegen, die Voraussetzungen und Bedingungen für Kooperation und Vernetzung im Zusammenhang mit einer definierten Aufgabe – der ambulanten Krisenarbeit im regionalen und stadtweiten Verbund – zu diskutieren. Die empirische Grundlage für diese Diskussion bietet der Fragebogen „Krisenarbeit in Berlin“, der die Wahrnehmung des Berliner Krisendienstes durch ausgewählte psychosoziale und medizinische Institutionen erfasst. Der dokumentierte Forschungsprozess selbst wird als qualitatives Datenmaterial analysiert. Dieser Forschungszugang bietet die Möglichkeit, die quantitativen Fragebogenergebnisse vor diesem Hintergrund einzuordnen. Drei Etablierungsgrade von Kooperation mit dem Berliner Krisendienst sind identifiziert worden. Entlang eines heuristischen Modells über förderliche und hinderliche Bedingungen für Kooperation wird dieses ausgewählte Ergebnis der Fragebogenuntersuchung erörtert. Nicht nur die Chancen von Kooperation werden ausgeleuchtet, sondern auch Grenzen von Kooperation und Vernetzung aufgezeigt. Die Frage, welche Etablierungsgrade von Kooperation zwischen dem Berliner Krisendienst und anderen Anbietern der psychosozialen und medizinischen Versorgung für welche Problemfelder als notwendig erachtet werden, ist nicht von der Forschung zu beantworten, sondern auf fachlicher und gesundheits- und sozialpolitischer Ebene zu diskutieren.

Schlagwörter

Vernetzung, Kooperation, Krisenintervention, psychosoziale Versorgung.

Summary

The Berlin Crisis Intervention Service as an example for chances and barriers to cooperation and networking

Crisis intervention cannot be thought without cooperation and networking. This article aims at discussing the prerequisites and conditions for cooperation and networking in the context of a defined task – outpatient crisis intervention within the city-wide or regional network. The questionnaire „crisis intervention work in Berlin“ provides the empirical foundation for this discussion. It taps the perception of exemplary psychosocial and medical institutions on the major Berlin Crisis Intervention Service. The documentation of the research-process is used as a source for qualitative data-analysis. This research approach is used as a background for interpreting the results from the questionnaire. Three different degrees of establishment of cooperation between the Berlin Crisis Intervention Service and different service providers of the psychosocial and medical health care system were identified. The results were integrated into a heuristic approach about conductive and impedimental factors for cooperation. The question what degree of establishment is necessary for the cooperation between the Berlin Crisis Intervention Service and different service providers of the psychosocial and medical health care system for different types of problems cannot be answered on the basis of research. Instead, it needs to be discussed on a professional and a health and social political level.

Keywords

Networking, cooperation, crisis intervention, psychosocial health care system.

Einleitende Überlegungen

Wer im psychosozialen und medizinischen Versorgungsbereich praktisch tätig ist, kennt die mit Kooperation verbundenen Mühen, aber auch den Nutzen. Wissenschaftliche Annäherungen unterliegen leicht der Gefahr, einer Thematik wie Kooperation, die in der Praxis viel Initiative und Engagement voraussetzt, die Lebendigkeit zu nehmen und den Duktus des Trockenen und Abgehobenen zu vermitteln.

Wir sehen diese Problematik und werben um kooperative Leser, die bereit sind, unsere geschichtlichen, konzeptuellen, und dann empirischen und heuristischen Annäherungen an Möglichkeiten und Grenzen von Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Berliner Krisendienstes zunächst zur Kenntnis zu

nehmen, bevor sie sie auf angemessene Breite, Attraktivität und Relevanz hin beurteilen.

Die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung in der psychosozialen Versorgung

Kooperation und Vernetzung hat im Kontext der Entwicklung, Diversifizierung und Differenzierung der psychosozialen Versorgung einen festen Platz im politisch-administrativen und professionellen Diskurs erlangt. In den Sozialwissenschaften spricht man in diesem Zusammenhang nach Bergold und Filsinger (1993) von Entwicklungsprozessen der Moderne im Sinne einer funktionalen Differenzierung in gesellschaftliche Teilsysteme (z. B. Gesundheits-, Sozial-, Bildungssystem) oder in funktionspezifische Handlungszusammenhänge mit einer sozial anerkannten Funktion (Mayntz 1988) wie z. B. öffentliche Erziehung, psychosoziale Versorgung. Es handelt sich also um Funktionen, die aus lebensweltlichen Bezügen ausdifferenziert und durch spezielle Systeme übernommen werden.

Die Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung wird erst thematisiert, seit das psychosoziale Versorgungssystem im Zuge der wohlfahrtstaatlichen Entwicklung in der BRD Ende der 60er und der beginnenden 70er Jahre sowie in Folge der Umsetzung der Psychiatriereform in den 80er Jahren erheblich ausgebaut wird und eine Vielzahl neuer (spezialisierter) ambulanter Dienste und unterschiedlicher Träger im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich neben Angeboten des öffentlichen Dienstes entsteht.

In der Psychiatrieenquete wird noch davon ausgegangen, dass die vielfachen Aufgaben der Integration, Kooperation, Koordination und Planung der regionalen psychosozialen Versorgung durch die Einrichtung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften „*in Selbstorganisation, durch Erfahrungsaustausch und durch wechselseitige fachliche institutionelle Unterstützung*“ bewältigt werden kann (Deutscher Bundestag 1975, 312). Ein Jahrzehnt später wird ein Fehlen von Kooperation und Koordination auf verschiedenen Ebenen beklagt: in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften selbst, in den Empfehlungen zur Fortschreibung der Berliner Psychiatrieplanung und in den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung sowie auf der Ebene der Praxisforschung, z. B. im Modellverbund Psychiatrie.

Erst im vergangenen Jahrzehnt, angesichts leerer werdender Kassen des Bundes, der Länder und Kommunen, wurden im Land Berlin Anstrengungen unternommen, strukturelle Voraussetzungen für eine abgestimmte Kooperation und Vernetzung zu schaffen bzw. zu verbessern. Mit den Trägern der regionalen psychosozialen Versorgung werden jetzt verbindliche Vereinbarungen über

Versorgungsaufträge und die Vernetzung mit anderen Trägern getroffen, deren Finanzierung an definierte Leistungskataloge und den Nachweis der Leistungserbringung gekoppelt ist.

Nach wie vor sind die Erwartungen an Kooperation und Vernetzung weitreichend und sprechen unterschiedliche Ebenen an. Durch Vernetzung sollen ganz allgemein Systeme optimiert werden. Kooperation wird als Mittel zur Qualitätssicherung beschrieben. Auf der sozialpolitischen Ebene verbinden sich mit Kooperation und Vernetzung Erwartungen wie Kostenersparnisse, Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz sowie die Nutzung von Synergieeffekten (van Santen und Seckinger 2003).

Die hohen Ansprüche an Kooperation und Vernetzung finden sich auch in den inhaltlichen Begriffsbestimmungen wieder. Wir greifen hier von Kardorffs (1998, 210 f.) Definitionen auf: *Kooperation* ist eine „*problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten, arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozess abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien.*“ *Vernetzung* bezeichnet das „*organisierte Zusammenwirken verschiedener aufeinander abgestimmter Angebote in einer Versorgungsregion innerhalb eines Versorgungssystems, idealerweise vor dem Hintergrund eines gemeinsamen konzeptionellen Grundverständnisses.*“

Ohne den Wert von hohen Ansprüchen mindern und die Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung in der psychosozialen Versorgung grundsätzlich infrage stellen zu wollen, steht jedoch zu vermuten, dass sich diese im Alltag der psychosozialen Versorgung, der sich oft durch die Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Anforderungen auszeichnet, kaum verwirklichen lassen. Ein Ernstnehmen aller aus den Konzepten abzuleitenden Ansprüche an Kooperation und Vernetzung bedeutet in der Praxis einen beträchtlichen Zeit- und Energiemehraufwand, der immer bezogen auf die Ungewissheit zu erzielender Ergebnisse abgewogen werden muss.

Die Bedeutung von Kooperation in der Krisenarbeit

Seit den Anfängen der über 60jährigen Geschichte der Krisenarbeit wird die Bedeutung von Kooperation thematisiert. Bereits die Pioniere Lindemann (1985) und Caplan (1977) betonen die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit dem persönlichen Netzwerk der Betroffenen und die multi-professionelle und interinstitutionelle Kooperation im Rahmen eines Modellversuches zur Einrichtung eines gemeindenahen Gesundheitsdienstes.

Die Notwendigkeit von Kooperation ergibt sich zunächst aus dem weitgehend geteilten Verständnis von Krisenarbeit als einem zeitlich eng begrenz-

ten Angebot, das auf die Bewältigung der aktuellen Krisensituation zentriert ist (Dross 2001). Aus diesem Verständnis leitet sich die Frage ab, wie für die Klienten eine gewisse Nachhaltigkeit gewährleistet werden kann. Verfügen die Klienten über ein soziales Netzwerk, das unterstützend wirksam werden kann? Müssen Kontakte zu Selbsthilfeinitiativen (z. B. bei Krisen im Zusammenhang mit chronischen körperlichen Erkrankungen wie Krebs) vermittelt oder aktiv eingeleitet werden? Erscheint die Einbeziehung weiterer Einrichtungen aus dem weiten professionellen institutionellen medizinischen und/oder psychosozialen Versorgungsnetz angezeigt, um Probleme des Krisenhintergrundes (z. B. Arbeitslosigkeit oder Verlust der Wohnung) spezifischer klären zu können und vorläufige Lösungsperspektiven mit den Betroffenen zu entwickeln?

Kooperation in der Krisenarbeit ist demnach immer ein Ergebnis oder Teilergebnis der aktuellen Krisenbearbeitung zwischen Klient und Krisenberater. Sie verweist auf Grenzen der Bearbeitungsmöglichkeiten in der ersten Begegnung und ist ein ressourcenorientiertes Bemühen, Potentiale anderer Einrichtungen zu nutzen, die für die Krisenbewältigung wichtig sein können.

Weitere Begründungen der Notwendigkeit von Kooperation ergeben sich auch aus der Weite des Krisenbegriffes und der Vielfalt unterschiedlichster Krisensituationen und Klientengruppen. Diese Vielfalt kann nicht immer von einer Einrichtung allein abgedeckt werden. In manchen Fällen ist die fachliche Unterstützung von oder Überweisung an spezialisierte Einrichtungen angezeigt.

Krisenarbeit bezieht auch die Menschen ein, deren Krise „*als akute(r) Zustand verschiedener Erkrankungen*“ (Sonneck 2000, 15) verstanden wird. Krisenarbeit kann in diesem Zusammenhang die Qualität und Spezifität der psychiatrischen Notfallintervention annehmen, die nur durch Kooperation mit bzw. durch Einbezug von medizinisch-psychiatrischen Diensten geleistet werden kann.

Es ließen sich eine Reihe weiterer Aspekte für die Notwendigkeit von Kooperation in der Krisenarbeit diskutieren, die jedoch den Rahmen dieses Artikels sprengen würden.

Das Vernetzungskonzept des Berliner Krisendienstes

Die Errichtung eines stadtweiten Krisendienstes im Land Berlin stellt nach dem Psychiatrieentwicklungsplan eine Weiterentwicklung der bisherigen Krisenversorgung dar und zielt auf deren Erweiterung, Vereinheitlichung und Neustrukturierung. Dies kann nur im Verbund mit den bereits etablierten Versorgungsbausteinen geleistet werden. Von Seiten des Trägerver-

bundes der Berliner Krisendienste wurde deshalb ein Konzept der doppelten Vernetzung entwickelt (siehe Abb. 1).

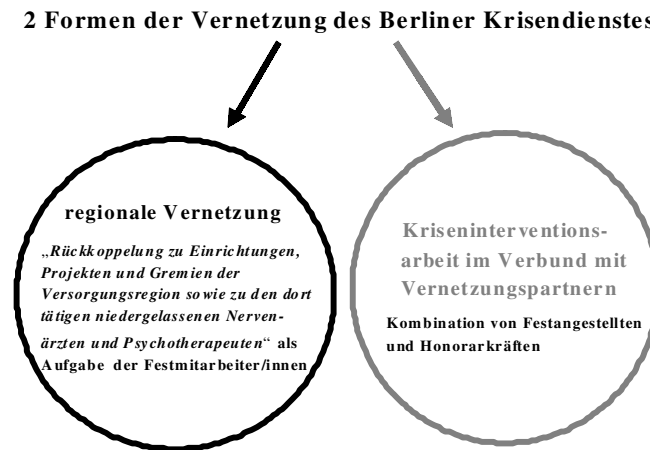


Abb. 1: Zwei Formen der Vernetzung des Berliner Krisendienstes

In jedem regionalen Dienst sind Mitarbeiter des multiprofessionellen Kernteams dafür verantwortlich, „die laufende Anpassung an die Erfordernisse der jeweiligen Versorgungsregion zu gewährleisten“ (Trägerverbund Berliner Krisendienste 1999, 15). Dazu gehören Teilnahme an der PSAG, enge Zusammenarbeit mit dem Psychiatriekoordinator, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der zuständigen Klinik, Kontaktpflege zu niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, den Polizeiabschnitten und den Einrichtungen in freier Trägerschaft.

Als weiteres die Vernetzung der regionalen Dienste förderndes Strukturmerkmal ist pro Standort die Einstellung von Honorarmitarbeitern aus verschiedenen psychiatrisch-psychozialen Einrichtungen der Versorgungsregion zu sehen. Sie arbeiten während der regional organisierten Kerndienstzeiten mit festangestellten Mitarbeitern zusammen. Diese konkrete Zusammenarbeit ermöglicht ein Kennenlernen von Arbeitsweisen und Schwerpunktsetzungen. Erfahrungen aus der Krisenarbeit können direkt an die Einrichtungen rückgekoppelt bzw. umgekehrt in den Krisendienst hineingetragen werden und ermöglichen es, im Laufe der Zeit eine gemeinsame Sichtweise von Krisenarbeit zu entwickeln. Auf diesem Wege wird eine Verringerung des Kooperationsaufwandes angestrebt.

Zugang zum Feld und methodische Überlegungen

Im Folgenden werden die Chancen und Grenzen von Kooperation und Vernetzung mit dem Berliner Krisendienst im regionalen und stadtweiten Verbund auf Grundlage empirisch gewonnener Daten erörtert.

Die Fragebogenuntersuchung „Krisenarbeit in Berlin“ nutzen wir in zweierlei Hinsicht als empirische Basis. Zum einen beziehen wir uns in diesem Artikel auf quantitative Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung. Zum anderen bedienen wir uns eines qualitativen Forschungszugangs: wir Forscherinnen¹ dokumentierten und analysierten den Kontakt mit den befragten Institutionen.

Den Prozess von der Entwicklung des Fragebogens „Krisenarbeit in Berlin“ bis hin zur Präsentation der Untersuchungsergebnisse betrachten wir in diesem Zusammenhang als ein Lehrstück über Kooperation und Vernetzung mit psychosozialen und medizinischen Einrichtungen.

Den von uns entwickelten Fragebogen „Krisenarbeit in Berlin“² richteten wir an Einrichtungen, von denen wir annahmen, dass sie mit Menschen in Krisen konfrontiert sein könnten. Uns interessierte, ob den Einrichtungen der Berliner Krisendienst zum Untersuchungszeitpunkt überhaupt bekannt ist und (wenn ja), ob sie mit ihm kooperieren³ und wie sie ihn bewerten. Wir erbateten darüber hinaus Angaben zur Größe und Struktur der Einrichtung, zu den Ziel- und Nutzergruppen der Einrichtung, zum Krisenverständnis, zu der in der Einrichtung selbst geleisteten Krisenarbeit und zu den Erwartungen an einen regionalen Krisendienst, um einschätzen zu können, unter welchen Bedingungen mit dem Berliner Krisendienst kooperiert wird.

Unsere Samplingstrategie wurde maßgeblich von der Forschungsfrage beeinflusst, ob sich die doppelte Vernetzung, wie sie in der Konzeption des BKD angelegt ist (vgl. Abb. 1), in der Praxis bewährt.

Zum einen wählten wir eine Krisendienstregion des BKD aus, um Aussagen über Kooperation und Vernetzung in der Krisenarbeit auf Bezirksebene machen zu können. Für die ausgewählte Region wurden annähernd 1700 Adressen als Grundgesamtheit aller relevanten psychosozialen und medizi-

¹ In dem Team, das sich für diese empirische Teiluntersuchung im Rahmen der Begleitforschung verantwortlich zeigte, arbeiteten nicht nur die Autorinnen, sondern darüber hinaus: Dr. Klaus Leferink (Methodenberatung), Rubina Vock, Sabine Vogt, Sabine Kolmer, Claudia Gundacker (studentische Mitarbeiterinnen Freie Universität).

² Detaillierte Informationen zur Fragebogenkonstruktion und Ergebnispräsentation siehe Bergold und Zimmermann (2003) sowie Zimmermann und Bergold (2003).

³ Items im Fragebogen:

- Empfehlung von Klienten durch die befragte Einrichtungen an den BKD
- Empfehlung von Klienten durch den BKD an die befragte Einrichtungen
- Fallbezogene Zusammenarbeit mit dem BKD

nischen Institutionen ermittelt. Wir verwendeten die Schrotschussstrategie, um aus den einzelnen Anbietergruppen, in die wir diese Grundgesamtheit aufteilten (siehe Abb. 2), eine Stichprobe zu ziehen.

Zum anderen bezogen wir alle 134 von uns ermittelten Institutionen ein, in denen Honorarmitarbeiter des Berliner Krisendienstes hauptberuflich (in Gesamtberlin) tätig sind, um Aussagen darüber machen zu können, inwiefern die Kombination von Festangestellten und Honorarmitarbeitern im BKD Kooperation in der Krisenarbeit zu etablieren hilft.

Insgesamt verschickten wir 939 Fragebögen, davon 737 an Institutionen in der einen Krisendienstregion und 202 an die Institutionen der Honorarmitarbeiter in Gesamtberlin.

Wie viele potentielle Kooperationspartner wir allein in der einen von uns untersuchten Krisendienstregion ermittelten, überraschte uns. Diese Vielzahl möglicher Kooperationspartner verweist bereits auf die Grenzen von Kooperationsbemühungen in der alltäglichen Krisenarbeit.

Grundgesamtheit einer ausgewählten Region: Adressen: $N \approx 1700$

Fragebögen an Einrichtungen, die spezifische Bevölkerungsgruppen in Krisensituationen aufsuchen können:

Anbieter im Bereich:	Anzahl der versendeten Fragebögen:
Selbsthilfe	48
Arbeit/Arbeitslosigkeit (inkl. Mobbing)	15
Frauen	22
Männer	10
Familie/Erziehung/Ehe/Scheidung	20
schwere Krankheiten (Aids, Krebs, MS)	11
Wohnen	14
Schulden	6
Obdachlosigkeit	11
Sucht/Drogen	30
Straffällige	7
Opfer von Gewalt, Missbrauch und anderen Traumatisierungen	14
Sterben	6
Alte	63
Ausländer/innen	57
Heilpädagogischer Bereich	61
Psychiatrie	Stationär: 31 ambulante Versorgung (außer niedergelassene Psychiater/innen): 87 (insgesamt: 118)

Fragebögen an Anbieter im psychosozialen und medizinischen Bereich, die für (fast) alle Bevölkerungsgruppen zuständig sind:

Anbieter	Anzahl der versendeten Fragebögen
niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	Hausärzte und -ärztinnen: 40 Psychiatrie/Neurologie: 40
Kirchen (evangelische, katholische sowie jüdische Gemeinde und Islamische Gemeinden)	41
Krisen- und Notdienste (alle)	24
Psychotherapeuten und -therapeutinnen	79
Institutionen der Region insgesamt:	737
134 Einrichtungen, in denen Honorarmitarbeiter/innen des BKD hauptberuflich tätig sind	202 (+20, die gleichzeitig als Einrichtungen der Region gesampelt wurden)

Insgesamt verschickte Fragebögen:

N = 939

Abb. 2: Zusammensetzung der Stichprobe

Rücklauf

277 ausgefüllte Fragebögen gingen in die Auswertung ein, dies entspricht einem Rücklauf von knapp 30%. Wenn wir die von uns ausgewählten 939 Untersuchungsteilnehmer als potentielle Kooperationspartner der Begleitforschung betrachten,⁴ dann stellen wir fest, dass unsere Kooperationsbemühungen nur teilweise fruchteten bzw. sich hier Grenzen der Kooperationsbereitschaft mit der Forschung zeigen. Wir gehen davon aus, dass die angefragten 939 Untersuchungsteilnehmer gute Gründe hatten, sich für oder gegen eine Mitarbeit an der Fragebogenuntersuchung zu entscheiden. Einige dieser Gründe können nachvollzogen werden, wenn wir unsere Kontakte zu den Einrichtungen während der Vorbereitung und Durchführung der Fragebogenuntersuchung daraufhin beleuchten:

⁴ Natürlich ist Kooperation zwischen Forschung und Praxis, die von Seiten der Forschung angestrebt wird, nicht gleichzusetzen mit Kooperation innerhalb eines Praxisfeldes. Dies ist uns bewusst. Doch dieser Forschungszugang macht uns auf Strukturähnlichkeiten aufmerksam. Wenn wir anhand der Analyse des Forschungsprozesses bestimmte Strukturen entdeckten, konnten wir fragen, ob sich diese auch in den Fragebogendaten finden.

Bereits in der Phase der Ermittlung der Grundgesamtheit, insbesondere der Erstellung der Adressenliste einer Krisendienstregion, geordnet nach Anbietergruppen, erwies sich der telefonische Kontakt mit den Einrichtungen⁵ als interessantes Forschungsdatum. Wir entnahmen diesen Gesprächen teilweise wichtige Hinweise sowohl darauf, ob Krisenversorgung in Berlin für die Einrichtung ein relevantes Thema darstellt, als auch über die grundsätzliche Kooperationsfreudigkeit einer Einrichtung. Die folgenden Ausführungen ließen sich noch detaillieren und fortsetzen. Wichtig ist uns an dieser Stelle festzuhalten, dass wir Forscherinnen mit der Durchführung der Fragebogenuntersuchung selbst sowohl bestehende Kooperationsnetze aktivierten und als auch neue spannten.

Die Quintessenz aus der Reflexion unserer Erfahrungen, wie sie im folgenden jeweils nach einem Pfeil (⇒) zusammengefasst wird, ging in die Konstruktion eines heuristischen Modells (siehe unten) ein.

Vor allem bei kleineren Einrichtungen führte unsere persönliche Kontaktaufnahme bei positivem Verlauf zu Einschätzungen wie ‚Schön, dass Sie sich für unsere Einrichtung interessieren.‘ / ‚Ihr Vorhaben klingt interessant‘. ⇒ Das Werben von Kooperationspartnern bedarf einer Öffentlichkeitsarbeit, von der sich diese persönlich angesprochen fühlen.

Kooperationsfreudiger zeigten sich Einrichtungen,

- wenn die Praktiker uns Forscherinnen aus unseren universitären Arbeitszusammenhängen bereits kannten und uns als vertrauenswürdig bzw. seriös einschätzten. ⇒ Kooperation setzt Bekanntheit und Vertrauen voraus.
- wenn Krisenarbeit ein wichtiges Thema in der Einrichtung ist. ⇒ Voraussetzung für Kooperationen im Krisenbereich ist die Relevanz von Krisenarbeit für die eigene Tätigkeit.

Nicht selten sagten uns die angefragten Untersuchungsteilnehmer, unser Fragebogen würde bei ihnen auf einem Stapel noch nicht bearbeiteter Unterlagen landen. ⇒ Kooperation bedeutet auch Mehraufwand.

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf Ergebnisse zum Ausmaß der Kooperation zwischen den befragten Einrichtungen und dem Berliner Krisendienst.

⁵ Fast alle 1700 Einrichtungen wurden telefonisch kontaktiert, um in dem sich derzeit stark umstrukturierenden Feld der psychosozialen und medizinischen Versorgung zu überprüfen, ob die uns vorliegenden Angaben über die Einrichtung noch aktuell sind.

Drei Etablierungsgrade von Kooperation mit dem Berliner Krisendienst

Das Ausmaß einer Kooperation mit dem BKD ist von Anbietergruppe zu Anbietergruppe unterschiedlich. Anhand des Ausmaßes lassen sie sich in 3 Gruppen einteilen.⁶ Wir finden:

- in der Gruppe 1 eine *etablierte Kooperation* des BKD mit dem Netz der (ambulanten und stationären) psychiatrischen Versorgung. Kooperation in der Krisenarbeit bedeutet in dieser Gruppe: *Übernahme einer gemeinsamen Verantwortung für das psychiatrische Klientel*.
- *Gruppe 2*: Zwischen einigen weiteren Anbietergruppen und dem Berliner Krisendienst erscheint die *Kooperation teilweise etabliert*. Hierzu gehören Anbieter im Bereich Psychotherapie, Heilpädagogische Einrichtungen und Subsysteme psychosozialer Versorgung wie z. B. die Bereiche: Frauen, Schulden, Arbeit. Kooperation in der Krisenarbeit kann für diese Gruppe als *Kooperation im Sinne eines partiellen gegenseitigen Nutzens* beschrieben werden.
- *Gruppe 3*: Als *kaum etabliert* wird die Kooperation zwischen dem BKD und anderen Subsystemen der psychosozialen Versorgung (z. B. mit dem Bereich Migranten und dem Bereich Missbrauch/Gewalt) sowie mit dem medizinischen Versorgungsnetz (ausgenommen Psychiatrie und Notaufnahmen) eingeschätzt. *Keine oder fragmentierte Kooperation* in der Krisenarbeit ist in dieser Gruppe festzustellen. Da in dieser Gruppe 3 ganz unterschiedliche Anbietergruppen zusammengefasst sind, kann nicht wie für die anderen beiden Gruppen eine zentrale Begründung für den festgestellten Etablierungsgrad von Kooperation mit dem BKD herangezogen werden.

Das Ergebnis der drei Etablierungsgrade von Kooperation mit dem BKD wollen wir nun in Hinblick auf Chancen und Grenzen von Kooperation in der Krisenarbeit diskutieren und führen hierzu ein heuristisches Modell förderlicher und hinderlicher Bedingungen von Kooperation ein.

⁶ Diese Gruppeneinteilung basiert auf der Zusammenfassung der befragten Einrichtungen zu spezifizierten Einrichtungstypen (wie z. B. Psychiatrische Einrichtungen, Psychotherapeutischer Bereich, Subsysteme somatisch-medizinischer Versorgung) und den Häufigkeitsverteilungen zwischen den Einrichtungstypen bei den drei genannten Items (vgl. Fußnote 3).

Das heuristische Modell förderlicher und hinderlicher Bedingungen von Kooperation

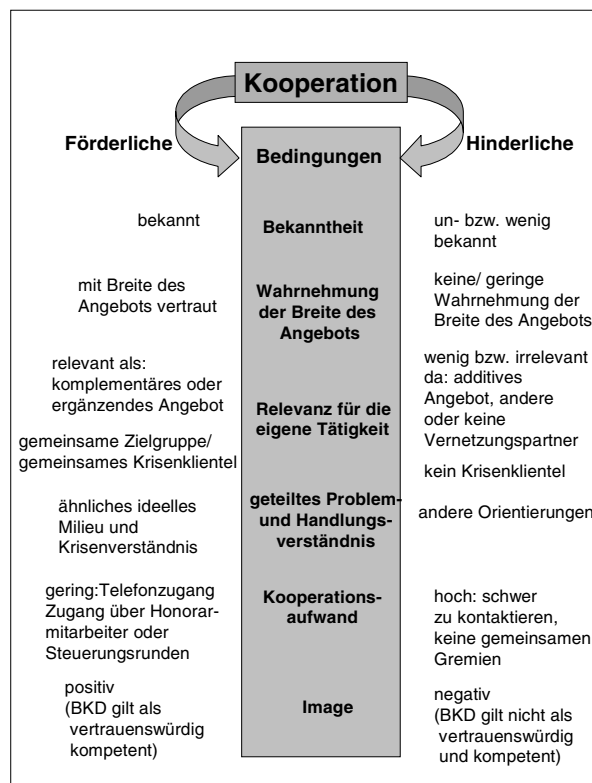


Abb. 3: Heuristisches Modell förderlicher und hinderlicher Bedingungen von Kooperation

Zur Bekanntheit

Bekanntheit ist die erste Voraussetzung für Kooperation. Bereits bei der telefonischen Ankündigung unseres Fragebogens erfuhren wir, dass nicht jede Einrichtung den BKD kannte. Zum Beispiel wurden viele Kirchengemeinden erst über unsere Kontaktaufnahme und die Bitte, an der Untersuchung teilzunehmen, auf den BKD aufmerksam.

Bekanntheit herzustellen ist Inhalt von Öffentlichkeitsarbeit. Diese ist an den Zielgruppen auszurichten. Sollen Nutzer angesprochen werden, sind andere Aktionen sinnvoll als innerhalb von Fachöffentlichkeit. In der Fra-

gebogenuntersuchung interessiert, inwieweit es dem BKD gelungen ist, sich innerhalb der Fachöffentlichkeit bekannt zu machen.

Gleichzeitig hat sich unsere Fragebogenuntersuchung selbst als wirksame Öffentlichkeitsarbeit erwiesen. Durch sie ist deutlich geworden, wie schwierig es ist, alle potentiellen Kooperationspartner in eine Adressenkartei aufzunehmen und diese ständig zu aktualisieren. Im Hinblick auf die untersuchten psychosozialen und medizinischen Einrichtungen lässt sich ableiten, dass auch deren personelle und finanzielle Ressourcen hierfür begrenzt sein dürften.

Lediglich 8% derjenigen Einrichtungen, die den Fragebogen beantwortet haben, kennen den BKD nicht. Bei 92% der Untersuchungsteilnehmer ist demnach diese Grundvoraussetzung für Kooperation erfüllt.

Zur Wahrnehmung der Breite des Angebotes

Weiß eine Einrichtung nicht nur, dass es den BKD gibt, sondern ist sie darüber hinaus mit der Breite seines Angebotes vertraut, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Kooperation.

Im Fragebogen führten wir eine Reihe von Leistungsangeboten des BKD auf,⁷ um zu ermitteln, welche Angebote des BKD von den befragten Einrichtungen wahrgenommen und genutzt werden.

Am Beispiel der Hausärzte, die der Gruppe 3 mit kaum etablierter Kooperation angehören, kann illustriert werden, inwiefern mangelndes Vertrautsein mit der Breite des Angebotes Kooperation behindert. Aus einer Befragung von Hausärzten (einer anderen qualitativen Teiluntersuchung im Rahmen der Begleitforschung) geht hervor, dass diese den Krisendienst lediglich als eine Anlaufstelle für Kurzinterventionen verstehen, die nicht therapeutisch tätig ist und auch nur weitervermittelt (Kolmer 2000).

Zur Relevanz des Angebotes einer Einrichtung für die eigene Arbeit

Vorausgesetzt eine bestimmte Einrichtung ist bekannt und man ist mit der Breite ihres Angebotes vertraut, so hängt die Entscheidung, ob Kooperationsbeziehungen aufgenommen und gepflegt werden, weiterhin von der Einschätzung der Relevanz des Angebotes dieser Einrichtung für die eigene Arbeit ab. Eine Einrichtung wird dann eher mit dem BKD kooperieren, wenn dessen Angebote als ergänzend oder komplementär eingeschätzt werden.

⁷ Seine Screening-Funktion (u. a. fallbezogene Informationsvermittlung), die ärztliche Hintergrundbereitschaft (u. a. die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung), Unterstützung bei Klinikeinweisungen (Abklärung der Notwendigkeit, Begleitung), aufsuchender Dienst, fachliche Beratung in Krisenfragen, Vermittlung von Klienten, gemeinsame Betreuung von Klientinnen, Anlaufstelle, wenn Kapazitätsgrenzen der Einrichtung erreicht sind bzw. Überbrückung (z. B. für Klientinnen auf Wartelisten, bei Urlaub), Krisenfortbildung sowie Sonstiges.

Ergänzend ist z. B. das Angebot eines Hausbesuches in Notfällen dann, wenn dies eine Einrichtung selbst nicht unterbreiten kann. Als komplementär gilt ein Angebot, das die Einrichtung selbst nicht zu jeder Zeit vorhalten kann. Wenn die eigene Einrichtung nicht zur Verfügung steht, kann der eigenen Klientel der BKD als Anlaufstelle empfohlen werden.

Um die Relevanz des Angebotes des BKD für die befragten Einrichtungen genauer einschätzen zu können, wurden im Fragebogen 14 Leistungen des BKD⁸ vorgegeben. Zum einen wurde gefragt, in welchem Ausmaß die eigene Einrichtung diese Leistungen anbietet und zum anderen, inwieweit diese von einem Krisendienst bereitgestellt werden sollen.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die Erwartungen an einen Krisendienst insgesamt sehr hoch sind. Das heißt, ein Krisendienst muss viel leisten, um als relevanter Kooperationspartner angenommen und akzeptiert zu werden.

Interessanterweise werden die zwei Kernaufgaben des Krisendienstes „stützende Gespräche“ und „Beratung in Krisen“ als Leistungen angegeben, die von der eigenen Einrichtung im gleichen oder sogar höheren Ausmaß übernommen werden, als sie von einem Krisendienst erwartet werden (vgl. Zimmermann u. Bergold 2003, 146 ff.). Dieses Ergebnis verweist u. E. auf einen Legitimationsdruck, dem sich alle Einrichtungen auf dem beschriebenen Hintergrund leerer werdender Kassen ausgesetzt sehen. Der BKD als ein neuer Baustein im Versorgungsnetz, so relevant er auch sein mag, wird deshalb nicht nur als potentieller Kooperationspartner, sondern auch als Konkurrent geprüft.

Eine andere Lesart ist, dass „stützende Gespräche“ und „Beratung“ selbstverständliche Angebote jeder psychosozialen Einrichtung sind.

Zum geteilten Problem- und Handlungsverständnis

Ein geteiltes Problem- und Handlungsverständnis wirkt vertrauensbildend. Van Santen und Seckinger (2003) heben besonders hervor, dass Vertrauen in andere Einrichtungen wesentlich für Kooperation ist.

Mit anderen Worten: wird Kooperation nicht auf dem Hintergrund eines ähnlichen ideellen Milieus und Krisenverständnisses angestrebt, stellen sich Anforderungen, wie sie im Rahmen interdisziplinären Arbeitens notwendig werden: es geht u. a. um gegenseitige Verständigung über die unterschiedlichen Herangehensweisen und das Herausarbeiten derjenigen Aspekte, die als eine sinnvolle Ergänzung zum eigenen Verständnis akzeptiert und genutzt werden können.

⁸ Einweisungen außerhalb der Dienstzeiten, Krisenintervention im Geistig Behinderten Bereich, Deeskalation, Psychotherapeutische Behandlung, engmaschige Betreuung, Übernachtung/Betten, medikamentöse Behandlung, 24-Stunden-Erreichbarkeit, Diagnostik, Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote, Hausbesuche, stützende Gespräche, Beratung in akuten Krisen, Information und Screening.

Zum Kooperationsaufwand

Van Santen und Seckinger (2003) beschreiben die Einschätzung des Kooperationsaufwandes als einen weiteren Grund dafür, in welchem Ausmaß kooperiert wird. Eine Aufwand-Nutzen-Abwägung werde immer angestellt.

Der Kooperationsaufwand minimiert sich, wenn man z. B. in gemeinsamen Gremien oder Steuerungsrunden Einblicke in die Arbeit des jeweils anderen gewinnt, sich über diese Kontakte die Wege verkürzen und Vertrautheit hergestellt wird. Im Falle des BKD wurde weiterhin über die Implementierung des Honorarmitarbeitermodells eine Verringerung des Kooperationsaufwandes mit denjenigen Einrichtungen angestrebt, in denen Honorarmitarbeiter hauptberuflich tätig sind.

Zum Image

Das Image eines Krisendienstes wie dem BKD, d. h. eine Bewertung, die der Einrichtung zugeschrieben wird, kann auf verschiedenen Aspekten beruhen, auf der Bewertung der Idee („so etwas sollte es geben“), des Konzepts bzw. einzelner Bestandteile („gut an dem BKD ist ...“), auf Erfahrungen mit der Einrichtung und/oder auf Erwartungen an eine solche Einrichtung. Je nachdem, was von einem potentiellen Kooperationspartner erwartet wird, erleichtert oder erschwert ein bestimmtes Image die Kooperation.

Wie wir andernorts herausgearbeitet haben,⁹ hat der BKD bei den Untersuchungsteilnehmern das Image der Psychiatrienähe. Der BKD wird von den befragten Institutionen als Baustein der Psychiatrischen Versorgung angesehen, angenommen und positiv bewertet. Die Institutionen scheinen im BKD einen Kooperationspartner zu suchen, von dem sie vor allem ärztliche und psychologische (diagnostische, therapeutisch fundierte, psychiatrische) Handlungskompetenzen erwarten (als komplementäres oder ergänzendes Angebot).

Dieses Image der Psychiatrienähe kann z. B. bei Selbsthilfeinitiativen von Psychiatrieerfahrenen das Kooperationsbedürfnis mindern, da ihnen eine psychiatrienähe Einrichtung nicht als vertrauenswürdig gilt.

⁹ Siehe Bergold u. Zimmermann (2003, 99): „Je eher in den Einrichtungen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (hohe Korrelationen bei Schizophrenie!) betreut werden und vom BKD eher diagnostische, medikamentöse und psychotherapeutische Leistungen erwartet werden, desto besser wird der BKD bewertet. [...] Die Einrichtungen scheinen im BKD einen Kooperationspartner zu suchen, von dem sie als komplementäres oder ergänzendes Angebot vor allem psychologische und ärztliche (diagnostische, therapeutisch fundierte, psychiatrische) Handlungskompetenzen erwarten.“

Abschließende Überlegungen

Der Fragebogen „Krisenarbeit in Berlin“ richtete sich an potentielle Kooperationspartner des BKD. Über die Sicht des BKD auf Kooperation und Vernetzung können wir auf der empirischen Grundlage der Fragebogenauswertung keine Aussagen machen.

Wir verstehen die potentiellen Kooperationspartner des BKD, an die wir uns mit der Bitte wandten, den Fragebogen auszufüllen, gleichzeitig als potentielle Kooperationspartner der Begleitforschung. Dieser Zugang bietet uns die Möglichkeit, Bedingungen für das Eingehen von Kooperationsbeziehungen aus der Analyse des Forschungsprozesses herzuleiten. Nach Einschätzung der Untersuchungsteilnehmer ist eine Kooperation mit dem BKD in unterschiedlichem Maße etabliert. Wovon der Grad der Kooperation in der Krisenarbeit abhängen kann, haben wir anhand des heuristischen Modells förderlicher und hinderlicher Bedingungen für Kooperation in der Krisenarbeit erörtert. Abschließend wollen wir nun bisher behandelte empirische und theoretische Aspekte in bezug auf Kooperation und Vernetzung zusammen führen.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass eine Einrichtung wie der BKD nicht einfach anhand einzelner Komponenten des Leistungsangebotes von anderen Einrichtungen im Versorgungsnetz abgegrenzt wird, wie dies die Fokussierung einzelner Merkmale im heuristischen Modell zum Zwecke der Analyse nahe legt. Ob eine Einrichtung eine Kooperation mit dem BKD anstrebt und realisiert, hängt vielmehr davon ab, zu welchem Gesamtbild sie dessen einzelne Leistungsangebote zusammenfügt und wie sie sich zu diesem Angebotsmuster in Beziehung setzt.

Eine Einrichtung wie der BKD, die sich als neuer Baustein im Versorgungssystem etablieren will, muss erhebliche Anstrengungen unternehmen, um von den anderen als Kooperationspartner wahrgenommen und akzeptiert zu werden. Dass es sich hierbei nicht um einmalige oder kurzfristige Bemühungen in der Etablierungsphase des BKD handeln kann, wird anhand der Einführung und praktischen Umsetzung des Konzeptes der doppelten Vernetzung deutlich, welches auf Dauer und Kontinuität ausgerichtet ist. Die anderen sind kontinuierlich über das eigene Angebotspektrum zu informieren. Und ebenso muss sich auch der BKD selbst kontinuierlich über das Angebotspektrum der Stadt, das einer ständigen Veränderung unterliegt, auf dem Laufenden halten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welches Ausmaß an Kooperation mit welchen Anbietergruppen innerhalb des psychosozialen und medizinischen Versorgungssystems angestrebt werden soll. Ob z. B. Hausärzte und Internisten als Vertreter des medizinischen Versorgungssystems und der BKD mehr miteinander kooperieren sollten, können wir auf der Grundlage der Fragebogenuntersuchung nicht beantworten. Für Fragen wie diese wären

fachliche Positionen vom BKD und anderen Versorgungsträgern sowie von verschiedenen Nutzervertretungen für die gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungsträger zu erarbeiten.

Mit unserem Forschungsergebnis kann aufgezeigt werden, wie ausdifferenziert bestimmte Kooperationsnetze sind. Darüber, ob mit dieser Ausdifferenzierung die Interessen der Nutzer des Versorgungssystems angemessen berücksichtigt werden, geben unsere Ergebnisse keine Auskunft.¹⁰

Auch eine gut etablierte Kooperation und Vernetzung, wie in Gruppe 1, darf die spezifischen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Nutzer nicht aus dem Blick verlieren. Dies wollen wir am Beispiel des Empowermentkonzeptes im Kontext der psychiatrischen Arbeit illustrieren: Was im professionellen Diskurs als Wahrung der Versorgungskontinuität und als gemeinsam getragene Verantwortung für diese Klientengruppe verhandelt wird, kann aus der Nutzerperspektive als ein Ignorieren ihrer Bedürfnisse und konkreten Erfahrungen mit professioneller Hilfe erlebt werden. Seibert (2000, 139) spricht in diesem Zusammenhang beispielsweise davon, dass „*Bemühungen von ambulanten Diensten, Angehörigen und niedergelassenen Ärzten zur freiwilligen stationären Behandlung ad absurdum*“ geführt werden, wenn Klienten, die für eine stationäre Behandlung ihre Einwilligung erteilten, nachträglich damit rechnen müssten, dass diese in eine Zwangsunterbringung umgewandelt werde.

Es wäre also noch konsequenter danach zu fragen, wie Vernetzung dazu beitragen kann, dass Klienten in ihrer persönlichen Verantwortung für die Bewältigung ihrer Krisen gestärkt und wie mit ihnen gemeinsam kreative Lösungen erarbeitet werden können.

Kooperation und Vernetzung im psychosozialen Versorgungssystem dürfen sich nicht selbst genügen. Jede Kooperationsbemühung muss die Anschlussfähigkeit an die Lebenswelt der Nutzer prüfen und sicherstellen.

Literatur

- Bergold, Jarg u. Dieter Filsinger (Hg.) (1993): Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim u. München: Juventa.
- Bergold, Jarg u. Ralf-Bruno Zimmermann (2003): Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes Band 2. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.
- Caplan, Gerald u. Henry Grunebaum (1977): Perspektiven Primärer Prävention. In Gerd Sommer u. Ernst v. Kardoff (Hg.): Fortschritte der Klinischen Psychologie und Gemeindepsychologie (51–74). München: Urban & Schwarzenberg.
- Dross, Margret (2001): Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe.

¹⁰ Im Rahmen der Begleitforschung wurde die Nutzerperspektive im Rahmen von Nutzerinterviews erhoben (siehe Bergold u. Zimmermann 2003, 75 ff.).

- Kolmer, Sabine (2000): Der Mensch in einer Krise im Kontext einer ärztlichen Praxis. Berlin: Freie Universität Berlin, Diplomarbeit.
- Lindemann, Erich (1985): Jenseits der Trauer. Beiträge zur Krisenbewältigung und Krankheitsvorbeugung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mayntz, Renate (1988): Funktionale Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank u. Rudolf Stichweh (Hg.), Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme (11–44). Frankfurt/Main: Campus.
- Seibert, Ulrich (2000): Zwang und Empowerment – Alternative Wege in der Krise. In Andres Knuf u. Ulrich Seibert, Selbstbefähigung fördern (138–171). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.
- Trägerverbund „Krisenversorgung des Landes Berlin (GbR)“ (1999): Konzeption einer ambulanten Krisenversorgung für Berlin. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Van Santen, Eric u. Mike Seckinger (2003): Kooperation: Mythos und Realität in der Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Zimmermann, Ralf-Bruno u. Jarg Bergold (2003): Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes Band 1. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

Anja Hermann, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin.

Diplompsychologin, akademische Mitarbeiterin an der Freien Universität, Institut für Klinische Psychologie und Gesundheitsförderung, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie.

Arbeitsschwerpunkte: Qualitative Forschung, Psychosoziale Versorgungsstrukturen, Kooperations- und Dialogmodelle.

Soz. Päd. Heinke Möller, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin.

Soz. Päd. grad., akademische Mitarbeiterin an der Freien Universität, Institut für Klinische Psychologie und Gesundheitsförderung, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie.

Arbeitsschwerpunkte: Planung und Organisation der Praxisintegrierenden Studieneinheit (PSE) „Psychosoziale Beratung“, Praxisintegrierende Lehre in der PSE „Psychosoziale Beratung“, Pflege von Kooperationsbeziehungen zwischen PSE und Institutionen der psychosozialen Versorgung.

Dr. Ingeborg Schürmann, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin.

Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, akademische Mitarbeiterin an der Freien Universität, Institut für Klinische Psychologie und Gesundheitsförderung, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie.

Arbeitsschwerpunkte: Krisenintervention, Qualitative Forschung, Systemische Psychotherapie.

Manuskriptendfassung eingegangen am 22. April 2004.