

Psychosoziale Krisendienste in Deutschland

Die bestehende ambulante Gesundheitsversorgung ist überfordert – Es fehlt ein aufeinander abgestimmtes System integrierter psychosozialer Notfallhilfe

■ Wolf Crefeld

In Germany, the provision of effective support for people in difficult crisis situations is of a precarious state. Reasons are the limited financial resources for non-stationary community-oriented and community-based psychiatric services, the lack of reliable professional standards for psychosocial emergency support and the lack of recognition of the actual requirements. It is an urgent task of health policy to develop a standard of psychosocial crisis intervention.

En Allemagne, l'offre de services réellement efficaces à destination des personnes se trouvant en situation de crise très grave se trouve en piteux état. Les raisons en sont des ressources financières limitées pour des services psychiatriques locaux non-durables, le manque de normes professionnelles fiables pour l'aide d'urgence psychosociale et le manque de reconnaissance des besoins réels par les services existants. Il est urgent que la politique en matière de santé publique développe une offre de service d'intervention psychosociale normalisée et efficace pour les situations de crise.

Prof. Dr. Wolf Crefeld lehrt bis zu seiner Pensionierung im Jahre 2006 Sozialpsychiatrie an der Evangelischen Fachhochschule Bochum.
E-Mail wolf@crefeld.info

Das Angebot wirksamer Hilfen für Menschen in schweren persönlichen Krisensituationen ist in Deutschland prekär. Gründe dafür sind unzureichende Finanzierungsgrundlagen für mobil arbeitende gemeindepsychiatrische Dienste, das Fehlen verbindlicher fachlicher Standards für psychosoziale Notfallhilfe und die geringe Bedarfsorientierung vorhandener Dienste. Die Entwicklung eines Standardangebots wirksamer psychosozialer Krisenhilfe ist eine dringliche gesundheitspolitische Aufgabe.

Krisen sind »seelische Ausnahmezustände, bei denen die Betroffenen inneren oder äußeren Belastungen so stark ausgesetzt sind, dass die üblichen Bewältigungsformen nicht mehr ausreichen und ihnen oder Dritten deshalb unmittelbare professionelle Hilfe innerhalb 24 Stunden notwendig erscheint«, definiert die Münchener Krisenstudie (Schleuning, Welschehold 2003).

Aus diesem Verständnis von Krise ergeben sich Schätzungen, dass in einer Millionenstadt wie München täglich etwa 30 bis 40 Krisensituationen zur Inanspruchnahme verschiedener Institutionen und Dienste Anlass geben. Ein Teil von ihnen verbirgt sich hinter den Notrufen bei der Rettungsleitstelle und begegnet der Feuerwehr und der Polizei bei ihren täglichen Einsätzen: Menschen, die nach einem Unfall oder einer Gewalttat sich in einem traumatischen Schockzustand befinden, hilflose suizidale, verwirrte, depressive oder psychotische Menschen, verzweifelte Abhängigkeitskranke, die über die Telefonnummer 112 Hilfe suchen. Nur etwa fünf Prozent der Einsätze, berichtete das Zweite Deutsche Fernsehen in einer Reportage über den Alltag einer Großstadtfeuerwehr, hat etwas mit Feuer zu tun. Viel häufiger begegnen die Einsatzkräfte Menschen in Krisensituationen, für die Rettungssanitäter und Notärzte ebenso wenig ausgebildet sind wie die Beamten der Polizei.

Doch wohin sollen sich Menschen in bedrohlich erlebten Situationen der Ausweglosigkeit, Verzweiflung oder Verwirrung wenden, wenn ein Anteil nehmendes Gespräch mit der Telefonseelsorge nicht mehr reicht? Mancher Dienst, der vielleicht helfen würde, verschwindet in den Telefonseiten unter »Kirchen«, »Stadtverwaltung« oder dem Namen eines Wohlfahrtsverbandes. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten haben wenig Zeit oder wochenlange Wartelisten. Sie erwarten in der Regel, dass der Ratsuchende sein Problem in klare Worte fassen kann. Experten wissen aus ihrer Praxisperspektive oft wenig vom wahren sozialen und situativen Kontext des Hilfesuchenden. Jährlich sterben 11.000 durch einen Suizid und schätzungsweise 100.000 unternehmen einen Suizidversuch. Jeder Suizid oder Suizidversuch betrifft fünf bis sieben weitere Menschen direkt: Ehepartner, Kinder, Eltern, Geschwister, Freunde.

Krise und Krankheit

Für den Begriff »Krise« existiert bisher in medizinischen und psychosozialen Kontexten kein einheitliches Verständnis. Ausgangsbasis sollte sein, Krisen als eine psychophysischen Prozess zu begreifen, der subjektiv als eine von Ausweglosigkeit oder Verwirrtheit geprägte äußerst belastende Situation erlebt wird. Doch weitergehend sollte unter versorgungsepidemiologischen Aspekten der psychosoziale Hilfebedarf bei Notfallsituationen insgesamt in die Betrachtung einbezogen werden, sodass neben psychotherapeutischen Kompetenzen auch Interventionen in den aktuellen sozialen Kontext sowie eventuell gebotene medikamentöse Hilfen zu Gebote stehen.

Auslöser einer Krise können traumatisierende Ereignisse wie Unfälle und Gewalttaten sein, aber auch persönliche Erfahrungen und Entwicklungen, die für die

betroffene Person eine solche Bedeutung haben, dass sie dadurch in eine schwere Identitätskrise gestürzt wird. Dies kann in Zusammenhang stehen mit einer schweren Krankheit – insbesondere auch psychische Erkrankungen –, Tod einer wichtigen Bezugsperson, Ausscheiden aus dem Berufsleben oder Übersiedlung in ein Heim, Pubertät, Schwangerschaft, Migrationserfahrungen oder Überschuldung.

Man unterscheidet demnach vom Entstehungstyp her zwischen traumatischen Krisen und Entwicklungskrisen. Von außen betrachtet, ist die Art des eine Krise auslösenden Ereignisses oder Prozesses eher unerheblich; wesentlich ist vielmehr, dass das Nicht-Bewältigen-Können von der betroffenen Person als bedrohlich erlebt wird. Ob die Überforderung ihres Bewältigungsvermögens sie in eine Distress-Situation bringt, hängt von der subjektiven Bedeutung des Ereignisses, den persönlichen Bewältigungsfähigkeiten, der Verfügbarkeit und Belastbarkeit des sozialen Umfelds und den Zugangsmöglichkeiten zu anderen Ressourcen, von Persönlichkeit und konstitutionellen Stärken und Schwächen ab.

Naturgemäß differieren die Ansichten, welche Reaktionen auf belastende Lebenssituationen bereits als Krise und welche Unterstützungsleistungen als Krisenintervention zu verstehen sind. So wurden denn auch fast alle Beratungsangebote – von der fokaltherapeutisch konzipierten Lebensberatung bis zum psychologischen Bildungsangebot zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung – als Krisenintervention bezeichnet.

Wollen wir krisentheoretisch fundiertes Handeln in den Fokus sozialstaatlich motivierter gesundheitspolitischer Anstrengungen bringen, sollten wir den Begriff Krise solchen Zuständen vorbehalten, die mit wesentlichen Gefahren für Leben und Gesundheit der Betroffenen einhergehen. Anders bestehen keine Chancen, dass Krisenintervention gesundheitspolitisch Aufmerksamkeit findet.

Aus einem multiperspektivischen Krankheitsverständnis ist es nicht sinnvoll, Krisen kategorial von Krankheit zu unterscheiden (vgl. Fachlexikon der Sozialen Arbeit des Deutschen Vereins, Ausgabe 1997). Schwere Erkrankungen können in eine Krise führen, wie umgekehrt eine nicht bewältigte Krise schwere Erkrankungen zur Folge haben kann. Krisen sind hier Teil des individuellen

Krankheitsgeschehens. Doch auch eine akute Krisensituation selbst kann sich so gravierend auf die Fähigkeiten der Betroffenen auswirken, ihren Rollen und Verpflichtungen im Alltag nachzukommen, dass die Krisensituation selbst als ein Krankheitszustand zu bewerten ist, der dann mit Diagnosen wie PTSD-Syndrom (posttraumatic stress disorder) zu kennzeichnen ist. Hilfen bei schweren psychosozialen Krisen sollten daher als Aufgabe der Gesundheitsversorgung verstanden werden, während die heute existierenden Krisenhilfeangebote in der Regel als Angebote der Fürsorge finanziert werden.

Zwischen Psychiatrie und Sozialarbeit

Als Begründer der gezielten Erforschung psychosozialer Krisenentwicklung gelten zwei Psychiater:

- Erich Lindemann untersuchte nach einem Brand 1942 in einem Bostoner Tanzlokal, bei dem 140 Menschen umkamen, die Trauerreaktionen bei den Geretteten und Hinterbliebenen und fand regelhaft Schock-, Schuld- und Aggressionsreaktionen. Er forderte deshalb gezielte psychotherapeutische Hilfe für die von solchen traumatisierenden Ereignissen Betroffenen.

»Nur fünf Prozent der Einsätze einer Großstadtfeuerwehr haben etwas mit Feuer zu tun – viel häufiger treffen sie auf Menschen in Krisensituationen«

- Gerald Caplan, bekannt als Pionier der Gemeindepsychiatrie, vertiefte Lindemanns Ansätze insbesondere unter Gesichtspunkten der Prävention langfristiger psychischer Schädigungen.

An der weiteren Entwicklung der Theorie psychosozialer Krisenentstehung und der Praxis der Krisenintervention hatten dann zunehmend andere humanwissenschaftliche Disziplinen Anteil. So erwiesen sich Eriksons Untersuchungen über die Entwicklung der Persönlichkeit in Wechselwirkung mit der soziokulturellen Umwelt und die Entstehung von Krisen der Ich-Identität bedeutsam, aber auch die Ergebnisse der Stressforschung, die

Copingtheorie und die Theorie belastender Lebensereignisse leisteten wichtige Beiträge.

Aus der Sozialarbeit sind insbesondere zwei amerikanische Pionierinnen des Clinical Social Work im deutschen Sprachraum bekannt geworden. Lydia Rapoport von der kalifornischen Universität Berkeley integrierte die Anwendung krisentheoretischer Ansätze in die methodischen Konzepte der sozialen Einzelhilfe (Case Work) mit dem Ziel einer krisenorientierten Kurzbehandlung für die »verschiedensten Menschen, die sich an soziale und psychohygienische Einrichtungen wenden«. Ihre Methode trage »zu einem besseren Verständnis der komplexen Wechselkräfte zwischen sozialer Umwelt, Stress und individueller Reaktion bei.« (Rapoport 1974). Naomi Golan (1983) knüpfte an eigenen Erfahrungen in der Kriseninterventions- und Supervisionspraxis an und entwickelte ein Praxismodell der Krisenintervention als einer Form der »psychosozialen Behandlung in Zeiten außergewöhnlicher Belastungen«.

In Deutschland zeigte die Hochschulpsychiatrie lange wenig Interesse an psychosozialer Krisenhilfe. Häfner definierte 1991 als Krise »ein von außen oder innen veranlasster, abnormer Zustand, der, kurzfristig aufgetreten, durch sofortiges ärztliches Eingreifen Aussicht auf ra-

sche Besserung oder Beseitigung bietet«. Dies sei in der Regel die Aufgabe von Hausärzten. In den psychiatrischen Lehrbüchern werden Theorie und Praxis psychosozialer Krisen meist gar nicht behandelt. So stellt denn auch das Lehrbuch »Irren ist menschlich« zur Befassung mit Krisentheorien kritisch fest: »Es gibt sie bisher in der Psychiatrie überwiegend nur als Suizid-Theorien. Sie harren der Ergänzung.« (Dörner et al. 2000) Lediglich die Lehrbücher von Machleidt u. a. sowie von Rahn und Mahnke gehen auf krisentheoretische Konzepte ein.

Dieses Desinteresse dürfte nicht zuletzt mit der Geschichte psychiatrischer Wis-

senschaft in Deutschland zusammenhängen. Hier dominierten lange die positivistisch-naturwissenschaftlichen Dogmen von Emil Kraepelin und Kurt Schneider. Ihnen galt als Wesensmerkmal psychischer Krankheiten psychopathologisch beschreibbares abnormes Erleben und Verhalten, das nach ihrer Überzeugung einer naturwissenschaftlichen Erklärung harrrte. Demgegenüber galten die subjektiven Aspekte des Kranken als wissenschaftlich irrelevante Epiphänomene, was mit dem dogmatischen Glauben an die grundsätzliche Uneinfühlbarkeit der Erlebnisse psychiatrischer Patienten legitimiert erschien.

Krisentheoretische Ansätze, die an das Erleben und die Erlebnisverarbeitung anknüpfen, standen zu sehr im Widerspruch zu den herrschenden Paradigmen. Wenn eine junge Frau plötzlich ihre Umgebung in beängstigender Weise verändert erleb-

»Krisen sind Situationen existenzieller Bedrohlichkeit, die das Bewältigungsvermögen der Betroffenen überfordern«

te, alles eine besondere Bedeutung zu haben schien, sie sich beobachtet und verfolgt fühlte und glaubte, andere Menschen würden ihre Gedanken lesen, so objektiviert man das als ein psychopathologisch definiertes Krankheitsbild, ignorierte aber, dass die junge Frau verzweifelt nach Erklärungen für diese Veränderungen suchte. Wenn sie dann keinen Ausweg aus ihrer verzweifelten Lage mehr sah und sich das Leben zu nehmen suchte, war das kein Grund, am Dogma der Uneinfühlbarkeit psychotischer Patienten zu zweifeln. Erst seit der sozialpsychiatrischen Reformbewegung und der zunehmenden Multiprofessionalisierung der Psychiatrie erleben wir hier die paradigmatische Wende zur Relevanz subjektiver Aspekte. Dennoch gibt es auch heute noch Erkenntnisbarrieren, akute psychotische Erlebnisse als das zu sehen, was sie zunächst einmal sind: Psychosoziale Krisen von existenzieller Bedrohlichkeit, die das Bewältigungsvermögen der Betroffenen überfordern (vgl. Bock 2003).

Wenn auch die Basis der Krisentheorien und Interventionskonzepte von ame-

rikanischen Psychiatern gelegt wurde, so erfolgte deren Weiterentwicklung seither durch verschiedene humanwissenschaftliche Disziplinen, sodass von einer ärztlichen Domäne nicht mehr gesprochen werden kann. Die Medizin entwickelt sich zu einem multiprofessionell strukturierten Dienstleistungsbereich.

Versorgungsepidemiologisch ein Entwicklungsgebiet

Nicht nur die theoretische Befassung, sondern auch die Praxis der Krisenhilfe ist hierzulande ein Entwicklungsgebiet, wie Wiener Psychiater als Resümee einer Bestandsaufnahme formuliert haben: Es sei »schwierig, hinter verschiedenen Einrichtungen und Diensten, die heute für diesen Zweck existieren, gemeinsame Grundprinzipien zu entdecken«. Notfall-

psychiatrie und Krisenintervention befänden sich »immer noch in einem sehr frühen Entwicklungsstadium«. Eine umfassende Planung für Notfallpsychiatrie und Krisenintervention sei fast noch nirgends zu beobachten. Hier dominiere immer noch die Initiative Einzelner, die in ihrem eigenen Arbeitsbereich Lücken in der Versorgung entdecken und Abhilfe schaffen (Katschnig/Konieczna 1987).

Ein wesentlicher Grund für diese Miserie ist, dass das Sozialgesetzbuch V die ambulante Gesundheitsversorgung in die Verantwortung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten legt. Es geht von der Fiktion aus, diese könnten ungeachtet ihrer wartenden Patienten aus ihrer Praxis zu einem akuten Krisenfall eilen. Dabei gehört Hilfe in psychosozialen Notfällen für die meisten gar nicht zu ihrem Fachgebiet. Außerhalb der Sprechstundenzeiten werden Hilfesuchende an die Call Centers der Kassenärztlichen Vereinigungen verwiesen, die jedoch in der Regel nicht über einen speziellen psychiatrischen Notdienst verfügen. So kommt dann, wenn zum Beispiel gerade eine Grippewelle herrscht, u. U. erst nach

Stunden ein den ärztlichen Bereitschaftsdienst leistender Orthopäde oder Urologe mit einem Notfallkoffer und soll Krisenhilfe leisten, die er nie gelernt hat. Erscheinen ihm gute Worte oder das Angebot eines Beruhigungsmittels nicht auszureichen, weist er ins Krankenhaus ein, wenn möglich in die Psychiatrie. Sollte es Krisendienste am Ort geben, so wird er sie wahrscheinlich nicht kennen, denn in seinem Fachgebiet hat er in der Regel mit diesen nichts zu tun. Lehnt die betroffene Person die Krankenhauseinweisung ab, so steht der Arzt, unsicher, wie gefährlich die Situation tatsächlich ist, vor der Entscheidung, eine Zwangseinweisung zu veranlassen. Viele der Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken (allein in Nordrhein-Westfalen jährlich rund 30.000) sind die Folge einer Krisensituation, für die eine angemessene Krisenhilfe vor Ort sinnvoller gewesen wäre.

Viele Hilfesuchende rufen stattdessen den über den Rettungsdienst der Feuerwehr erreichbaren Notarzt. Diese für internistische Notfälle speziell ausgebildeten Mediziner berichten, dass »psychiatrische Notfälle« zehn Prozent aller Notfalleinsätze ausmachen, wobei es bei einem Drittel um suizidale Menschen gehe. Die Einsatzrealität vieler Notarztdienste werde zunehmend von psychosozialen Aspekten geprägt, obwohl Notärzte und Rettungsdienstfachpersonal über wenig Kenntnisse im Umgang mit solchen Problemen verfügten (Pajonk, Madler 2001).

Mobile und multiprofessionelle Arbeitsweise

Die 1975 im Auftrag des Deutschen Bundestags erstellte Psychiatrie-Enquete forderte ambulante gemeindepsychiatrische Dienste, die mobil und multiprofessionell ebenso Krisenhilfe wie langfristige Betreuung bei chronischen Beeinträchtigungen leisten. Das ist vielerorts Utopie geblieben, in der Regel sind sie – beispielsweise als »Sozialpsychiatrische Dienste« – nicht bedarfsgerecht ausgestattet und meist nur zu den üblichen Arbeitszeiten erreichbar. Mancherorts beschränken sie sich gar auf administrative Funktionen wie die Legitimation von Zwangseinweisung.

Soweit in einigen Städten Krisendienste für die Zeit außerhalb üblicher Sprechstunden entstanden, müssen sie Kompro-

misse hinsichtlich Umfang und Qualität der geleisteten Hilfen eingehen. So stehen manche nur einem begrenzten Klientelkreis zur Verfügung. Manche arbeiten nicht mobil und haben daher keinen ausreichenden Bezug zum situativen Kontext oder nicht in multiprofessionellen Teams und sind daher beschränkt auf die Sichtweisen und Interventionskompetenzen eines einzelnen Berufs. Und während einige differenziert psychotherapeutische Verfahrensweisen praktizieren, muss bei anderen die naturwüchsige Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter für die Krisenintervention ausreichen. Je unsicherer die Finanzierungslage, desto schwieriger wird es, erfahrene, für eine so schwierige Aufgabe fachlich qualifizierte Mitarbeiter zu halten.

Wienberg (1993) hat aus den Erfahrungen dieser örtlichen Initiativen Forderungen formuliert, wie ein leistungsfähiger Krisendienst aussehen sollte. Er fordert eine grundsätzlich multiprofessionelle Arbeitsweise, die Zugänglichkeit solcher Dienste auch für Familien und Freunde, eine mobil-aufsuchende Arbeitsweise, die Zuständigkeit der Krisendienste auch für Klinikeinweisungen, eine sorgfältige Dokumentation der Fallarbeit und Möglichkeiten einer begrenzten Nachbetreuung nach dem ersten Kontakt.

Finanzierung: Sozialhilfe oder medizinische Notfallhilfe?

In der Regel müssen diese Krisendienste Jahr für Jahr um ihre Weiterfinanzierung und damit ihren Fortbestand kämpfen. Ihre Finanzierung erfolgt vor allem durch die Sozialhilfeträger, daneben durch freiwillige Leistungen der Kommunen oder Spenden. Gelegentlich leisten die Krankenkassen direkt oder über die Kassenärztlichen Vereinigungen für bestimmte Leistungen einen Beitrag. Der Landschaftsverband Rheinland hat vor einigen Jahren die jährlichen Kosten eines reinen Krisendienstes mit jeweils zwei Mitarbeitern pro Schicht außerhalb der üblichen Arbeitszeiten bei 240 zwölfstündigen Nachtbereitschaften an Werktagen und 124 vierundzwanzigstündigen Bereitschaften an Wochenenden und Feiertagen auf rund eine halbe Million DM beziffert.

Ein gesundheitspolitischer Ansatzpunkt ergäbe sich aus der Einbeziehung psychosozialer Krisenhilfe in das etablierte System

technischer und medizinischer Notfallhilfe. Deren institutionelle Basis wären künftig als Gesundheitsversorgungszentren finanzierte gemeindepsychiatrische Dienste. Derzeit leisten die Feuerwehr technische Hilfen und das über die Feuerwehr erreichbare Rettungswesen internistisch-notfallärztliche Hilfen. Daneben leistet die Polizei Hilfen zur Konfliktschlichtung und zum Schutz vor Gewalt- und anderen Straftaten. Was fehlt, ist eine in dieses weitgehend aufeinander abgestimmte System integrierte psychosoziale Notfallhilfe.

Ansätze gibt es. Gelegentlich engagieren örtliche Feuerwehren und große Verkehrsbetriebe für Unfallopfer und die durch ihren Einsatz traumatisierten Mitarbeiter Seelsorger oder Psychologen. Daneben werden in letzter Zeit bei katastrophemmedizinischen Einsätzen Psychotherapeuten und psychotherapeutisch geschulte Ärzte und Seelsorger eingesetzt.

Ansätze zu fachlichen Standards psychosozialer Notfallhilfe stellt der Schweizer Psychiater Manuel Rupp (1996) dar. Sie schließen neben krisentherapeutisch orientierten Interventionen auch andere, beispielsweise medikamentöse Hilfen, ein. Er schlägt eine Kategorisie-

rung nach Schlüsselssyndromen vor, die ich im folgenden etwas modifiziert wiedergebe:

- Bewusstseinsstörungen
- Verlust des Realitätsbezugs
- Verzweiflung und Suizidalität
- gewalttätige Auseinandersetzungen
- Rauschzustände mit mangelnder Selbststeuerungsfähigkeit
- schwere Angstzustände aufgrund psychischer Störungen
- traumatisierende Ereignisse.

Mit einer Integration psychosozialer Krisenhilfe in die allgemeine Notfallhilfe wäre ein Zugang zu ihnen über die Rettungsleitstellen gegeben. Wer aus Verzweiflung »112« anriefe, wäre dann öfter als heute an der richtigen Stelle. Allerdings wären dann – analog zu der speziellen Qualifikation der Mitarbeiter im Rettungsdienst – Kompetenzstandards für die Mitarbeiter der psychosozialen Notfall- und Krisenhilfe zu entwickeln. Dabei hätte die grundsätzlich bifokale Sichtweise auf die hilfebedürftigen Personen und auf deren sozialen Kontext nach dem Vorbild der amerikanischen Clinical Social Workers besondere Bedeutung (vgl. Pauls 2004). ♦

Literatur

Bock, T. (2003) Umgang mit psychotischen Patienten. Psychiatrie, Bonn.

Dörner, K. et al. (2002) Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Neuausgabe. Psychiatrie, Bonn.

Fiedler, P. (1988) Existenzielle Krisen und Krisenintervention. In: Hörmann, G., Nestmann, F. (Hg.) Handbuch der psychosozialen Intervention. Westdeutscher, Opladen.

Golan, N. (1983) Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfen. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Haltenhof, H. (1999) Krisenintervention und Notfallpsychiatrie. In: Machleidt, W. et al. (Hg.) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Thieme, Stuttgart.

Katschnig, H., Konieczna, T. (1987) Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Tagungsbericht 14 der Aktion Psychisch Kranke. Rheinland, Köln.

Pajonk, F. G., Madler, C. (2001) Notfallmedizin – veränderte Einsatzrealität. Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 24: C1279.

Pauls, H. (2004) Klinische Sozialarbeit, Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Juventa, Weinheim, München.

Rapoport, L. (1974) Krisen-Intervention als Form der Kurzbehandlung. In: Roberts, R. W., Nee, R. H. (Hg.) Konzepte der Sozialen Einzelhilfe. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Rupp, M. (1996) Notfall Seele, Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfallintervention und Krisenintervention. Thieme, Stuttgart.

Schleuning, G., Welschehold, M. (2003) Münchner Krisenstudie. Psychiatrie, Bonn.

Schnyder, U., Sauvant, J. D. (Hg.) (2000) Krisenintervention in der Psychiatrie. Hans Huber, Berlin.

Sonneck, G. (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien.

Wienberg, G. (Hg.) (1993) Bevor es zu spät ist ... Außerstationäre Krisenintervention. Psychiatrie, Bonn.