4 2005
November
Dezember
Januar
23. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:
Von Betroffenen zu Beteiligten: Nutzerbeteiligung und Empowerment in der Psychiatrie

- Was kann Nutzerbeteiligung konkret für die psychiatrische Praxis bedeuten?
- Was haben die Psychiatrie-Erfahrenen für sich erreicht?
- Wie können die Profis dafür Sorge tragen, dass sie diese Prozesse nicht behindern und nach Möglichkeit unterstützen?
- Welche Aussichten haben diese Ansätze angesichts der aktuellen Sozial- und Gesundheitspolitik?

Nutzerbeteiligung und Empowerment in der Psychiatrie

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Empowerment-Förderung: zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit**
Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen
Andres Knuf, Seite 4

■ **"Ohne uns geht nichts mehr"**
Betroffenenbeteiligung in der Psychiatrie - ein Überblick
Sibylle Prins, Seite 8

■ **Nutzerbeteiligung in einer psychiatrischen Klinik**
Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und Mitarbeitenden
Klaus Laupichler und Wolfram Voigtländer, Seite 10

■ **Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements**
Kultur des Dialogs zwischen psychiatrisch Tätigen und Betroffenen
Hildegard Weigand, Seite 13

■ **Nutzerbeteiligung von Anfang an**
Solinger Erfahrungen aus 25 Jahren
Nils Greve, Seite 17

■ **Selbshilfenetzwerk zur Begleitung in psychotischen Krisen**
Entdeckung des Soteriaprinzips
Regina Bellion, Seite 20

■ **Stimmenhören und Selbsthilfe**
Das Netzwerk Stimmenhören gibt Betroffenen die Möglichkeiten zum Austausch
Andreas Gehrke, Seite 23

■ **Gesundheitsförderung für psychisch erkrankte Menschen**
Salutogenese und Empowerment in der gemeindepsychiatrischen Versorgung
Markus Ruoff, Sylvia Schweizer und Matthias Kneißler, Seite 25

■ **Aktive oder aktivierte Bürger im Sozialstaat?**
Partizipation als sozialpolitische Methode und Personenzentrierung in der Sozialpsychiatrie
Michael Opielka, Seite 29

■ **Nutzerbeteiligung in Psychiatrieplanungsprozessen**
Planung einer psychiatrischen Abteilung im Kreis Herford
Ruth Fricke, Seite 32

34 Spectrum

■ **Rumänien auf dem Weg nach Europa**
Ein Bericht über die Arbeit der Rumänienhilfe Alsterdorf
Michael Wunder, Seite 34

■ **Kompetenznetz Schizophrenie - ein Netz für den Menschen**
Wissenschaftliche Grundlagen für optimale Behandlung von Schizophrenie schaffen
Adelheid Weßling, W. Wölwer und Wolfgang Gaebel, Seite 36

39 Nachrichten

42 Termine

Liebe Leserin, lieber Leser

Editorial

Sozialpsychiatrie ist ein schillernder Begriff. Er bezeichnet eine soziale Bewegung, aber auch eine fachlich-wissenschaftliche Orientierung, ein strukturelles Programm und nicht zuletzt auch ein kulturelles und politisches Bekenntnis. Auf all diesen unterschiedlichen Ebenen psychiatrischen Handelns spielte zunächst zögernd, dann aber zunehmend entschiedener die Einbeziehung und Stärkung von Nutzern und Betroffenen in unterschiedlichen Formen und Begriffen eine zentrale Rolle. Dieses Erstarken der Betroffenen in der Wahrung ihrer Rechte und Interessen knüpft an die Tradition der großen sozialen und Bürgerrechtsbewegungen an. Empowerment ist ein ethisch und politisch motiviertes Konzept, das gleichzeitig therapeutisch und rehabilitativ wirken soll.

Wo steht die Sozialpsychiatrie heute mit diesen vielfältigen Zielen? Hat die Verlagerung der Psychiatrie in die Gemeinde tatsächlich auch den Status der Betroffenen, ihre Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Leben und ihre Einbeziehung in die Gestaltung von Hilfeprozessen substantiell verändert? Ist nicht auch in den neuen institutionellen Schläuchen der Sozialpsychiatrie oft der alte Wein anzutreffen, das Gefühl bei den Betroffenen, ihre Lebenslage nicht verstehen und nicht verändern zu können und für sich keinen Sinn in ihrem (Er-)Leben zu finden? Muss die Beschäftigung mit Empowerment aus professioneller Sicht nicht zunächst damit beginnen, selbstkritisch die fachlichen Haltungen und institutionellen Mechanismen zu identifizieren, die auf Seiten der Betroffenen Passivität, Rückzug und Hoffnungslosigkeit fördern?

Verfängt sich die gute Absicht, die Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und sie in der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken, nicht immer häufiger in rigider werdenden bürokratischen Verfahrensweisen? Und steht die politisch motivierte Rede von der Förderung der Autonomie, der Selbstverantwortung und der Teilhabe nicht häufig in einem Kontrast zu real zunehmenden Ausgrenzungs- und Ohnmachtserfahrungen?

Grund genug also, dem Anspruch der Nutzerbeteiligung und des Empowerment in Facetten des psychiatrischen Alltags nachzuspüren. Was kann Nutzerbeteiligung konkret in der psychiatrischen Praxis bedeuten? Was haben die Psychiatrie-Erfahrenen an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Kontexten für sich erreicht? Wie können die Profis dafür Sorge tragen, dass sie diese Prozesse nicht behindern und nach Möglichkeit unterstützen? Und welche Aussichten haben diese Ansätze angesichts der aktuellen Sozial- und Gesundheitspolitik? Diese Fragen versucht die neue Ausgabe der Kerbe zu erhellen. Fühlen Sie sich als beteiligte Leser und Leserinnen bestärkt und ermutigt, der Redaktion Ihre Anmerkungen, Kommentare und kritischen Beiträge zukommen zu lassen!

Prof. Dr. Jürgen Armbruster,
Klaus Laupichler,
Georg Schulte-Kemna

Empowerment-Förderung: Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit

Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen und Hilfestellung geben bei Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe

Von Andreas Knuf

Der Begriff Empowerment („Selbstbefähigung", „Selbstermächtigung") entstammt ursprünglich der amerikanischen Black-Power-Bewegung und der Frauenbewegung. Beides waren Emanzipationsbewegungen: Gesellschaftlich unterlegene Gruppen waren nicht länger bereit, ihnen widerfahrene Diskriminierung zu akzeptieren. Sie erarbeiteten sich ein neues Selbstbewusstsein, schlossen sich zusammen und lehnten sich auf gegen erlebte Unterdrückung. Später nutzten Fachpersonen diesen Begriff zur Umschreibung ihres professionellen Selbstverständnisses. Heute wird der Begriff fast inflationär verwandt, zumeist ohne dass der emanzipatorische Aspekt noch enthalten wäre. Dabei ist Empowerment weit mehr als die Förderung von Eigenaktivität oder die Schulung von Patienten. Empowerment meint Emanzipation und Partizipation Betroffener auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene. In der Psychiatrie kann das beispielsweise bedeuten: Mitsprache bei psychiatriepolitischen Entscheidungen oder Forschungsprojekten; gestärktes Selbstbewusstsein, das es einem Betroffenen ermöglicht, offen zu seiner Erkrankung zu stehen; Mitarbeit bei der Formulierung von Behandlungsstandards in Institutionen oder in der Fort- und Weiterbildung. Während Empowerment nur von den Betroffenen vollbracht werden kann, kommt den professionell Tätigen die Aufgabe zu, Empowerment-Prozesse zu fördern und durch das Beseitigen von Hindernissen zu ermöglichen. Zentrale Aufgaben auf professioneller Seite sind beispielsweise die wirkliche Bereitschaft Macht zu teilen, Behandlungsangebote nach den Anliegen der Nutzer zu gestalten oder ungewöhnliche Lebensweisen weitestgehend zu würdigen.

Verschiedenste Aktivitäten zur Empowerment-Förderung wurden in den letzten Jahren in der Psychiatrie angestoßen. Dabei gibt es regional sehr große Unterschiede: Es gibt Versorgungsregionen, in denen viele Institutionen bemüht sind, möglichst demokratische Strukturen aufzubauen und ihren Klienten verschiedenste Mitbestimmungsmöglichkeiten einzuräumen. In diesen Regionen bieten beispielsweise Kliniken Behandlungsvereinbarungen an, Psychoseseminare funktionieren wirklich trialogisch, oftmals existiert eine funktionierende Beschwerdestelle und die örtliche Selbsthilfebewegung ist aktiv. Psychiatrische Gremien haben sich für Betroffene und Angehörige geöffnet. Es gibt aber auch andere Versorgungsregionen, in denen in Bezug auf Partizipation in den letzten zehn Jahren keine deutliche Öffnung erfolgt ist. Behandlungsvereinbarungen existieren dann gar nicht oder nur pro forma, das lokale Psychoseseminar erinnert eher an eine psychoedukative Gruppe oder eine Möglichkeit der Profilierung für die ortsansässige Klinik als an ein demokratisches und trialogisches Gremium, und die Funktion des Patientenfürsprechers wird von einem pensionierten Oberarzt übernommen.

Aktuelle Entwicklungen

Viele der in den letzten Jahren entwickelten Formen der Empowerment-Förderung wenden sich in erster Linie an Betroffene, die von sich aus ein Interesse an persönlichem Empowerment haben. Empowerment-Förderung hat zunächst bei jenen Betroffenen begonnen, die Selbsthilfe, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe usw. eingefordert haben. Empowerment-Förderung ist im Kontakt mit diesen Klienten eigentlich einfach. Natürlich haben Klienten, die dies wünschen, ein Recht auf weitest mögliche Selbstbestimmung, auch in Krisensituationen. Natürlich ist ihre Selbsthilfe als der vielleicht wichtigste Gesundungsfaktor zu würdigen und zu unterstützen. Bis heute ist aber die entschiedene Förderung von Selbstbestimmung zumal in der klinischen Psychiatrie weithin unterentwickelt. Selbstbestimmungsmöglichkeiten werden von Professionellen nicht hinreichend akzeptiert und unterstützt. Noch immer verlässt fast jeder psychoseerfahrene Mensch nach seiner Ersterkrankung die Klinik mit Medikamenten, ohne dass es je eine wohlinformierte Zustimmung zu dieser Behandlung gegeben hätte. Der Prozentsatz der Betroffenen, denen geholfen wurde, ihre individuellen Selbsthilfemöglichkeiten wahrzunehmen und zu nutzen, ist weiterhin sehr gering. Für diese einseitige Vorgehensweise gibt es keinerlei fachliche Begründung. Noch immer gibt es Fachleute, die Selbsthilfegruppen gegenüber sehr kritisch eingestellt sind und Klienten nicht über entsprechende Möglichkeiten informieren bzw. selbst gar nicht darüber informiert sind. Die Liste ließe sich umfangreich fortführen, und hier liegt noch viel Arbeit für die Empowerment-Förderung.

Aber auch einem zweiten Bereich darf sich Empowerment-Förderung nicht verschließen: jenen Menschen, die von sich aus zunächst nicht am Nutzen ihrer Empowerment-Möglichkeiten interessiert sind. Seit etwa fünf Jahren biete ich Fortbildungen zur Empowerment-Förderung an, inzwischen haben über 1000 professionell Tätige daran teilgenommen. Eine spannende Beobachtung bei diesen Fortbildungen ist, dass vor allem Fachpersonen kommen, die eher mit langzeitkranken oder schwer kranken Menschen arbeiten. Oft stellen wir dann fest, dass

Andreas Knuf, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Mitarbeiter der Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich. Verschiedene Veröffentlichungen zu Empowerment und Selbsthilfeförderung, unter anderem „Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit". Zuletzt erschienen: „Borderline: Das Selbsthilfebuch." www.psychiatriefortbildung.de

die Professionellen ein stärkeres Interesse an der Förderung des Empowerments haben als ihre Klienten. Vor allem langzeitkranke Menschen und/oder Menschen, die viele Jahre in psychiatrischen Institutionen gelebt haben, fühlen sich von bestimmten Empowerment-Angeboten manchmal eher überfordert, als dass sie diese freudig ergreifen und nutzen würden. Ein solches Verhalten ist nur allzu verständlich und zumeist Folge langjähriger Lernerfahrungen.

Empowerment-Förderung ist bei diesen Menschen weit schwieriger: Es geht nämlich zunächst um die Frage, ob es nicht schon ein Ausdruck der Selbstbestimmung dieser Menschen ist, dass sie mit Empowerment in Ruhe gelassen werden wollen. In unserer Gesellschaft gibt es noch keine Verpflichtung, selber über sein Leben zu bestimmen, eigene Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung zu nutzen, gesund werden zu wollen und aktiv zu sein. Es gibt vielmehr ein Grundrecht auf etwas, das wir „minimale Aktivität“ nennen können: Wer sich um seine Ernährung sorgen, sein Geld vom Sozialamt holen und seine Wohnung halbwegs sauber halten kann, wird in unserer Gesellschaft in Ruhe gelassen. Er darf zehn Stunden am Tag vor der Glotze sitzen, darf so viele Zigaretten rauchen und Kaffee trinken, wie er will. Dieses Grundrecht steht auch psychiatrieerfahrenen Menschen zu. In psychiatrischen Institutionen ist das aber häufig nicht der Fall: Die Passivität wird als Krankheitsfolge interpretiert, der therapeutisch-pädagogisch zu Leibe gerückt werden muss. Wenn professionell Tätige nun unter dem Label Empowerment das Grundrecht auf „minimale Aktivität“ beschneiden möchten, dann brauchen sie schon sehr gute Gründe dafür.

Ich meine, dass es Gründe für gezielte Aktivitätsförderung durchaus geben kann, dass wir aber nicht jede Aktivitätsförderung schon als Empowerment „verkaufen“ können. Empowerment-Förderung bei diesen Menschen bedeutet vor allem, sie in die Lage zu versetzen, selber zu entscheiden, ob sie Empowerment wünschen oder nicht. Empowerment-Förderung beinhaltet immer auch die Möglichkeit, das eigene Empowerment abzulehnen. Im Rahmen der Empowerment-Diskussion der letzten Jahre wurden bisher kaum Methoden und Strukturen entwickelt, um mit dieser Klientengruppe „empowerment-ermöglichend“ zu arbeiten. Erfahrungswissen, beispielsweise aus vielen Enthospitalisierungsprojekten, ist uns teilweise sogar schon wieder verloren gegangen.

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen. Ein wichtiges Element von Empowerment ist das Recht zur Selbstbestimmung. Wenn ein betroffener Mensch klar benennt, was er wünscht, dann ist es empowerment-orientiert, wenn sich der professionell Tätige dafür einsetzt, dass diese Erwartungen so weit wie möglich umgesetzt werden. Aber wie sollen sich Fachpersonen verhalten, wenn der Betroffene keine Bedürfnisse formuliert oder gar nicht selber entscheiden möchte, sondern erwartet, dass andere für ihn entscheiden?

Wer bisher in seinem Leben wenig selber entscheiden durfte, der hat unter Umständen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung noch gar nicht erworben. Auch Selbstbestimmung will gelernt sein. Wenn ich diesem Menschen nun Selbstbestimmungsmöglichkeiten anbiete, dann wird er diese nicht zwangsläufig freudig ergreifen, sondern er wird sich womöglich überfordert fühlen und von Menschen seiner Umgebung erwarten, dass sie weiter für ihn entscheiden. Es ist nicht zwangsläufig empowerment-orientiert, einen Klienten auf sein Recht zur Selbstbestimmung zu verweisen. Ein empowerment-orientiertes Vorgehen besteht hier vielmehr darin, zunächst die Selbstbestimmungsfähigkeit zu fördern (s. Kasten). Wenn wir das nicht tun, denken wir Empowerment-Förderung vom Stärksten und nicht vom Schwächsten her. Fachleute, die ihren Klienten in den letzten Jahren zunehmend mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten eröffnet haben, sind häufig enttäuscht darüber, dass ihre Klienten diese Möglichkeiten so wenig nutzen. („Jetzt dürfen sie selber entscheiden, aber sie wollen gar nicht.“). Diese Enttäuschung kann auch in Ärger oder in einen Defizitblick umschlagen („Wir haben uns doch schon gedacht, dass unsere Klienten zu krank dazu sind“).

Wenn ein betroffener Mensch klar benennt, was er wünscht, dann ist es empowerment-orientiert, wenn sich der professionell Tätige dafür einsetzt, dass diese Erwartungen so weit wie möglich umgesetzt werden

Wie lässt sich die Selbstbestimmungsfähigkeit fördern?

- Impulse für Entscheidungen wahrnehmen und diese unterstützen
- Hinreichende Entscheidungsspielräume öffnen
- Recht auf Irrtum und Risiko zugestehen und so Lernerfahrungen ermöglichen
- Entscheidungen mittragen
- Eine Haltung von Zutrauen in den Klienten einnehmen
- Keine überfordernden Entscheidungen einfordern
- Keinen Druck auf den Klienten ausüben, damit er sich entscheidet
- Unterstützung anbieten, Rückmeldungen geben
- Gegegebenenfalls Lerngeschichte des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit aufarbeiten
- Anfänglich nötigenfalls Empfehlungen abgeben

Entwicklung vollzieht sich oftmals dialektisch. Das trifft auch auf die psychiatrische Arbeit und den Übergang von einer paternalistischen Beziehungsstruktur zu einer empowerment-orientierten Beziehung zu. Wenn wir empowerment-orientiert arbeiten wollen, stehen wir daher in der Gefahr zunächst etwas über unser Ziel hinaus zu schießen und vom einen Extrem ins andere zu geraten. Aus der Haltung der custodialen Psychiatrie „Ich weiß, was gut für Dich ist“, kann schnell die Position werden: „Mach, was du willst.“ Das Pendel ist also in die andere Richtung umgeschlagen. Eine Haltung von „Mach was du willst“ hat mit Empowerment gar nichts zu tun, hier wird der Betroffene eher im Stich gelassen. Studien zeigen: Betroffene wünschen sich Fachpersonen,

Wer bisher in seinem Leben wenig selber entscheiden durfte, der hat unter Umständen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung noch gar nicht erworben. Auch Selbstbestimmung will gelernt sein

In den USA und einigen anderen englischsprachigen Ländern ist die Empowerment-Bewegung eng verzahnt mit einem Forschungsansatz, der „Recovery" genannt wird

die ihr Selbstbestimmungsrecht weitestmöglich akzeptieren, auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung in Krisensituationen aber durchaus auch stellvertretende Entscheidungen treffen, jedoch nur so lange es unbedingt nötig ist (Terzioglu, 2005). Gerade diese Balance ist die Herausforderung, nicht nur in Bezug auf Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung, sondern auch bezüglich Aktivität versus Passivität, Ressourcen versus Defizit oder Selbsthilfe versus Fremdhilfe. Wir dürfen beispielsweise bei aller ressourcenorientierten Arbeit nicht vergessen, dass unsere Klienten nicht aufgrund ihrer Ressourcen zu uns kommen, sondern aufgrund bestimmter Defizite.

Wie therapeutisch darf Empowerment sein?

Empowerment-Förderung ist immer eine Gratwanderung. Wie kann es gelingen, die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Emanzipation zu fördern, ohne sie gleichzeitig zu verordnen? „Sei autonom!" ist eine paradoxe Aufforderung. Wenn aus einem „Nimm deine Pillen!" ein „Nutze endlich deine Selbsthilfemöglichkeiten!" wird, dann haben wir die Empowerment-Förderung ad absurdum geführt. Vielfach geschieht das gegenwärtig. Beispiel für ein solches Vorgehen sind einige psychoedukative Ansätze, die den Teilnehmenden wichtige Informationen und Selbsthilfekompetenzen vermitteln, sie aber in der Rolle der Lernenden und Gehorchenden belassen, während die professionell Tätigen die Lehrenden bleiben. Jede Diabetikerschulung wird heute als Empowerment bezeichnet. In diesen Ansätzen gibt es zumeist Verhaltensziele, die von Fachleuten definiert werden, ohne dass Betroffene wirklich einbezogen würden. Diese Form der Edukation kann für viele Klienten hilfreich sein, weil sie ihnen wichtige Informationen vermittelt. Eine Partnerschaft wird allerdings dadurch nicht erreicht.

Empowerment-Förderung im Rahmen partnerschaftlicher Beziehungsgestaltung bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Abkehr von der klassischen Klient-Therapeut-Beziehung. Nicht die Therapeuten sind aktiv und kompetent, sondern in erster Linie die Klienten. Gefordert ist von professioneller Seite eine „passive Aktivität" (Knuf, 2000). Empowerment-Prozesse lassen sich auch nicht planen oder in zeitlich strukturierte Entwicklungspläne einfügen. Empowerment-Förderung ist ein Sich-Ausliefern an die Eigenzeitlichkeit des Klienten. Sie erfordert mehr Vertrauen in die Fähigkeiten des Gegenüber und Offenheit auch für „ungerade" Entwicklungen oder unvorhergesehene Lösungen.

Empowerment-Förderung im Rahmen partnerschaftlicher Beziehungsgestaltung bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Abkehr von der klassischen Klienten-Therapeuten-Beziehung

In den USA und einigen anderen englischsprachigen Ländern ist die Empowerment-Bewegung eng verzahnt mit einem Forschungsansatz, der „Recovery" genannt wird. Recovery könnte mit Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden und meint die Perspektive, dass auch langjährig kranke Menschen wieder gesunden können. Als Gesundung wird hier nicht die vollkommene Abwesenheit von Symptomen und Krisen verstanden – in diesem Sinne wäre wohl niemand von uns gesund. Vielmehr geht es darum, auch bei langjährig kranken Menschen eine Perspektive der Gesundung als Prozess zu entwickeln und Schritte zu einem erfüllteren, zufriedeneren und hoffnungsvolleren Leben zu ermöglichen (Knuf, 2004). Viele Vertreter der Recovery-Idee sind ehemals selbst als „unheilbar Kranke" bezeichnete psychiatrieerfahrene Menschen, denen trotz negativer Prognose eine Gesundung in diesem Sinne oder auch eine Heilung gelungen ist. Die Studien und Erfahrungsberichte der Betroffenen zeigen eindrücklich den deutlichen Zusammenhang zwischen Empowerment-Prozessen und Gesundungswegen: Wer wieder mehr Einfluss auf sein Leben gewinnt, wer selber entscheidet und sich weniger ausgeliefert fühlt, der wird eher wieder genesen. Diese Forschungsergebnisse decken sich mit anderen Forschungsrichtungen, etwa dem Konzept der Salutogenese. Antonovsky (1997) konnte zeigen, dass Menschen dann eher gesunden, wenn sie Situationen durchschauen, Einflussmöglichkeiten auf ihre Lebenssituation sehen und ihr Handeln als sinnhaft erleben. Diese drei Elemente werden als Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bezeichnet und erweisen sich als generelle Einflussfaktoren auf Gesundung und Krisenbewältigung – nicht nur bei psychiatrischen Erkrankungen.

Künftige Herausforderungen für die Empowerment-Förderung

In Zukunft werden immer mehr psychiatrieerfahrene Menschen einen partnerschaftlichen Beziehungsstil von professionell Tätigen einfordern. Sie werden zunehmend mehr informiert werden wollen und selber entscheiden, statt sich den Anordnungen der Fachpersonen zu fügen („Compliance"). Dabei handelt es sich um einen gesellschaftlichen Trend, der in verschiedensten Medizindisziplinen zu beobachten ist. Bei weiterhin freier Arztwahl werden sich Betroffene zunehmend mehr für nutzerorientierte Ärzte und Fachinstitutionen entscheiden. Viele Patienten der Zukunft werden selbstbewusster und informierter sein als heutige Patienten. Die Pharmaindustrie hat diesen Trend längst erkannt und setzt neuerdings verstärkt darauf, die Patienten selber über neue Medikamente zu informieren, anstatt teure Pharmavertreter zu bezahlen. Betroffene brauchen Hilfen, um die Objektivität von Informationen, beispielsweise im Internet, beurteilen zu können. Beispielsweise müssten von Pharmafirmen gesponserte Internetseiten als solche kenntlich gemacht werden. Unter dem Blickwinkel des Empowerment wird es verschiedenste Herausforderungen geben: Viele Fachleute werden ihren Beziehungsstil zu Klienten ändern müssen, sonst entsprechen sie in Zukunft noch weniger den Anliegen der Betroffenen, als das heute schon der Fall ist. Doch der „mündige Patient" darf keine Ideologie werden, es wird auch betroffene Menschen geben, die keine selbstbestimmten und selbstbewussten Klienten sein wollen und sein können.

Unklar scheint mir zu sein, welche Veränderungen sich aus der Mög-

lichkeit des Persönlichen Budgets ab dem Jahr 2008 ergeben. Erstmals erhalten auch schwerer kranke Menschen die Möglichkeit, vom Versorgungsempfänger zum Auftraggeber zu werden. So wird mehr Selbstbestimmung möglich, ebenso eine personenzentriertere und wohl eher ambulante Hilfe. Unter Fachpersonen beobachte ich aber auch viele Vorbehalte und Ängste. Angesichts der schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation bangen mehr Fachpersonen um ihre Arbeitsplätze und ihre wirtschaftliche Absicherung. Die Gefahr ist groß, dass wir in einer solchen Situation unseren Klienten die vermehrte Eigenständigkeit nicht zutrauen und betonen, wie wichtig unsere Hilfe ist. Solche Impulse wären menschlich verständlich, damit würden wir aber Empowerment-Prozesse erschweren oder gar nicht erst entstehen lassen.

Abstract

Empowerment meint Selbstbefähigung. Mit Empowerment-Förderung werden Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis bezeichnet, die Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen und Hilfestellung geben bei der Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe. Empowerment zu fördern und sich an der Selbstbestimmung der Menschen zu orientieren, ist eine Herausforderung für alle Professionellen in der Psychiatrie. Es erfordert eine partnerschaftliche Umgangskultur und die Bereitschaft, professionelle Definitionsmacht abzugeben, Unterstützungsformen auszuhandeln und auch ungewöhnliche Lebensweisen zu respektieren. Empowerment kann auch da gefördert werden, wo Menschen von sich aus nicht ihr Selbstbestimmungsrecht einfordern.

Auch durch die heikle wirtschaftliche Situation werden an verschiedenen Stellen Empowerment-Prozesse erschwert. So ist eine Zunahme von Zwangsmassnahmen teilweise auch auf eine mangelnde Personalbesetzung zurückzuführen und bewirkt mehr Traumatisierungen durch psychiatrische Behandlung. Traumatisierungen aber vernichten Empowerment-Möglichkeiten (Knuf 2000). Gerade bei langzeitkranken Menschen ist viel Geduld und Zeit erforderlich, um Eigenständigkeit zu fördern. Wer diese als Fachperson aufgrund von Zeitmangel nicht hat, der macht es eben selber, weil es schneller geht, und schon ist beim Klienten wieder eine Möglichkeit vertan, selbst zu handeln und Neues zu erlernen. Die zahlreichen und wohl noch weiter zunehmenden Kürzungen im Sozialbereich können in diesem Sinne negative Konsequenzen für die Empowerment-Förderung haben. Es ist eine Pflicht für professionell Tätige, sich gegen weitere Kürzungen zu wehren und die darin sichtbar werdende Diskriminierung psychisch kranker Menschen anzusprechen. Darin sind wir jedoch nur dann glaubwürdig, wenn wir Empowerment und nicht Abhängigkeit fördern.

Zugleich ist es empowerment-orientiert, sich von den wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht in Resignation und Passivität treiben zu lassen, wie dies gegenwärtig vielerorts geschieht und ganze Teams lähmt. Aus dem empowermentorientierten Blickwinkel können Kürzungen Empowerment aber auch erst möglich machen. Das hören wir Fachleute natürlich nicht gerne. Eigenengagement wird notwendig, wo fachliche Begleitung nicht mehr gewährleistet werden kann, einzelne Angebote psychiatrischer Anbieter werden bei Wegfall infolge Personalkürzung durch Betroffene übernommen. Wir erfahren dann: Wir sind nicht überall notwendig, wo wir heute aktiv werden. Das nicht als Kränkung zu erleben und in eine Haltung von „Ihr werdet schon sehen, dass das ohne uns nicht geht“ zu geraten, ist hier die empowerment-fördernde Aufgabe.

Zukünftig werden mehr psychiatrieerfahrene Menschen (vielleicht auch Laien und Angehörige) im psychiatrischen System mitarbeiten. Was im deutschsprachigen Raum bisher erst ansatzweise existiert (Selbsthilfeberater bei den größeren Betroffenenorganisationen oder beim BPE, Weglaufhaus Berlin und einige mehr), ist in anderen Ländern selbstverständlicher. Erste Untersuchungen zeigen, dass die gegenseitige Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene (sogenannte Peer specialists oder Peer support) eine Hilfestellung darstellt, die Fachleute durch ihre Aktivität nicht erbringen können und die sich sehr positiv unter anderem auf das Gefühl der Lebensqualität auswirkt (Felton et al., 1995). Auch in der Fortbildung werden zukünftig mehr Betroffene mitarbeiten. Schon gibt es Modelle, wie den Verein „Für alle Fälle“ in Berlin, die Expertenpartnerschaft in Bremen, bundesweit angebotene dialogische Borderline-Fortbildungen und einiges mehr. All das wird uns Fachleuten helfen, eine partnerschaftlichere Haltung gegenüber betroffenen Menschen einzunehmen. Berufseinsteiger werden in diese Haltung ganz selbstverständlich hineinwachsen ohne je etwas anderes kennen gelernt zu haben.

Empowerment meint Selbstbefähigung. Mit Empowerment-Förderung werden Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis bezeichnet, die Menschen zur Entwicklung eigener Stärken ermutigen

Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. dgvt-Verlag, Tübingen.

Felton, C. J., Stastny, P., Shern, D. L., et al. (1995). Consumers as Peer Specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes. Psychiatric Services, 46 (10): 1037 – 1044.

Knuf, A. (2000). Steine aus dem Weg räumen. In: Knuf, A. & Seibert, U. (Hrsg.) Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Soziale Psychiatrie 1/2004

Terzioglu, P. (2005). Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

„Ohne uns geht nichts mehr"

Betroffenenbeteiligung in der Psychiatrie – ein Überblick

Von Sibylle Prins

Ich war noch relativ neu in der Tagesklinik. Da kündigte man mir an, nächsten Donnerstag fände die monatlich stattfindende sogenannte „Vollversammlung" statt. Es gälte unbedingte Anwesenheitspflicht. Außerdem sei für dieses Datum das gesamte Programm des Tages abgeändert. Nun, so dachte ich angesichts des Aufwandes und der Betonung, die mit dieser Veranstaltung einher ging, das müsse ja was Wichtiges sein. Ich selbst war vor meiner Erkrankung Vorsitzende der Mitarbeitervertretung in meinem Betrieb gewesen, und wenn dort alle Jubeljahre eine Betriebsversammlung abgehalten wurde, ging es immer um Wesentliches,. manchmal sogar um die Existenz des Betriebes. Da hier die Vollversammlungen regelmäßig stattfanden, ging es vielleicht nicht um so existenziell entscheidende Angelegenheiten. Mindestens aber, so stellte ich mir vor, gab es dort Gelegenheit, das Konzept der Einrichtung zu diskutieren, sich zu den einzelnen Therapieangeboten zu äußern und gegebenenfalls Probleme mit Mitpatientinnen, Mitpatienten oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzusprechen. Soweit meine Erwartungen.

Der große Tag nahte. An dem Morgen konnte von Alltagsroutine keine Rede mehr sein. Der große Werkraum war umgeräumt und mit Stühlen voll gestellt worden. Neben sämtlichen Patientinnen und Patienten waren auch alle Mitarbeitenden anwesend. Ich war gespannt. Und was geschah? Es wurden Küchen- und Hausdienste verteilt. Wer wann den Frühstückstisch decken oder die Aschenbecher ausleeren sollte. Diese kleine organisatorische Frage, die man durch einfaches Aushängen eines Planes bequem hätte lösen können, war der ganze Inhalt der Zusammenkunft. Ich war verwundert, enttäuscht, fühlte mich zum Narren gehalten. Gab aber der Sache noch eine zweite Chance. Vielleicht hatte es nur diesmal nichts anderes zu besprechen gegeben. Vielleicht würden bei der nächsten Versammlung wirklich wichtige Dinge besprochen werden. Doch es wiederholte sich dasselbe Szenario. Mit der kleinen Abwandlung, dass sehr selten auch einmal über die geplanten Ausflüge gesprochen wurde. Nicht etwa, dass wir auf die Gestaltung großen Einfluss hätten nehmen können oder sogar die Planung selbst in die Hand genommen hätten. Ansonsten verlief alles nach dem oben beschriebenen Schema. Ich fühlte mich beziehungsweise uns als Patientinnen und Patienten nicht ernst genommen, gedemütigt. Begann zu argwöhnen, die ganze Sache diene keineswegs einem Informationsaustausch oder der Gelegenheit zur offenen Diskussion über die Einrichtung, sondern vielmehr einem geheimnisvollen, mir verborgenen therapeutischen Zweck – denn wieso sonst sollten alle, auch die leitenden Mitarbeitenden dabei anwesend sein? Ich hatte das Gefühl, das Ganze sei eine üble Farce.

Inzwischen weiß ich natürlich, dass es auch Haus- oder Vollversammlungen in psychiatrischen Einrichtungen gibt, die nicht so verlaufen, in denen wirklich von und mit den Klienten der Alltag der Einrichtung besprochen wird, wo zumindest ansatzweise auch Einflussnahme von Seiten der Klienten möglich ist. Ich befürchte aber, dass solche Pseudo-Veranstaltungen auch weiterhin stattfinden. Und zwar besonders und gerade in einer Zeit, in der man die sogenannte „Nutzerbeteiligung" als „Qualitätsmerkmal" entdeckt hat. Ich will im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige Bereiche vorstellen, in denen ich die Betroffenenbeteiligung für möglich, notwendig und sinnvoll halte, sowie einige mögliche Probleme streifen.

Unterschiedliche Grade von Einflussnahme

Zunächst aber etwas zur Begrifflichkeit. Da ist in der inzwischen erschienenen Literatur die Rede von „Beteiligung" , „Mitwirkung" oder „Mitberatung", „Konsultation" „Mitbestimmung" oder „Betroffenenkontrolle". Je nach Autor und Kontext werden diese Begriffe unterschiedlich benutzt und gefüllt. Ich will nun keine neuen Definitionen aufstellen, sondern nur auf zwei Sachverhalte hinweisen: diese Begriffe enthalten zum Teil sehr unterschiedliche Grade der möglichen Einflussnahme durch Psychiatrie-Erfahrene. Und es ist natürlich in unserem, das heißt der Psychiatrie-Erfahrenen Sinne, dass die reale Einflussnahme möglichst hoch ist. Zum anderen: der Begriff „betroffenenkontrolliert" bedeutet nicht, wie mancher es vielleicht sehen möchte, dass Psychiatrie-Erfahrene Einblick in die Arbeit haben und dann diese abnicken dürfen.

Ganz im Gegenteil: es handelt sich dabei um Projekte, die unter der Leitung oder Federführung von Psychiatrie-Erfahrenen stehen. Solche Projekte sind in Deutschland noch sehr rar – im Gegensatz übrigens zu Großbrittannien und den Niederlanden, wo sie bereits einen ernstzunehmenden Bestandteil der psychosozialen Landschaft bilden. In Deutschland gibt es meines Wissens in einigen Städten von Betroffenen geführte Cafés/Treffpunkte sowie Beratungsstellen, im Bereich der akuten Krisenbegleitung wohl derzeit nur das Weglaufhaus in Berlin.

Die Rückmeldungen der Betroffenen ernst nehmen

In welchen Bereichen sieht Betroffenenbeteiligung wie aus? Da ist zunächst einmal die jeweils eigene, individuelle Behandlung und/oder Betreuung. Dort kommen nicht unbedingt institutionalisierte Formen der Beteiligung zum Tragen, sondern die selbstverständlichen Formen menschlichen und fachlich

Sybille Prins, VPE-Bielefeld, Postfach 102962, 33529 Bielefeld, Tel. 0171 - 644 19 70, vpe-bielefeld@t-online.de

qualifizierten Umgangs miteinander. Im Klartext: es gilt, die individuellen Rückmeldungen des Klienten/der Patientin oder des Nutzers ernst zu nehmen. Hierbei tun sich manche Ärzte und andere Berufsgruppen immer noch sehr schwer. Es gilt, diese Rückmeldungen gezielt einzuholen – informell, durch einfaches Nachfragen, in Zwischenformen beispielsweise durch Beschwerdekästen oder Meinungstafeln, eher formell durch mehr oder minder durchstrukturierte Fragebögen. Ach ja- Bei der Entwicklung der Fragebögen ist die Beratung durch Betroffene unumgänglich. -Mitarbeiter/innen bewegen sich einfach ganz anders als die Klienten in einer Einrichtung, nehmen diese und die Atmosphäre sowie die Maßnahmen ganz anders wahr. Für Kliniken und Heime sollte außerdem der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen etc. selbstverständlich sein, und Psychiatrie-Erfahrenen-Verbände können Betroffene beim Abfassen einseitiger Verfügungen unterstützen. Was nicht vergessen werden darf, ist die Möglichkeit „mit den Füßen" abzustimmen , denn – obwohl dies häufig eher vertuscht wird – es gilt im Regelfall ja doch freie Arzt- und Klinikwahl. Ferner gibt es die Möglichkeit, eine unabhängige Beschwerdestelle aufzusuchen – so es sie denn gibt – oder den Rechtsweg einzuschlagen, was im übrigen erstaunlich wenige Betroffene tun. Vielleicht, weil sie dabei zu wenig Unterstützung erhalten? Schon gar nicht von professioneller Seite?

Betroffenenbeteiligung auf institutioneller Ebene

Die nächste Stufe der Betroffenenbeteiligung findet dann auf institutioneller Ebene statt. Hierzu gehören die bereits genannten Haus- und Vollversammlungen, Heimbeiräte und Werkstatträte, Klientensprecherräte (z.B. für Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Verbundeinrichtungen), Beiräte verschiedener Einrichtungen wie Kliniken und Krisendienste, sowie einrichtungsinterne Gremien, z.B. Qualitätszirkel. Der Nachteil bei diesen sowie den vorgenannten Formen der Beteiligung ist, dass stets ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Klienten und Professionellen bzw. der Institution besteht, so dass eine unabhängige Beurteilung und Kritik durch Betroffene so manchesmal den „sozial erwünschten" Verhaltensweisen zum Opfer fallen wird. Dennoch: hier ist die Beteiligung direkt und unmittelbar. Es kann und darf nicht darauf verzichtet werden.

Für Professionelle mag es vielleicht schmerzhaft sein, ihre Arbeit von ihren eigenen Klienten auf den Prüfstand gestellt zu sehen. Wenn aber dies nicht geschieht, kann es vorkommen, dass Betroffenenberichte über Psychiatrie aus der Literatur oder auf Tagungen als absolute Neuigkeit wahrgenommen werden, während man alle die dort vorgetragenen Erfahrungen längst auch von seinen eigenen Klientinnen und Klienten hätte erfahren können. Wenn man ihre Äußerungen ernst genommen hätte, wenn man ihnen Foren, sich ernsthaft zu äußern, geboten hätte. Es ist zudem wichtig, dass die beteiligten Mitarbeiter/innen, insbesondere aber die Leitungsebene, wirklich davon überzeugt sind, dass mehr Betroffenenbeteiligung letztendlich der Güte ihrer Arbeit und der stärker individuellen bedürfnisgerechten Begleitung/Betreuung zugute kommt, und dass dies nicht nur halbherzig, weil's eben Mode ist, mitgemacht wird.

Mehr Betroffenenbeteiligung bedeutet, wenn sie ernsthaft bezweckt und mit einem gewissen Anspruch betrieben wird, u.U. für beide Seiten auch mehr Arbeit und mehr Reibungspunkte. Eine Frage, die sich beispielsweise für obengenante Gremien, aber auch für nicht einrichtungsgebundene Gremien (die nächste Ebene: zu nennen sind etwa Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Hilfeplankonferenzen, regionale Beiräte, gemeindepsychiatrische Verbünde, überregionale Verbände, Besuchskommissionen usw.) ergibt, ist auch: wie müssen sich solche Arbeitsgruppen inhaltlich, sprachlich und von den Arbeitsformen her auf die mitwirkenden Betroffenen einstellen.? Kann alles so weiterlaufen wie bisher, nur dass eben noch ein Mitglied mehr, eben ein Psychiatrie-Erfahrener anwesend ist? Zum anderen- gerade bei eher komplizierten Fragen, wie z.B. regionale Versorgungsstrukturen, gesetzliche Hintergründe, Verfahrensabläufe - benötigen die Betroffenenvertreter/innen Information, Beratung und Fortbildung, damit sie überhaupt sinnvoll mitarbeiten können. Auch dafür muss gesorgt werden – durch die Betroffenenverbände, aber auch durch Professionelle oder in Kooperation miteinander. Wichtig ist jedenfalls im Blick zu behalten, dass die Betroffenen nicht nur an den Alltagsfragen einer bestimmten Einrichtung, sondern auch an der Planung psychiatrischer Strukturen und bei der Schaffung, Umsetzung und Auswertung von gesetzlichen Vorgaben beteiligt werden sollen.

Das Problem der Pseudo-Beteiligung

Ein Problem, welches die Gemüter immer wieder beschäftigt, ist das der Pseudo-Beteiligung oder einer möglichen Alibi- Funktion der Betroffenenvertreter/innen. Dieses Problem wird sich bei anderen Arten von Interessenvertretung (andere Selbsthilfeverbände, Betriebsräte etc) sicherlich auch stellen, in der Psychiatrie bekommt es noch einmal eine besondere Schärfe, zum einen deshalb, weil Betroffenenbeteiligung ein ziemliches Novum in der Psychiatrie ist und es an Regelungen, die Rechte und Einflussnahme sichern, noch mangelt, zum anderen aus dem bekannten Grund, dass Psychiatrie-Erfahrenen von professioneller Seite die grundsätzliche Befähigung zur Mitwirkung immer noch abgesprochen werden kann. Betroffenenvertreter/innen sollten diese Frage, wann sie bloß „schmückendes Beiwerk" sind, im Auge behalten, und dann auch gegebenenfalls die Mitarbeit verweigern. Die professionellen Mitarbeiter werden sich ansonsten daran gewöhnen müssen, dass die allzu gut geölte psychiatrische Maschinerie nun durch den von uns hineingeworfenen Sand gestört werden kann. Allerdings sollte man ein solches Urteil, man sitze vergeblich bei irgendwelchen Versammlungen dabei, auch nicht

Ein Problem, welches die Gemüter immer wieder beschäftigt, ist das der Pseudo-Beteiligung oder einer möglichen Alibi- Funktion der Betroffenenvertreter/innen

Mehr Betroffenenbeteiligung bedeutet, wenn sie ernsthaft bezweckt und mit einem gewissen Anspruch betrieben wird, u.U. für beide Seiten nicht nur, aber auch mehr Arbeit und mehr Reibungspunkte

Ein sehr wichtiges Ziel der Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener ist es, dem Erfahrungswissen der Betroffenen im Verhältnis zum professionell erworbenen Wissen einen höheren, möglichst gleichrangigen Wert zu verschaffen

vorschnell fällen: es gibt Runden, in denen man als Psychiatrie-Erfahrener wenig oder nichts bewirken kann, in denen aber wichtige Informationen weitergegeben werden, die uns sonst entgangen wären, oder in denen man dem psychiatrischen bzw. politischen Tun und Treiben genau auf die Finger sehen kann, um dies dann ggfs. auf anderem Wege wieder zurück zu melden.

Erfahrungswissen bekommt hohen Stellenwert

Ein sehr wichtiges Ziel der Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener ist es, dem Erfahrungswissen der Betroffenen im Verhältnis zum professionell erworbenen Wissen einen höheren, möglichst gleichrangigen Wert zu verschaffen. Dies geschieht vorzugsweise, indem Psychiatrie-Erfahrene als Dozent/innen oder Referent/innen in der Aus- und Fortbildung von professionellen Mitarbeitern tätig werden. Hierzu gibt es schon erste Ansätze, die aber noch wesentlich ausgebaut und fest verankert werden müssen. Es setzt natürlich voraus, dass die in diesem Bereich arbeitenden Psychiatrie-Erfahrenen auch didaktische Kompetenzen mitbringen oder sich aneignen, außerdem ihre eigene Erfahrung und diejenige anderer Psychiatrie-Erfahrener auf in gewissem Maße verallgemeinerbare Aussagen hin verarbeiten. Ein noch sehr unterbelichtetes Kapitel ist die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in der (sozial-) wissenschaftlichen Forschung, in der sie zumeist als Proband/innen auftreten, bisher noch viel zu selten als Forscher/innen.

Ob das daran liegt, dass hier die Machtsphäre der Professionellen allzu empfindlich berührt wird? Nur kurz erwähnen will ich die selbständige oder trialogische Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Psychiatrie. Erfreulicherweise gibt es außerdem sehr vereinzelt schon Träger, die Betroffene einstellen mit dem Ziel, andere Betroffene zu beraten.

Beteiligung kostet Geld

Damit wäre ich schließlich angelangt beim Thema Nummer eins: das Geld. Betroffenenbeteiligung kostet Geld und muss auch Geld kosten. Während für die meisten noch einsichtig ist, dass Fahrtkosten und andere Aufwendungen erstattet werden müssen, dass Referent/innen ein Honorar bekommen sollten, wird es noch viel zu selbstverständlich hingenommen, dass andere Formen der Beteiligung von den Psychiatrie-Erfahrenen überwiegend ehrenamtlich ausgeführt werden. Obwohl es häufig eine Menge Arbeit für die Betroffenenvertreter/innen bedeutet, obwohl alle anderen Involvierten, die Professionellen, dafür bezahlt werden. Soll die Betroffenenbeteiligung ein ernstzunehmendes Anliegen sein, muss man sich langfristig auch Finanzierungsmodelle überlegen. Denn auch für uns geht es auf Dauer nicht ohne Geld. Und ohne uns, da geht nun gar nichts mehr! ●

Nutzerbeteiligung in einer psychiatrischen Klinik

Kontinuierliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und den Mitarbeitern der Klinik sind wichtig

Von Klaus Laupichler(KL) und Wolfram Voigtländer (WV)

Klaus Laupichler

Dr. Wolfram Voigtländer, Klinikum Heidenheim, Schloßhausstrasse 100, 89522 Heidenheim

(WV) Seit vielen Jahren wird in der Psychiatrie über den Trialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen nachgedacht und diskutiert und es werden praktische Erfahrungen mit dieser Haltung, mit dieser Kultur der Kommunikation gemacht. Von Anfang an war selbstverständlich, dass alle diese Überlegungen auch und gerade in der psychiatrischen Klinik zu gelten haben.

Auch aus meiner Sicht ist die Klinik geradezu die Nagelprobe dafür, ob und wie weit diese Kultur in einer Region umgesetzt ist:

- Eine psychiatrische Klinik ist als Einrichtung besonders komplex und eine Behandlung ist hier häufig mit deutlichen Eingriffen und Einschränkungen für die Patienten verbunden, allein schon durch die manchmal sehr langen und vor allem durch die zum Teil unfreiwilligen Aufenthalte, so dass eine Mitbestimmung der Patienten in diesem Bereich ganz besonders wichtig ist.
- Die Patienten sind während ihrer stationären Behandlung in der Regel verunsicherter und ungeschützter als in ihren übrigen Lebensabschnitten und damit meist auch schutz- und unterstützungsbedürftiger.
- Schließlich ist und bleibt der stationäre Bereich immer gefährdet für Entwicklungen in Richtung auf eine „totale Institution“, was andauernder Anstrengungen bedarf, um dem gegenzusteuern.

Wie kann Nutzerbeteiligung in der Klinik aussehen?

1.) Die Klinik öffnet sich den Psychiatrie-Erfahrenen bzw. ihren Selbsthilfegruppen in der Form, dass

- die Klinik ihre Ressourcen der Selbsthilfegruppe bei Bedarf zur Verfügung stellt,
- der Besuch von stationären Patienten durch Mitglieder der Selbsthilfegruppe gefördert wird,
- die Selbsthilfegruppe ihre Informationen auf allen Stationen aushängen kann und auch sonst in jeder Hinsicht offenen Zugang zur Klinik erhält.

2.) Die Psychiatrie-Erfahrenen gestalten zusammen mit den Profes-

sionellen Fortbildungsmaßnahmen
- in der Klinik,
- in der Region (z. B. in Schulen, Kirchengemeinden etc.),
- bei überregionalen Fortbildungsveranstaltungen.

3.) Die Selbsthilfegruppe beteiligt sich an Aktivitäten der Klinik, indem sie
- bei der Gestaltung einer Patientenzeitung mitarbeitet,
- sich bei Festen der Klinik beteiligt.

4.) Die Selbsthilfegruppe beteiligt sich an Arbeitsgruppen zur Entwicklung von klinischen Standards und deren Überprüfung, z.B. für
- Behandlungsvereinbarungen,
- die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, z.B. Fixierungen (Dressler et al. 2003).

5.) Die Selbsthilfegruppe stellt einen der ehrenamtlichen Mitarbeiter der Aussprache- und Beschwerdestelle, die (u.a.) in der Klinik präsent ist.

Diese Beispiele sollen den Rahmen nur andeuten, in dem sich Nutzerbeteiligung entfalten kann. Für alle Punkte gilt, dass eine regelmäßige Überprüfung der Formen und Inhalte der Zusammenarbeit erfolgen sollte, und die Standards sollten nicht nur erarbeitet, sondern auch evaluiert werden.

Erfahrungen aus Heidenheimer Selbsthilfegruppe

(KL) Wir von der Selbsthilfegruppe Radix haben in Heidenheim großes Glück mit der psychiatrischen Abteilung an unserem Klinikum. Wir finden ein großes Entgegenkommen vor, das einen Kontakt auf Augenhöhe möglich macht. Es bestehen keine tiefgreifenden Meinungsverschiedenheiten, außer bei der Elektrokrampftherapie. In vielen Projekten, auch des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, haben wir einen fruchtbaren Konsens gefunden. Hier unterscheiden wir uns wohltuend von den Sorgen und Nöten anderer Selbsthilfegruppen. Bei unseren Besuchen auf den Stationen werden wir auch vom Pflegepersonal unterstützt.

Aus unserer Gruppe kommt auch eine Patientenfürsprecherin für die „Aussprache- und Beschwerdestelle Psychiatrie“ in Heidenheim. Unsere Kompetenz ist gefragt bei den Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Informationsabenden für die Gruppe der Angehörigen. Besonders hilfreich war, dass wir nach einer Selbsttötung in unserer Gruppe schnell und unbürokratisch Unterstützung von den behandelnden Ärzten bekamen. Bei der Entwicklung von klinischen Standards war es schwierig, die Last von vielen Jahren Psychiatrieerfahrung vor Heidenheim und vor der Psychiatrie-Enquete zu überwinden. Gut tat das Ringen um eine gute Behandlungsvereinbarung. Das war das erste Mal, dass wir uns mit Vertretern aller Berufsgruppen der psychiatrischen Abteilung Heidenheim zusammen setzten, um einen Standard zu entwickeln. Hier kamen wir auch zu der Frage, was eine Klinik im Falle einer stationären Aufnahme überhaupt leisten kann.

Dabei ergab sich, dass insbesondere der Sozialdienst der Klinik seine Grenzen aufzeigen musste. Verschiedene häusliche Aufgaben im Umfeld einer Klinikaufnahme müssen von Nachbarn oder Mitgliedern der Selbsthilfegruppe übernommen werden und können nicht durch den Sozialdienst abgenommen werden. Bislang wurden auch nur wenige Behandlungsvereinbarungen tatsächlich abgeschlossen und es sind nur einige wenige Wiederaufnahmen bei vorliegender Behandlungsvereinbarung erfolgt. Die Erarbeitung einer Behandlungsvereinbarung ist nach diesen Erfahrungen sicherlich ein wichtiges Instrument der Verständigung über Verfahrensfragen zwischen den Beteiligten; ob eine Behandlungsvereinbarung auch im Einzelfall die konkrete Gestaltung der Wiederaufnahme und der weiteren Behandlung verändert, können wir noch nicht wirklich beurteilen.

Bei der Entwicklung der Behandlungsvereinbarung kamen wir auch auf Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen zu sprechen. Daraus entwickelte sich eine neue Arbeitsgruppe für einen Standard für Fixierungen. Diese Arbeitsgruppe Fixierungen war für uns Betroffene schon sehr hart und bedeutete auch ein Aufbrechen alter Verletzungen. Deshalb konnte ich an dieser Arbeitsgruppe nicht ganz teilnehmen, da alte Geschichten vor Heidenheim zu belastend waren. Aber erleichternd ist, dass jetzt bei diesem Standard ein de-eskalierendes Verfahren im Vorlauf eingeführt wurde, indem z.B. versucht wird durch Bäder, Arbeit mit dem Box-Sack, Musik- oder Maltherapie und Spaziergänge bzw. andere Formen der Einzelbetreuung Spannung abzubauen und dadurch eine Fixierung unnötig zu machen. Zu der von uns Psychiatrie-Erfahrenen gewünschten Schulung von Sanitätern und der Polizei mit dem Ziel, eine Sensibilisierung bei dem Umgang mit seelisch gestörten Menschen in Ausnahmesituationen zu erreichen, kam es bislang leider nicht. Auch ist es schade, dass bei der Weiterführung des Standards nach der Erprobung kein Psychiatrie- Erfahrener mehr dabei war.

Erfreulich ist die Teilnahme bei den Festen der Klinik. Diese Feste, auch das Weihnachtsfest, sind ein fester Bestandteil unserer Arbeit als Selbsthilfegruppe geworden, zumal immer einer von uns (als Patient) in der Psychiatrie ist. So führen wir dann und wann auch Gruppenabende in dem Vorraum unserer Psychiatrie durch, einfach um präsent zu sein und den Kontakt untereinander auch in der Klinikzeit zu stärken. Wir haben als Selbsthilfegruppe vor einiger Zeit die Gestaltung der Patientenzeitung unserer Klinik mit Beiträgen aus vielen Bereichen der Psychiatrie und von unterschiedlichen Betroffenen übernommen, die dann jeweils in der Klinik fertiggestellt wird. Den Erlös des Heftes bekommt die Gruppe. Diese Arbeit ist für uns jedes Mal eine neue Herausforderung, die wir aber bisher immer geschafft haben.

So sind wir in „unserer“ Psychiatrie eingebunden - und das nicht nur als Patienten. Wir Psychiatrie-Erfahrene fühlen uns als Experten in eigener Sache ernst genommen, indem wir unsere Erfahrungen und Wünsche selbstbewusst ein-

Verschiedene häusliche Aufgaben im Umfeld einer Klinikaufnahme müssen von Nachbarn oder Mitgliedern der Selbsthilfegruppe übernommen werden und können nicht durch den Sozialdienst abgenommen werden

Wir von der Selbsthilfegruppe Radix haben in Heidenheim großes Glück mit der psychiatrischen Abteilung an unserem Klinikum. Wir finden ein großes Entgegenkommen vor, das einen Kontakt auf Augenhöhe möglich macht

bringen können.

Voraussetzungen für Nutzerbeteiligung, Konflikte und Grenzen

Nutzerbeteiligung ist heute ein unverzichtbarer Bestandteil psychiatrischer (Zusammen-) Arbeit

(WV) Voraussetzung ist zunächst, dass auf beiden Seiten überhaupt ein Interesse an einer Zusammenarbeit besteht und dass zumindest grundsätzlich die Möglichkeit gesehen wird, die Behandlung von Patienten durch eine Nutzerbeteiligung zu verbessern. Weiter ist natürlich ein Mindestmaß an gegenseitigem Vertrauen Voraussetzung dafür, dass in einer Einrichtung einige oder alle der oben angedeuteten oder noch ganz andere Formen der Nutzerbeteiligung umgesetzt werden können. Dies wiederum schließt auf beiden Seiten ein Mindestmaß an Bereitschaft zur Kooperation und zur Konfliktklärung ein. Ziel ist dabei natürlich nicht, in sämtlichen Fragen eine Übereinkunft zu erzielen – dazu sind die Interessen zum Teil zu gegensätzlich. Es ist aber sinnvoll und hilfreich, nach möglichst vielen Übereinstimmungen zu suchen und daneben Konflikte und unvereinbare Standpunkte offen anzusprechen, zu benennen und sie dann auch so stehen zu lassen.

Abstract

Nutzerbeteiligung ist heute ein unverzichtbarer Bestandteil psychiatrischer (Zusammen-) Arbeit. Im vorliegenden Beitrag werden die praktischen Erfahrungen mit der Nutzerbeteiligung in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an einem Allgemeinkrankenhaus beschrieben. Diese Beteiligung kann in vielen Formen erfolgen. Wichtig ist, dass nicht nur einmalige, sondern vor allem kontinuierliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und den Mitarbeitern der Klinik gefunden werden, dass z.B. Standards nicht nur gemeinsam erarbeitet, sondern auch gemeinsam evaluiert werden. Es werden außerdem die Voraussetzungen und Grenzen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit diskutiert.

Unlösbare Konflikte sind aus Sicht der Heidenheimer Klinik in der bisherigen Zusammenarbeit nicht aufgetreten, wobei aber die vor Ort gegebene Situation – überschaubare Versorgungsregion, vor allem aber eine souveräne und sehr kooperationsstarke Selbsthilfegruppe – wohl besonders günstige Ausgangsbedingungen bietet.

Freilich wurden gleichwohl auch Grenzen der Zusammenarbeit sichtbar. Die Klinik beabsichtigt noch im Laufe des Jahres 2005 die Elektrokonvulsionstherapie als eine Behandlungsmethode mit einem sehr engen Indikationsbereich einzuführen. Hierzu wurde u. a. eine Fortbildungsveranstaltung in der Klinik durchgeführt, bei der auch ein Vertreter der Selbsthilfegruppe seinen Standpunkt darlegte, der – auch entsprechend der Haltung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener – eine klare Ablehnung der Elektrokrampftherapie beinhaltete. In dieser Veranstaltung wurden die gegensätzlichen Standpunkte dargelegt und es wurde auch der Versuch gemacht, sich mit den Argumenten der Gegenseite auseinander zu setzen, was aber (erwartungsgemäß) zu keiner Verständigung oder gar Einigung führte.

Ein wichtiger Gesichtspunkt wurde uns erst bei der Erarbeitung dieses Beitrages bewusst, dass es nämlich bei der Nutzerbeteiligung nicht um einmalige Aktionen gehen sollte, sondern dass kontinuierliche Formen der Beteiligung wichtig sind und eine Weiterentwicklung und Überprüfung der gemeinsam getroffenen Vereinbarungen erfolgen muss, z.B. eine Evaluation von erarbeiteten Standards. Auf dieses Problem werden wir in Zukunft verstärkt unsere Aufmerksamkeit richten müssen.

Ein wichtiger Gesichtspunkt wurde uns erst bei der Erarbeitung dieses Beitrages bewusst, dass es nämlich bei der Nutzerbeteiligung nicht um einmalige Aktionen gehen sollte, sondern dass kontinuierliche Formen der Beteiligung wichtig sind und eine Weiterentwicklung und Überprüfung der gemeinsam getroffenen Vereinbarungen erfolgen muss

Wie umfassend und wie kreativ die Ausgestaltung von Nutzerbeteiligung erfolgen kann, hängt auch von den konkreten Personen ab, die auf den beiden Seiten in diesem Konflikt- und Spannungsfeld die beteiligten Parteien repräsentieren. Auf Seite der Einrichtung sind dies in der Regel mit einer gewissen Kontinuität die leitenden Mitarbeiter (therapeutischer Leiter, Chefarzt o. ä.). Im Falle der Selbsthilfegruppe, also einer demokratisch organisierten Gruppierung, die von wechselnden Personen vertreten wird, wird das Bild und die Haltung nach außen in der Regel bunter und vielfältiger, manchmal vielleicht auch widersprüchlich sein. Bei günstigen Voraussetzungen kann aus einer Nutzerbeteiligung eine so gute Zusammenarbeit werden, dass eine deutlich verbesserte Arbeit der Einrichtung auf mehreren Ebenen (Struktur, therapeutische Angebote der Einrichtung, Alltagsgestaltung auf Station, Haltung der Mitarbeiter) die Folge ist. Dabei ist es sicherlich notwendig, zu respektieren, dass nicht in allen Fragen eine inhaltliche Übereinstimmung möglich ist, so dass es sich anbietet, in grundsätzlich konsensfähigen Fragen eine maximale Verständigung zu suchen, während nicht konsensfähige Fragen als solche benannt und anerkannt werden sollten, damit die Auseinandersetzung darum die Zusammenarbeit in den anderen Feldern nicht gefährdet.

Literatur

Dressler S, Laupichler K: Neue Standards für Fixierungen. Kerbe 2003 (21) 4: 29 – 30

Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements

Kultur des Dialogs zwischen psychiatrisch Tätigen und Betroffenen / Patientinnen und Patienten fühlen sich ernst genommen

Von Hildegard Weigand

Die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen (QM) in der psychiatrischen Hilfelandschaft wird – wie ich meine zu Recht – von der sozialpsychiatrischen Fachdebatte kritisch reflektiert und begleitet. Wenn man Instrumente des Qualitätsmanagements, die ja in industriellen Produktionszusammenhängen – zu allererst übrigens in der Waffenproduktion – entwickelt worden sind, im Gesundheitswesen einführen und anwenden will, sind Übersetzungsanstrengungen notwendig. Der dadurch entstehende Spannungsbogen erhält offenbar seine höchste Spannkraft im psychiatrischen Feld. Am deutlichsten wird dies, wenn es darum geht, die Möglichkeiten der Nutzerbeteiligung zu entfalten. Gleichzeitig liegt hier aber auch der aus sozialpsychiatrischer Sicht potentiell größte Gewinn und Fortschritt. Wie sich diese Spannungen im Einzelnen zeigen, will ich auf meinem Erfahrungshintergrund als Qualitätsbeauftragte in einer psychiatrischen Fachklinik am Beispiel der Einführung einiger Instrumente aufzeigen.

Befragungen zur Patientenzufriedenheit

Das in der psychiatrischen klinischen Akutversorgung wohl inzwischen verbreitetste und im Rahmen von internen und externen Qualitätsüberprüfungen der unterschiedlichen Ansätze (DIN ISO 9000/EFQM/KTQ) anerkannteste Instrument sind stichprobenhafte oder auch kontinuierliche schriftliche Befragungen zur Patientenzufriedenheit. So werden zum Beispiel seit 1999 in allen Kliniken des Psychiatrieverbundes des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe jährlich in einem Stichmonat Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Entlassung schriftlich danach gefragt, wie zufrieden sie mit wesentlichen Aspekten ihrer Behandlung sind. Die Befragungen werden zentral ausgewertet und erlauben inzwischen einen Vergleich über fünf Jahre und unter den Kliniken. Der Fragebogen ist im Arbeitskreis der Qualitätsbeauftragten der beteiligten Kliniken entwickelt worden und wird dort kontinuierlich aktualisiert. Die Interpretation der Auswertungsergebnisse und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen liegen in der Verantwortung der einzelnen Krankenhausbetriebsleitungen. Aus den Rückmeldungen entsteht bei mir der Eindruck, dass es zwar punktuell vor Ort „Ausreißer in der Bewertung“ gibt, die dann auch verfolgt werden, dass die Ergebnisse aber grundsätzlich lediglich einer „Wasserstandsmeldung“ ähneln und wenig Anhaltspunkte für konkrete Verbesserungspotentiale vor Ort enthalten.

Ich will hier exemplarisch auf einige Stolpersteine bei der Übersetzung von Instrumenten aus der Wirtschaft für den psychiatrischen Kontext hinweisen:

1. Die Befragung geht davon aus, dass die Qualität der Behandlung umso besser einzuschätzen ist, je zufriedener die Patientinnen und Patienten mit ihr sind. „Zufriedenheit“ ist, dies wird in der einschlägigen Literatur (1) so diskutiert, ein weiches Kriterium, das im Blick auf seinen Aussagewert schwer zu fassen ist.
2. Es ist für die Psychiatrie darüber hinaus zu hinterfragen, weil es nicht immer Ziel der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit sein kann, eine möglichst große Zufriedenheit zu erreichen.
   - Unzufriedenheit mit der Behandlung und der Klinik kann ein notwendiges und heilsames Zwischenstadium des psychotherapeutischen Prozesses sein.
   - Patientinnen und Patienten die unfreiwillig per PsychKG eingewiesen worden sind und deren akute Verfassung Zwangsmassnahmen unumgänglich gemacht haben, werden damit wohl selten zufrieden sein.
   - Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung werden bisweilen disziplinarisch entlassen und sind dann, aus ihrer Sicht mit Recht, höchst unzufrieden.
   - Forensische Patienten erfahren im Rahmen ihrer sozialtherapeutischen Behandlung notwendigerweise Konfrontationen und Begrenzungen, mit denen sie bisweilen höchst unzufrieden sind.
3. Ein Fragebogen als Instrument ist nicht für alle Gruppen von Patientinnen und Patienten geeignet. Insbesondere eignet er sich nicht für Menschen mit dementiellen Erkrankungen und Menschen mit geistiger Behinderung.
4. Für alle anderen Gruppen von Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass der Fragebogen überschaubar bleibt, wenn man bei Freiwilligkeit einen hohen Rücklauf wünscht. Dies hat zur Folge, dass man nur exemplarisch ins Detail gehen und ansonsten nur undifferenzierte Überblicksfragen stellen kann.
5. Schließlich braucht die Pflege der Motivation – auch auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – die Erfahrung, dass aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen gezogen werden, dass es also einen Sinn macht, sich zu engagieren. Dies ist so lange schwierig, wie eine Befragung nicht nach konkreten Verbesserungsvorschlägen fragt, die dann auch praktisch umgesetzt werden können. Vor allem bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die immer wieder aufgenommen und entlassen werden und den Bogen

Hildegard Weigand, Diplom-Pädagogin, Supervisorin, Qualitätsbeauftragte im Westfälischen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn, Agathastraße 1, 33098 Paderborn

Grundsätzlich sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu eingeladen, miteinander über diejenigen Themen ins Gespräch zu kommen, die für sie wichtig sind

immer wieder ausfüllen sollen, ermüdet die Motivation dazu, was zu einem geringeren Rücklauf führt.

Durch diese Aspekte wird die Aussagekraft und Bewertung des weichen Kriteriums „Zufriedenheit“ und damit der Nutzen von schriftlichen Befragungen mit diesem Fokus relativiert. Wenn man aber grundsätzlich daran festhält, dass ein Qualitätsmanagementsystem die Nutzerbeteiligung als unverzichtbaren Bestandteil anerkennt, gilt es nach geeigneteren und ergänzenden Methoden zu suchen.

Fokusgespräche

In zwei Kliniken des Psychiatrieverbundes des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (2) werden – mit ein paar Unterschieden in der methodischen Detailgestaltung – seit einigen Jahren Fokusgespräche als qualitatives Instrument der Nutzerbeteiligung erprobt.

Auf allen Stationen einer Klinik werden regelmäßig (d.h. ein- bis zweimal jährlich) mit den dann dort in stationärer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten Fokusgruppengespräche geführt. Zwei „externe“, nicht aus der Abteilung kommende Moderatoren, die für diese Aufgabe qualifiziert worden sind, fragen die Teilnehmerinnen danach, wie sie die Qualität ihrer Behandlung erleben, was für ihren Heilungsprozess aus ihrer Sicht förderlich und was hinderlich ist. Sie fragen auch danach, welche Verbesserungsideen und -vorschläge sie haben. Dem Gespräch liegt ein Leitfaden zugrunde, der nach allen relevanten Aspekten der Behandlung fragt: von der Aufnahme über die Einbindung in die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Entlassung, über die Erfahrungen mit den verschiedenen Berufsgruppen und therapeutischen Angeboten bis hin zur Speisenversorgung und räumlichen Ausstattung. Er fragt auch nach der Aufklärung über Patientenrechte, der Wahrung der Privatsphäre und den Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen. Er will aber eher als Checkliste und Protokollvorlage verstanden werden und den Gesprächsverlauf nur bei Bedarf strukturieren helfen.

Grundsätzlich sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu eingeladen, miteinander über diejenigen Themen ins Gespräch zu kommen, die für sie wichtig sind. Die persönliche Anonymität der Patientinnen und Patienten wird über das Verfahren sichergestellt. Darüber hinaus fördern die im Umgang mit psychisch gestörten Menschen erfahrenen Moderatoren einen offenen Gesprächsverlauf, achten darauf, dass alle zu Wort kommen und überprüfen durch Nachfragen einzelner Positionen, ob es sich jeweils um Einzel- oder Mehrheitsmeinungen handelt. Sie erstellen darüber ein Protokoll und stehen den Stationsmitarbeitern zeitnah für Rückfragen im Rahmen einer Teambesprechung zur Verfügung. Die Teams besprechen dann die Inhalte des Protokolls mit ihren jeweiligen Abteilungsleitungen, priorisieren und beschließen die sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen und planen deren praktische Umsetzung. Die Patientinnen und Patienten erhalten darüber zeitnah Rückmeldungen in Form eines stationsöffentlichen Aushangs.

Diese qualitative Methode ist dabei, sich zu bewähren. Von Seiten der Patientinnen und Patienten wurde von Anfang an das institutionelle Interesse an ihrer Meinung begrüßt, was sich in deren zuverlässiger und reger Teilnahme zeigt. Eine anfängliche Skepsis auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezog sich auf Befürchtungen, dass solche Fokusgespräche vor allem der Kontrolle der Mitarbeiterinnen dienen würden und dass diese dann mit Sanktionen rechnen müssten. Inzwischen hat sich diese Skepsis weitgehend gelegt und die Fokusgespräche werden zunehmend akzeptiert.

Von Seiten der Patientinnen und Patienten wurde von Anfang an das institutionelle Interesse an ihrer Meinung begrüßt, was sich in deren zuverlässiger und reger Teilnahme zeigt. Eine anfängliche Skepsis auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bezog sich auf Befürchtungen, dass solche Fokusgespräche vor allem der Kontrolle der Mitarbeiterinnen dienen würden

Unterschiedliche Faktoren haben dazu beigetragen:

- In der Regel nutzen die Patientinnen und Patienten die Fokusgespräche auch für positive Rückmeldungen an die Behandelnden.
- Kritik wird in der Regel in einer verdaulichen Form geäußert und protokolliert.
- Die Moderatoren leisten beim Protokollieren und Erläutern des Protokolls im Team „Übersetzungsarbeit“, indem sie sich allparteilich positionieren, geäußerter Kritik zu ihrer Berechtigung verhelfen, ohne dass die Kritisierten Schaden nehmen. Handlungsleitend dabei ist die Überzeugung, dass es wichtiger ist, zu verstehen, wie etwas Kritikwürdiges geschehen konnte und nicht wer es war.
- Die Moderatoren achten gleichzeitig darauf, dass Kritik nicht mit dem Hinweis „störungsbedingt“ abgewehrt wird.
- Mitarbeiter erfahren in den Auswertungsgesprächen mit den Abteilungsleitungen, dass die Kontrollbefürchtungsphantasien nicht zur Realität werden.

Insgesamt sind die Fokusgespräche auf mehrfache Weise produktiv:

- Die Klinik und die Stationen erhalten Rückmeldungen über ihre Stärken. Sie erfahren, welche Aspekte ihrer Arbeit aus Patientensicht heilend wirksam werden. Hier wird z.B. immer wieder benannt, dass das informelle Miteinander und die Selbsthilfe der Patienten untereinander hilfreich sind, ein Aspekt den die psychiatrisch Tätigen immer wieder leicht aus den Augen verlieren.
- Die Klinik erhält bisweilen sehr konkrete Hinweise im Blick auf praktische Verbesserungen – wie z.B. Telefonzelle am falschen Ort auf der Station; fehlende Vorhänge und Nachttischlampen; Mängel in der Speisenversorgung – die ohne großen Aufwand behoben werden können.
- Lücken und Schwächen des Kommunikations- und Informationsflusses und angemessene Verbesserungsvorschläge werden benannt und können behoben werden.
- Viele Verbesserungsvorschläge sind stationsbezogen und stehen zeitnah zur Verfügung. Andere Kritik weist auf allgemeine und übergreifende Probleme hin und wird in Fokusgesprächen unterschiedlicher Stationen geäußert.
- Aufgrund von knappen Ressourcen nicht erfüllbare Wünsche und nicht behebbare Schwachstellen kehren in den Fokusgesprä-

chen immer wieder, unabhängig davon, dass andere Personen daran teilnehmen. Behobene Schwachstellen hingegen werden nicht wieder benannt. Hier findet sozusagen eine interne Qualitätskontrolle statt.

■ Die Fokusgespräche tragen dazu bei, die Patientinnen und Patienten als Gegenüber und in anderen Rollen wahrnehmen zu lernen, hier als Nutzer und Kunden, die hilfreiche Ideen zur Verbesserung der Arbeit beizusteuern haben. Dadurch unterstützen sie eine Entwicklung hin zur Verbesserung der Kommunikationskultur.

Kritisch anzuerkennen ist, dass die qualitative Methode „Fokusgespräche“ keine repräsentativen Ergebnisse hervorbringt und insofern quantitative Befragungen nicht ersetzt. Anzuerkennen ist ferner, dass die Ergebnisse auch personengebunden und zum Teil zeitpunktabhängig sind. Die jeweils anwesenden Patienten und die aktuelle Situation auf einer Station prägen ein Fokusgespräch und rücken bestimmte Themen in den Fokus. Dies ist bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse mit zu berücksichtigen und zu reflektieren. Bisweilen ist auch die Anonymität insofern brüchig als die Stationsmitarbeiter trotz einer nicht begrenzten Gruppengröße erschließen können, wer was gesagt haben mag. Diese Einschränkungen schwächen diese Methode im Blick auf die „wissenschaftliche“ Messlatte, unbestreitbar hingegen ist ihr praktischer Nutzen für die Arbeit, wie bereits die bisher damit gesammelten Erfahrungen zeigen.

Auch hier ist es die Frage, welche Zielsetzung mit dem Einsatz eines bestimmten Instruments verfolgt wird. Solange es keine optimalen, die Anforderungen der verschiedenen Perspektiven erfüllenden Methoden gibt, ist es unumgänglich, durch den Einsatz unterschiedlicher Instrumente und der Verknüpfung der dadurch erzielten Ergebnisse eine möglichst vollständige und umfassende Rückmeldung zu erzielen. Für die hier bearbeitete Thematik kann dies zum Beispiel bedeuten, dass man die durch die schriftliche Befragung erhaltenen Hinweise in den Fokusgesprächen überprüft, so als ob man ein Skelett mit Muskeln, Sehnen und Fleisch zu einem Körper vervollständigt.

Beschwerdemanagement

Unter dem Begriff des externen und internen Beschwerdemanagements will ich nun auf verschiedene Aspekte hinweisen, die mir im Blick auf Nutzerbeteiligung wichtig erscheinen.

1. Der Krankenhausträger betreibt eine zentrale Beschwerdestelle für die Kundinnen und Kunden seiner Einrichtungen und Hilfsangebote. Patientinnen und Patienten können sich an die Mitarbeiterinnen der Beschwerdestelle wenden, jeder Beschwerde wird im Einzelnen nachgegangen, bei Bedarf wird eine Klärung vor Ort herbeigeführt. Die Inanspruchnahme und die Arbeit dieser Beschwerdestelle wird dokumentiert und erlaubt einen Vergleich im Verlauf der Jahre sowie zwischen den verschiedenen Kliniken des Trägers.

Auch hier steckt der Teufel im Detail: So wird in dieser Dokumentation unter anderem festgehalten, ob eine Beschwerde berechtigt oder nicht berechtigt war. Wie aus der Statistik hervorgeht, werden die meisten Beschwerden als „nicht berechtigt“ eingestuft. Dies wirft Fragen auf: Wer bewertet die eingegangenen Beschwerden? Wann ist eine Beschwerde berechtigt bzw. nicht berechtigt? Welche Kriterien liegen der Bewertung zu Grunde? Wann und durch wen wird eine Beschwerde zurückgewiesen? Und noch grundsätzlicher: Ist es ein Qualitätsmerkmal, wenn möglichst wenig Beschwerden oder jedenfalls möglichst wenig berechtigte Beschwerden vorliegen? Oder kann nicht auch eine hohe Anzahl von Beschwerden ein Zeugnis darüber ablegen, dass in einer Klinik eine besonders gute Aufklärung über die Beschwerdemöglichkeiten stattfindet und dass mit den Patientinnen und Patienten im Sinne der Förderung ihrer Mündigkeit etwa besonders emanzipatorisch gearbeitet wird? Werden die Patientinnen und Patienten ermutigt, sich zu beschweren oder davon abgehalten? Wie wirken sich bestimmte klinikinterne Beschwerdemanagement- Instrumente auf die Inanspruchnahme der externen Beschwerdemöglichkeit aus?

Im Blick auf die Einführung von externen und internen Beschwerdemanagement- Instrumenten ist es deshalb notwendig, sowohl übergreifend als auch vor Ort Ziele zu vereinbaren, um an diesen Zielen die Ergebnisse messen und bewerten zu können. Dabei kann es ebenso das Ziel sein, möglichst viele Beschwerden zu erreichen wie möglichst wenige Beschwerden zu erhalten. Solange dies nicht geschehen ist, eignet sich die Anzahl von Beschwerden nicht als Qualitätsmerkmal. Eine Klinik kann sich zum Beispiel aber auch das Ziel setzen, eingegangene Beschwerden möglichst zeitnah und sorgfältig zu bearbeiten, dabei unterschiedliche Gütekriterien (wie etwa: „alle Beteiligten werden unvoreingenommen gehört“) zu berücksichtigen und dabei die Kompetenzen dialogischer Konfliktklärung zu nutzen. Erst wenn die jeweiligen Ziele bestimmt sind, können Kriterien festgelegt werden, an Hand derer die Beschwerdearbeit überprüft und bewertet werden kann.

2. Die hier am Beispiel einer externen Beschwerdestelle aufgeworfene Debatte gilt meines Erachtens gleichermaßen auch für alle internen Instrumente des Beschwerdemanagements. So haben einige Kliniken an zentral zugänglichen Orten oder aber auch auf den Stationen Beschwerdebriefkästen aufgehängt und die Patientinnen und Patienten in offen ausgehängten Begleitschreiben dazu eingeladen, diese für ihre Rückmeldungen anonym oder auch mit Namensnennung zu nutzen. Diese Möglichkeiten werden meines Wissens nur zögerlich genutzt, so dass sich kaum Routinen in der Bearbeitung solcher Beschwerden entwickeln. Auch wenn – wie in anderen Kliniken praktiziert – versucht wird, durch interne Ansprechpartnerinnen für Beschwerden und geebnete Wege für die Beschwerdeführung der Schwellenangst zu begegnen, so scheint „der Stein der Weisen“ für die psychiatrischen Kliniken noch

Kritisch anzuerkennen ist, dass die qualitative Methode „Fokusgespräche“ keine repräsentativen Ergebnisse hervorbringt und insofern quantitative Befragungen nicht ersetzt

Die jeweils anwesenden Patienten und die aktuelle Situation auf einer Station prägen ein Fokusgespräch und rücken bestimmte Themen in den Fokus. Dies ist bei der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse mit zu berücksichtigen und zu reflektieren

Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements zu etablieren ist meines Erachtens das anspruchsvollste, schwierigste und wichtigste Kernstück eines Qualitätsmanagementsystems

nicht gefunden zu sein. Es sind noch keine Instrumente so erprobt und etabliert, sodass eine vergleichende kritische Reflektion Verallgemeinerungen zulassen würde. Vielmehr scheinen auch hier psychiatriespezifische Aspekte auf besondere Weise wirksam zu werden.

Um nur drei solche Aspekte exemplarisch zu benennen:

- Patientinnen und Patienten, die sich auf Grund ihrer akuten psychiatrischen Störung in stationäre Behandlung begeben, sind von ihrer eigenen Verfassung oft so umfassend in Anspruch genommen, dass sie nur eine begrenzte Aufmerksamkeit, Kraft und Energie für die aktive Auseinandersetzung mit ihrer Behandlungsumgebung übrig haben.
- Geäußerte Beschwerden werden als krankheits- und störungsbedingt im Kontext der Behandlung bearbeitet. Hier ist es von der Professionalität und Haltung der jeweils Behandelnden abhängig, ob auch danach gefragt wird, welchen „wahren Kern“ die Beschwerde eines Patienten hat, auch wenn die „Verpackung des Kerns“ zunächst vor allem irritierend ist und abgewehrt werden will.
- Schließlich hat die Psychiatrie einen doppelten Auftrag, den der Hilfe für die Betroffenen zum einen und den des Schutzes der Gesellschaft vor den Betroffenen zum anderen. In diesem Kontext scheint die Etablierung eines Beschwerdemanagements schwieriger und mehrdimensionaler zu sein als in manch anderen Zusammenhängen.

Instrumente des Beschwerdemanagements sind in ihrer Wirksamkeit darauf angewiesen, dass sie eingebettet sind in die Entwicklung einer Klinikkultur, die sich auf den unterschiedlichen Ebenen um die Förderung einer offenen Kommunikation und eines demokratischen Umgangs miteinander bemüht. Solange zum Beispiel von psychiatrisch Tätigen auf Beschwerden von Patientinnen und Patienten restriktiv oder abwehrend reagiert wird, weil das Vertrauen in einen konstruktiven Umgang mit Beschwerden noch nicht groß genug ist, sollte man Patientinnen und Patienten nicht dazu ermutigen, ihre Anliegen zu formulieren. Man würde die Beteiligten sozusagen „ins offene Messer rennen lassen“, es würden keine positive Erfahrungen gemacht, das Instrument wäre geschwächt.

Zusammenfassung: Nutzerbeteiligung und Organisationskultur

Nutzerbeteiligung im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements zu etablieren ist meines Erachtens das anspruchsvollste, schwierigste und wichtigste Kernstück eines Qualitätsmanagementsystems, das sich der kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit der Organisation verpflichtet hat. Bei der Einführung von Instrumenten der Nutzerbeteiligung ist darauf zu achten, dass der organisationskulturelle Rahmen bereits so weit entwickelt ist, dass die Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer „auf einen fruchtbaren Boden fallen“. Die zuverlässige und dauerhafte Etablierung jeweils passender Instrumente braucht - besonders in einer Klinik der Akutversorgung, in der Patientinnen und Patienten in der Regel nur kurz behandelt werden und die psychiatrisch Tätigen den damit einhergehenden Anforderungen mit einer hoch flexiblen Reaktionsbereitschaft begegnen – sozusagen als Gegenenergie viel Geduld, Langmut und Pflege einerseits und Wahrung von Kontinuität andererseits. Denn es braucht nicht viel Unachtsamkeit, um – angesichts des immer akuten Tagesgeschäftes – die Be-

Bei der Einführung von Instrumenten der Nutzerbeteiligung ist darauf zu achten, dass der organisationskulturelle Rahmen bereits so weit entwickelt ist, dass die Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer „auf einen fruchtbaren Boden fallen

Abstract

Im Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einer psychiatrischen Klinik Nutzerbeteiligung entwickelt und sichergestellt werden kann. Hintergrund dafür sind mehrjährige Erfahrungen der Autorin als Qualitätsbeauftragte und die Reflektion dieser Erfahrungen im fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus der Region. Kritisch reflektiert wierden exemplarisch der Einsatz von verschiedenen bereits angewandten quantitativen und qualitativen Instrumenten zur Nutzerbeteiligung: schriftliche Befragungen zur Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, Fokusgruppengespräche und Aktivitäten im Rahmen des Beschwerdemanagements. Es zeigt sich, dass es neben quantitativen Instrumenten auch qualitative Verfahren braucht, um Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer psychiatrischen Akutversorgung als Nutzerinnen zu erreichen. Es zeigt sich weiter, dass es einer besonderen Sorgfalt in der Anwendung der Verfahren und der Auswertung und der Interpretation der Ergebnisse bedarf, die der spezifischen Situation von akut psychisch erkrankten Personen in stationärer Behandlung gerecht zu werden versucht. Die Vorgehensweisen stecken noch in den „Kinderschuhen“: die jeweiligen Instrumente müssen im Blick auf ihren spezifischen Einsatz weiterentwickelt werden, deren Anwendung, Auswertung, Umsetzung und Überprüfung muss noch systematisiert werden. Eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes lohnt auch wegen der „unbeabsichtigten Nebenwirkungen“: Patientinnen und Patienten fühlen sich ernst genommen und vollständiger wahrgenommen, wenn sie in der anderen Rolle als Kundinnen und Kunden danach gefragt werden, wie sie die Qualität ihrer Behandlung erleben und welche Verbesserungsvorschläge ihnen einfallen, vor allem auch dann, wenn für sie erfahrbar wird, dass ihren Rückmeldungen im Rahmen von Verbesserungsprojekten praktische Konsequenzen folgen. Es fördert eine Kultur des Dialogs zwischen den psychiatrisch Tätigen und den Betroffenen und wirkt damit den auch mit der Einführung von Qualitätsmanagement einhergehenden Befürchtungen entgegen, es handele sich um bloße Verwaltung von Patientinnen und Patienten.

schäftigung mit der Auswertung der schriftlichen Befragung zur Patientenzufriedenheit etwa immer wieder zu verschieben, bis sie nicht mehr aktuell und relevant ist. Wenn mit den Ergebnissen „nichts angefangen“ wird, sinken die Motivation, die Rücklaufquote und damit die Relevanz der Befragung.

Es ist auch nachvollziehbar, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Stationsteams zunächst abwehrend und skeptisch positionieren, wenn es darum geht, sich mit der protokollierten Kritik von Patientinnen und Patienten auseinanderzusetzen, wie sie die Fokusgespräche hervorbringen. Es braucht die Erfahrung des respektvollen Umgangs mit der Kritik und den Kritisierten in der Organisation, damit man sich diesen Rückmeldungen gegenüber öffnet und sie nutzt. Auch ein internes Beschwerdemanagement etabliert sich nur zögerlich; auf dem Weg dieser Etablierung ist es wichtig, dass jeder Beschwerde mit aller Sorgfalt nachgegangen und dass dies unter Wahrung des persönlichen Schutzes in angemessener Weise öffentlich und transparent gemacht wird. Nur „langer Atem“ führt zu einer erfolgreichen Etablierung.

Grundsätzlich kann Nutzerbeteiligung nicht als ein isolierter Baustein von Qualitätsmanagement betrachtet und etwa im Rahmen eines Projektes etabliert werden. Nutzerbeteiligung sollte nur dauerhaft angewandt und dafür zuverlässig in die Linienstrukturen integriert werden. Es braucht eine stimmige Einbettung in die Gesamtentwicklung einer Institution, bei der die Leitungsverantwortlichen sowohl auf der Ebene der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements als einem Teil davon als auch auf der Ebene der Personalentwicklung ein Konzept verfolgen, bei dem es ein aufrichtiges Interesse an den positiven und kritischen Rückmeldungen der Nutzerinnen und Nutzer einerseits und an der Förderung einer offenen und dialogischen Kommunikationskultur sowohl zwischen den unterschiedlichen Hierarchieebenen als auch zwischen Behandlern und Behandelten gibt. Ist die Einführung von für die jeweilige Institution stimmig modifizierten Instrumenten der Nutzerbeteiligung angemessen in eine Gesamtentwicklung eingebunden, ist der Zeitpunkt der Einführung passend gewählt und sind die nötigen Ressourcen verfügbar, dann profitieren alle Seiten und Beteiligten von den Ergebnissen. Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen Klinik blicken mit der nur ihnen zugänglichen Sicht auf das Behandlungsgeschehen mit ihnen selbst und um sie herum. Systematisch nach deren Rückmeldungen, deren Problemanzeigen und Verbesserungsideen zu fragen bedeutet, ein einmaliges Potential für die Weiterentwicklung der Organisation zu nutzen.

L
iteratur

(1) Rentrop M., Böhm A., Kissling W.: Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 1999; 67: 456-465

(2) D. Richter, B. Fleer: Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung; in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2004;9: 236-240

(3) Gruyters T., Priebe S.: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung; in: Psychiatrische Praxis 1994; 21:88-95

(4) Möller-Leimkühler AM, Dunkel R.: Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt: Ergebnisse einer Stichtagserhebung; in: Nervenarzt 2003; 74:40-47

Auch ein internes Beschwerdemanagement etabliert sich nur zögerlich; auf dem Weg dieser Etablierung ist es wichtig, dass jeder Beschwerde mit aller Sorgfalt nachgegangen und dass dies unter Wahrung des persönlichen Schutzes in angemessener Weise öffentlich und transparent gemacht wird

Nutzerbeteiligung von Anfang an

Solinger Erfahrungen aus 25 Jahren

Von Nils Greve

Der Psychosoziale Trägerverein (PTV) Solingen ist – wie viele ähnliche gemeindepsychiatrische Träger – ein Kind der sozialpsychiatrischen Reformbewegung. Er ist aber auch ein Kind bürgerschaftlichen Engagements in Solingen. Seiner Gründung Ende 1978 ging eine jahrelange ehrenamtliche Hilfe für psychisch Kranke voraus, von Laien getragen, die sich im Bereich der Solinger Diakonie unter dem Namen „Initiativkreis Psychisch Erkrankte“ (IPE) zusammengefunden hatten, um etwas für psychisch kranke Mitbürger zu tun. Einige von ihnen waren im engsten Familienkreis von der Problematik (mit-) betroffen.

Der neue Verein sollte nun eine neue Qualität der Hilfen ermöglichen, mit der Perspektive professioneller Angebote. Warum nicht in Solingen ambulante Betreuung, ein Wohnheim, geeignete Arbeitsplätze, einen Krisendienst aufbauen? Alles das und mehr hatte die kurz zuvor erschienene Psychiatrie-Enquête des Bundestages gefordert und überall in Deutschland entstanden Initiativen zum Aufbau solcher gemeindepsychiatrischer (damals hieß es noch „gemeindenaher“) Hilfen.

Wie alles anfing – die Aufbruchstimmung der Gründerzeit

Die Geschichte des Aufbaus der zahlreichen Bausteine, aus denen sich der Solinger Verein heute zusammensetzt, soll hier nicht nacherzählt werden. Er ist – ähnlich wie viele andere gemeindepsychiatrische Vereine – im Laufe der Jahre zu einem Anbieter der ganzen Bandbreite gemeindepsychiatrischer Hilfen für Solingen gewachsen und beschäftigt über 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das beträchtliche ehrenamtliche Engagement in und um den PTV hat diese Geschichte seit den Anfängen begleitet. Es wurde mal mehr, mal weniger gepflegt, aber einige ehrenamtliche Helferinnen haben mit unglaublicher Beharrlichkeit bis heute durchgehalten und erleben in der letzten Zeit sogar eine Renaissance ehrenamtlicher Hilfe, die hoffentlich ähnlich langlebig sein wird.

Das starke ehrenamtliche Engagement ließ es von Anfang an selbstverständlich erscheinen, die ehrenamtlichen Helferinnen und die Nutzer – Klienten und Angehörige – an den Weichenstellun-

Nils Greve, Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins Solingen e. V., Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen, Telefon 02121-24821-12, E-Mail nilsgreve@ptv-solingen.de

Wie auch immer, das größer werdende „Boot" PTV ging zwar in eine Flotte vieler kleinerer Boote über, aber diese fahren bis heute überwiegend im Flottenverband

gen der Entwicklung zu beteiligen. Insofern verdankt der Trägerverein seine lebendige „Nutzerbeteiligung" unmittelbar der Entstehungsgeschichte aus einer ehrenamtlichen Initiative heraus. Mit Geburtshilfe durch den PTV sind vor Jahren Selbsthilfevereine entstanden. Sie stehen einerseits in engem Kontakt mit dem PTV, ihre Mitglieder beteiligen sich im „Bürgerbeirat", in Personalausschüssen und als „Ombudsleute" unmittelbar an seiner Arbeit. Andererseits führen sie erfreulicherweise ein sehr eigenständiges Leben, sind sozusagen ihrerseits „erwachsen geworden."

Sitzen die Nutzer im Beiboot?

In den ersten turbulenten Gründerjahren saßen Klienten, Angehörige, professionelle und ehrenamtliche Helfer noch alle im selben Boot. Man traf sich nicht nur „offiziell" in den Einrichtungen des Vereins, sondern auch in der Szenekneipe, man duzte sich und renovierte sich gegenseitig die Wohnungen. Idealisierend könnte man sagen, dass hier ein nicht nur „gemeindenahes", sondern wirklich „gemeindeintegriertes" Leben stattfand, wenn auch in der Subkultur der entstehenden sozialpsychiatrischen Szene – aber spielt sich das „normale" Bürgerleben nicht ebenfalls in vielen kleinen oder größeren Subkulturen ab? Kritisch wäre allerdings anzumerken, dass die besondere Qualität helfender Beziehungen mit ihrer Asymmetrie zwischen Helfern und Klienten unscharf bis zur Unkenntlichkeit hinter allgemeinen Vorstellungen von „miteinander leben" verschwand. Auch grenzverletzende Beziehungen kamen vereinzelt vor.

In den ersten turbulenten Gründerjahren saßen Klienten, Angehörige, professionelle und ehrenamtliche Helfer noch alle im selben Boot. Man traf sich nicht nur „offiziell" in den Einrichtungen des Vereins, sondern auch in der Szenekneipe

Widerstrebend, aber unvermeidlich löste sich diese Idylle im Laufe der Jahre auf zugunsten einer gegliederten Struktur aus Leitung, Mitarbeiterteams, Betriebsrat und „Nutzergremien", die gleich näher beschrieben werden. Die fünf Vereinsbereiche – Ambulante Dienste, Arbeit und Rehabilitation, Wohnbereich, Klinischer Bereich und Verwaltung – wurden autonomer, administrative und ökonomische Aspekte gewannen an Gewicht. Immerhin steuerten die Verantwortlichen gegen, so gut es ging, um die enge Vernetzung der Teams und die Nutzerbeteiligung lebendig zu erhalten, und sie fanden glücklicherweise bei den ehrenamtlich Tätigen ebenso wie bei hauptamtlichen Mitarbeitern ein ausreichendes Echo. (Andererseits fanden die engagierten Nutzer und interessierten Mitarbeiter bei den Leitungen ein ausreichendes Echo.)

Wie auch immer, das größer werdende „Boot" PTV ging zwar in eine Flotte vieler kleinerer Boote über, aber diese fahren bis heute überwiegend im Flottenverband. Das zeigt sich zur Zeit anlässlich der gemeinsamen Erarbeitung eines Leitbildes, an der sich die „Nutzer" ebenso wie die professionellen Mitarbeiter und Leitungskräfte aktiv beteiligen. Das Maß an Übereinstimmung bezüglich der Aussagen im Leitbild ist bemerkenswert hoch.

Unverkennbar ist das Gewicht der „Hauptamtler" im Vergleich mit den Nutzervertretern und ehrenamtlichen Helfern über die Jahre hinweg gestiegen. Während früher ein aus Hauptamtlern und Nutzervertretern paritätisch besetzter „Delegiertenrat" (Eine Vertreterin der Angehörigen in diesem Gremium pflegte spitz zu bemerken, eigentlich seien die Hauptamtlichen die „Nutzer" des Vereins, sie verdienten damit schließlich ihr Geld) die wesentlichen fachlichen und personellen Entscheidungen traf, führte eine Satzungsreform im Jahr 1996 zu der heutigen Struktur, in der die Leitung ausschließlich hauptamtlich besetzt ist (allerdings von einem ehrenamtlich tätigen „Aufsichtsrat" überwacht wird). Die Nutzer und die ehrenamtlichen Helfer engagieren sich in beratenden Gremien und im Beschwerdemanagement, sozusagen in Beibooten des Tankschiffs PTV. Wie bereits erwähnt, hat die Nutzerbeteiligung vielfältige Formen durchlaufen. Ihre derzeitige Form soll nachfolgend dargestellt werden.

Nutzerbeteiligung beim PTV heute : Bürgerbeirat und Personalausschuss

Vertreter der Nutzer und der ehrenamtlichen Helfer, die schon im Delegiertenrat – etwas willkürlich – zusammen auf der „Nutzerseite" saßen, bilden jetzt den Bürgerbeirat, ergänzt durch die Psychiatriekoordinatorin der Stadt Solingen. Dieser Beirat ist einerseits als Lobby der Nutzergruppen, andererseits als Organ der Qualitätskontrolle konzipiert. Er gibt den hauptamtlich Tätigen durch seine Beratungen laufende Rückmeldung zur Qualität der Arbeit der Bereiche und des Gesamtvereins aus der Sicht der Nutzergruppen. Zwar hat er keine Weisungsbefugnis, aber die Satzung legt immerhin fest, dass der Vorstand Empfehlungen des Bürgerbeirats „berücksichtigen" muss und dass dem Bürgerbeirat ein Beschwerderecht beim Aufsichtsrat zusteht, falls der Vorstand ihn übergeht. Der Bürgerbeirat tagt alle sechs bis acht Wochen und bespricht selbst gewählte Themen, die die Arbeit des Vereins betreffen. Der Vorsitzende des Vereins nimmt regelmäßig teil, weitere Vorstandsmitglieder und Mitarbeiter werden von Fall zu Fall dazu geladen. An den Sitzungen nehmen auch die Ombudsleute (siehe unten) teil. Das Spektrum der Themen ist vielfältig, es reicht von „Angebote des PTV für Migranten" über „Berücksichtigt der PTV tatsächlich die Bedürfnisse der Angehörigen?" bis „Vermehrte Klienten mit Persönlichkeitsstörungen und Doppeldiagnosen – Veränderungen im Angebot des PTV?"

Seit den Anfängen haben beim PTV Nutzervertreter an Einstellungsverfahren mitgewirkt. Die Personalausschüsse, vor denen sich alle Bewerber vorstellen müssen, bestehen in ihrer heutigen Form aus zwei Leitungsvertretern, je einem Vertreter des Betriebsrates und des betroffenen Mitarbeiterteams und zwei Nutzervertretern, in der Regel einem Psychiatrieerfahrenen und einem Angehörigen. Die Empfehlungen aller Ausschussmitglieder werden bei der Einstellungsentscheidung des Vorstands berücksichtigt, wobei den Nutzervertretern faktisch ein Vetorecht eingeräumt ist: Soweit ich mich erinnere, ist niemals jemand gegen das ausdrückliche Votum der Nutzervertreter eingestellt worden. Das gilt auch für alle Leitungskräfte.

Ombudsleute: interne Beschwerdestelle

Beim PTV gibt es seit zwanzig Jahren eine Beschwerdestelle, die nach dem schwedischen Vorbild des „Ombudsman“ konzipiert wurde: Wann immer es zu Fehlern in der hauptamtlichen Arbeit oder zu Benachteiligungen von Klienten kommt, soll es diesen so leicht wie möglich gemacht werden, sich bei der Vereinsleitung darüber zu beschweren und auf Abhilfe zu drängen. In den ersten Jahren gab es einen Ombudsmann, später eine Ombudsfrau, seit über zehn Jahren ein vierköpfiges Ombudsteam aus Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen. Sie werden vom Bürgerbeirat vorgeschlagen und vom Aufsichtsrat für eine Amtszeit von zwei Jahren berufen.

Der Aufwand für eine möglichst niederschwellige Beschwerdemöglichkeit ist ausgesprochen hoch. Die Ombudsleute gehen in alle Einrichtungen des Vereins zu wöchentlichen Sprechstunden, die oft den Charakter informeller Treffs, zum Beispiel eines gemeinsamen Kaffeetrinkens haben. Dabei erfahren sie über offizielle Beschwerden hinaus von vielen kleinen und großen Mängeln, die sie der Bereichsleitung oder dem Vorsitzenden vortragen. Über die unmittelbare Bearbeitung hinaus führen Einzelbeschwerden häufig zu Diskussionen im Bürgerbeirat, so dass Strukturmängel und grundsätzlichere Fragen deutlich werden.

Wir verzeichnen im Mittel etwa 30 bis 50 Beschwerden pro Jahr. Dabei handelt es sich um eine bunte Mischung: bauliche Mängel, die Qualität des Essens, die Höhe des Verpflegungsgeldes bei Selbstverpflegung, aber auch Zwischenfälle mit Betreuern, Kritik an Betreuungskonzepten oder einzelnen Angeboten können vorkommen. Dementsprechend vielfältig sind die Ergebnisse. Manche Beschwerden werden als unberechtigt zurückgewiesen, aber die meisten führen zu Verbesserungen der Arbeitsqualität. In einigen Fällen führten Ombudsverfahren allerdings letztlich auch zur Entlassung von Mitarbeitern, meist nach Handgreiflichkeiten oder sexuellen Grenzverletzungen gegenüber Klienten.

Weitere Formen der Nutzerbeteiligung

Ein Heimbeirat nach dem Heimgesetz besteht seit Jahren, hat allerdings neben den geschilderten Gremien bisher kein großes Gewicht. Das hat wohl vor allem damit zu tun, dass die Heimbewohner davor zurückschrecken, sich außerhalb ihres Bereichs stärker zu artikulieren. Möglicherweise gewinnt er demnächst an Bedeutung, da nach der letzten Gesetzesnovelle jetzt auch Nicht-Bewohner in den Heimbeirat gewählt werden können.

Projektgruppen werden trialogisch zusammengesetzt, wann immer das möglich erscheint. Beispiele in den letzten Jahren waren die Steuerungsgruppe für den Leitbildprozess, die Planungsgruppe für vereinsinterne Fortbildungen oder eine trialogische Gruppe, die ein Konzept zur gemeindepsychiatrischen Arbeit mit Borderline-Klienten entwickelt hat. PTV-Mitarbeiter haben sich auch an der Planung und Durchführung einer „Zukunftswerkstatt“ zur weiteren Entwicklung der Psychiatrie in Solingen beteiligt, die die beiden Selbsthilfevereine der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen durchgeführt haben.

Das Psychoseseminar, das der PTV in vier aufeinander folgenden Jahren gemeinsam mit der Volkshochschule durchgeführt hat, wurde ebenfalls von einer trialogischen Vorbereitungsgruppe getragen.

Parallel zur Beteiligung von Klienten und Angehörigen am Vereinsgeschehen im PTV haben wir die lange bestehende Angehörigengruppe sowie Treffen von Klienten dazu ermuntert und dabei unterstützt, eigene Vereine zu gründen. Beide, der „Verein der Angehörigen psychisch Kranker und ihrer Freunde in Solingen e. V.“ und „Phönix – Verein zur Wahrung der Bürgerrechte psychisch kranker Menschen in Solingen e. V.“, haben bereits ihr zehnjähriges Bestehen gefeiert.

Beide Vereine haben stabile, aktive Stämme von Mitgliedern, die sich regelmäßig treffen und den Gedanken gegenseitiger Selbsthilfe weitaus wichtiger nehmen als ihre Beteiligungen im PTV. Sie engagieren sich sowohl vor Ort als auch in ihren Landesverbänden.

Ehrenamtliche Helfer: Kontinuität von Anfang bis heute

Zwei unermüdliche ehrenamtliche Helferinnen begleiten den Verein seit 1977, sie waren bereits an seiner Gründung beteiligt. Das Spektrum ihrer Tätigkeiten hat sich im Laufe der Jahre von Kontakten mit einzelnen Klienten auf organisierte Freizeitaktivitäten wie Kegelnachmittage, Ausflüge und Adventsfeiern verlagert, die feste Bestandteile des Angebots für Klienten bilden, die den Verein über längere Zeiten kennen und nutzen.

In der letzten Zeit hat sich die Gruppe der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer beträchtlich vergrößert, es sind mittlerweile sieben Personen. Sie haben die Durchführung unseres jährlichen Sommerfestes übernommen, machen den Verein auf Veranstaltungen bekannt und laden jetzt neben organisierten Aktivitäten auch wieder einzelne Klienten (vor allem aus dem Heimbereich) zu nachmittäglichem Kaffee und Kuchen, Grillabenden, Stadtbummel und anderen Unternehmungen ein.

Wir achten darauf, dass sich alle genannten ehrenamtlich getragenen Angebote von den Aktivitäten unterscheiden, die die hauptamtlichen Mitarbeiter im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit anbieten. Ehrenamtliche Helfer sollen möglichst nicht zu Lückenbüßern werden, wenn für professionelle Angebote das Geld knapp wird. Vielmehr soll der nachbarschaftliche Charakter der persönlichen Begegnungen von Klienten und Ehrenamtlern erhalten bleiben, um auch Klienten, deren soziale Kontakte ansonsten allzu sehr auf die „Nische“ von Mitklienten und professionellen Helfern reduziert bliebe, neue Anknüpfungspunkte zu ermöglichen.

In der letzten Zeit hat sich die Gruppe der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer beträchtlich vergrößert

Wir achten darauf, dass sich alle genannten ehrenamtlich getragenen Angebote von den Aktivitäten unterscheiden, die die hauptamtlichen Mitarbeiter im Rahmen ihrer therapeutischen Arbeit anbieten

Inwieweit dieser Unterschied lebendig spürbar bleibt, wird sich erst noch zeigen. Immerhin hat das seit langem bestehende, von zwei Personen getragene Angebot auch über die Dauer mehrerer Jahrzehnte immer ein Eigenleben geführt, so dass es zwischen ihnen und den Professionellen keineswegs zur Vereinnahmung, sondern eher zu Abgrenzung und sogar zu wiederholtem Fremdeln kam.

Nutzerbeteiligung und ehrenamtliche Hilfe – wem nützen sie?

Sowohl die Nutzerbeteiligung als auch die ehrenamtliche Hilfe waren zeitweise von Auszehrung und Absterben bedroht, sodass es auch Zeiten gab, in denen uns – den Profis – ihr Verschwinden wahrscheinlich nicht besonders berührt hätte. Die Geburtshilfe für die beiden Selbsthilfevereine und das letztlich erfolgreiche Werben um neue ehrenamtliche Helfer haben aber letztlich zum Gegenteil geführt, einer Wiederbelebung und Stärkung dieser Elemente. Ketzerisch könnte der Leser fragen: Und wozu das Ganze, wenn es nicht mal zu einer Entlastung der immer knapper finanzierten hauptamtlichen Hilfe führt? Werden Klienten denn durch Kegeln und privaten Kaffeeklatsch „gesünder“?

Dem Skeptiker möchte ich erwidern, dass ehrenamtliche Hilfe zumindest einen kleinen Schritt heraus aus der institutionellen „Surrogatwelt“ ermöglichen kann, in der viele Klienten der gemeindepsychiatrischen Szene leben – eben gerade weil Nicht-Professionelle bei ihren Aktivitäten nicht auf die Umsetzung irgendwelcher therapeutischer Programme achten müssen. Die Begegnungen haben durchaus Ähnlichkeit mit der Freizeitgestaltung vieler „normaler“ Bürger in Schützenvereinen oder beim Kaffeeklatsch.
Das Gleiche dürfte für die unterschiedlichen Formen der Nutzerbeteiligung im PTV gelten. Auch sie sind ein Stück „Normalität“, vergleichbar beispielsweise mit Elternbeiräten und Schülervertretungen an Schulen. Darüber hinaus sind sie nach meinem Eindruck eine Form von Empowerment: Ich habe vielen Menschen mit Freude dabei zugesehen, wie sie durch ihr Engagement beim PTV und den Selbsthilfevereinen ihre sozialen Kompetenzen erprobten und stärkten und klare eigene Meinungen zu den Fragen entwickelt haben, die uns gemeinsam beschäftigen. Darin gleicht ihre Entwicklung übrigens meinem eigenen Empowerment und dem meiner Kollegen, auch insofern handelt es sich um Normalität in der gemeinsamen Arbeit. Schließlich sehe ich einen großen Nutzen der Einbeziehung ehrenamtlicher Aktivitäten von Nutzern und anderen Bürgern darin, dass sie eine Außenperspektive in unsere Subkultur tragen und uns auf Fehlentwicklungen und blinde Flecken hinweisen. ●

Selbsthilfenetzwerk zur Begleitung in psychotischen Krisen

Entdeckung des Soteriaprinzips

Von Regina Bellion

Der Beitrag von Regina Bellion wurde bei der Tagung „Das Soteria Prinzip – Kontextualisierung der Schizophrenie“ an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Memoriam Loren Mosher vorgetragen. Regina Bellion beschreibt die Erfahrungen einer Gruppe von Freundinnen und Freunden, die begannen sich in psychischen Krisensituationen gegenseitig zu unterstützen und im Durchleben psychotischer Phasen zu begleiten. Ohne es zu wissen, nutzten und bestätigten sie wesentliche Prinzipien der medikamentenreduzierten Psychosebegleitung, die Loren Mosher und Luc Ciompi im Rahmen ihrer Soteria-Modelle in San Francisco und Bern entwickelt und erforscht hatten.

Unser Dabeisein bei Psychosen war nicht geplant. Wir haben nicht darüber nachgedacht. Es passierte einfach, weil wir nicht hinnehmen wollten, dass Freund oder Freundin schon wieder für Wochen in der Psychiatrie verschwinden. Später besorgte ich mir Bücher zum Thema Psychose. So erfuhr ich von Alternativen zur traditionellen Psychiatrie, auch von Soteria. Da wurde mir klar, dass es hier und da auf der Welt anerkannte Fachleute gibt, die mit ihren Patienten ähnlich umgehen wie wir ahnungslose Laien es im Notfall miteinander taten. Also kann die Art, wie wir uns gegenseitig geholfen haben, nicht verkehrt sein.

Heute müssen wir uns nicht mehr gegenseitig in Krisen beistehen. Jeder von uns sieben hat nämlich inzwischen gelernt, Vorsorge für sich selbst zu treffen und einigermaßen im Gleichgewicht zu bleiben. Seit neun Jahren hatten wir keine Klinikeinweisung mehr, keinen Selbstmordversuch, keine Psychopharmaka. Ist dieser Erfolg auf die freundschaftliche, Soteria-ähnliche Behandlung in Krisen zurückzuführen? Oder haben wir bisher einfach nur Glück gehabt?

Keine Selbsthilfegruppe im üblichen Sinn

Wir waren keine Selbsthilfegruppe im üblichen Sinn. Damals – 1985 bis 1994 – wohnten wir alle noch in Ostfriesland, die einen verstreut über die Dörfer, die anderen in Oldenburg, Jever, Wilhelmshaven. Wir kannten uns aus der Disco

oder durch Freunde. Nicht der Gedanke der Selbsthilfe war uns wichtig, sondern alles andere, was wir zusammen getan haben. Wir fühlten uns nicht einmal als Gruppe. Wir kochten und aßen zusammen. Wir lasen einander vor und schnitten uns gegenseitig die Haare. Wer über einen verspannten Rücken klagte, wurde selbstverständlich massiert. Wer die Schule schwänzte, kam in aller Frühe, legte sich zu mir ins Bett, und wir schliefen bis in den Vormittag. Wir erzählten einander von unseren Wünschen, unseren Träumen, unseren Ängsten. Wir wussten, wer von uns in kritischen Situationen einen schwarzen Panther sieht oder wer seinem Lehrer aus dem Weg geht, weil der einem über Blickkontakt Gedanken in den Kopf legt.

Im Lauf der Zeit stellten wir fest, dass wir alle sieben – wenigstens ansatzweise – Erfahrungen mit Halluzinationen, Depressionen oder Verfolgungsideen haben. Fünf von uns kannten ärztlich verordnete Psychopharmaka. Vier von uns kannten Psychiatrie- oder Zwangseinweisung. Dieses Thema war uns nicht weiter wichtig. Wichtig waren unser Alltag und die Zeit, die wir zusammen verbrachten. Und für mich war es wichtig, dass ich Freunde hatte – obwohl ich durch alle Raster gefallen und weit weg von der offiziellen Wirklichkeit war. Mit meiner Schizophrenie-Neigung war ich nämlich längst ein Rentenfall.

Natürlich gab es auch Freunde, die weder Symptome noch eine Diagnose hatten. Und die begriffen bald, dass es für jeden Menschen eine Zeit geben kann, in der er Symptome, zum Beispiel Halluzinationen entwickeln kann – und dass diese Halluzinationen weder zufällig noch sinnlos sind. Später zeigte sich, wie fruchtbar diese nebenbei geführten kurzen Gespräche waren. Als mir nämlich nicht mehr klar war, in welchem Jahrhundert ich mich befinde, als ich nicht wusste, ob außer mir noch andere Menschen auf der Erde leben, als ich keine Ahnung mehr hatte, ob Tag oder Nacht war, und ich Möbel und Zimmerwände nicht als solche erkennen konnte – da hatte ich verständige Freundinnen und Freunde um mich. Und auch die, die nie eine Psychose erlebt hatten, kamen mit mir klar.

Allmähliche Rückkehr in die Realität

Ständig hatte ich einen vertrauten Menschen neben mir, der meine Hand hielt oder forderte: bleib liegen, sei ruhig! Meist lag jemand neben mir und hielt mich auf der Matratze fest, damit ich nicht randalierte. Wir lagen unter dem Tisch, weil ich mich dort sicherer fühlte als anderswo. Natürlich erkannte ich meine Freunde nicht jederzeit, sondern wurde immer wieder handgreiflich, weil ich sie für feindliche Eindringlinge hielt. Es dauerte länger als eine Woche. Dann konnte ich Sofa, Ofen, Fenster wieder erkennen. Dann war ich in der Lage zu duschen. Inzwischen schlief ich schon mehrere Stunden am Stück. Ich kam langsam in die Realität zurück. Noch lange nicht in die allgemeine Realität, die draußen vor der Haustür war. Aber ich fühlte mich in meiner Wohnung wohl und wollte jetzt auch mal allein sein. Ängste und ein Grundgefühl von Unsicherheit waren noch in Reichweite, aber das kannte ich ja ohnehin. Diesmal hatte ich meine Fenster nicht zerschlagen, die Nachbarn hatten nichts mitgekriegt, niemand hatte die Polizei benachrichtigt, kein Richter hatte mich in die Klinik eingewiesen. Diesmal war alles anders gelaufen. Ich spürte tiefe Dankbarkeit. Meinen Freunden war ich dankbar. Und ich war dankbar dafür, am Leben zu sein.

Wir kamen nicht auf die Idee, dass wir eine so heikle Situation noch einmal haben könnten und dass dann ein anderer von uns der „Patient“ wäre. Unser gefährliches Selbsthilfe-Unternehmen hatten wir also keineswegs geplant. Da sind wir hinein gerutscht, weil wir uns in bedenklichen Zuständen nicht gegenseitig im Stich lassen wollten. Denn für den einen Freund ging es darum, die Ausbildung ohne allzu große Lücken und Auffälligkeiten zu Ende zu bringen. Für eine Freundin stand das Sorgerecht für ihre Kinder auf dem Spiel. Und mir war eine dauerhafte Unterbringung in Aussicht gestellt worden. Es ging also um unsere Selbstständigkeit, um unseren Verantwortungsbereich, um unsere Lebensqualität. Genau deshalb versuchten wir, so gut es ging, einander beizustehen. Und es war klar, dass alles im Geheimen ablaufen musste. Auf dem Land spricht sich herum, wer mal in der Psychiatrie war. Auf den hat man ein Auge. Wenn da Auffälliges zu beobachten ist, ruft der verantwortungsbewusste Nachbar die Polizei. Die meisten Leute haben Angst, wenn sie Sonderbares sehen. Dabei wussten wir viel zu wenig über das, worauf wir uns einließen. Anfangs wussten wir nicht einmal, ob eine Psychose ohne Medikamente von selbst wieder aufhört.

Einige Jahre später hörte ich von Soteria und fragte mich, inwieweit dort anscheinend Ähnliches praktiziert wird. Es tat mir enorm gut, zu erfahren, dass es eine Einrichtung gibt, wo unsereins mit Wohlwollen gesehen wird. Das konnte ich kaum glauben. So sah die Notfallhilfe aus, die damals auf dem platten Land notgedrungen von uns entwickelt wurde: Niemand von uns hat es je geschafft, rechtzeitig um Hilfe zu bitten. Die Anrufe kamen gewöhnlich nach Mitternacht, der Anrufer konnte kaum sprechen oder sprach schizophrenesisch. Also nichts wie hin. Nach Möglichkeit wird noch schnell jemand benachrichtigt, der die weiteren Ablösungen organisieren soll.

Betroffene möchten sich mitteilen

Wer in der Krise ist, ist umtriebig und begeht vielleicht Handlungen, die er später bitter bereut. Je größer die Angst, desto höher kann sich die Aggressivität schrauben. Im Klartext: Sachbeschädigungen und Selbstverletzungen sind nach unseren Erfahrungen üblich. Natürlich möchte der Betroffene mitteilen, was vorgeht. In den letzen Stunden oder Tagen hat er Wichtiges erlebt und Seltsames mitgemacht. Er erzählt zum Beispiel von Machenschaften, die gegen ihn im Gange sind oder deren Hintergründe er endlich überblickt. Oder er glaubt, er müsse

Im Lauf der Zeit stellten wir fest, dass wir alle sieben – wenigstens ansatzweise – Erfahrungen mit Halluzinationen, Depressionen oder Verfolgungsideen haben

Einige Jahre später hörte ich von Soteria und fragte mich, inwieweit dort anscheinend Ähnliches praktiziert wird. Es tat mir enorm gut, zu erfahren, dass es eine Einrichtung gibt, wo unsereins mit Wohlwollen gesehen wird

Auch wer tage- und nächtelang getobt hat, ohne zu schlafen, wer die Wohnung demoliert und mit gefährlichen Gegenständen um sich wirft, hat zwischendurch Realitätsinseln

die Welt retten. Oder er hat sonst etwas erlebt, was jedem den Atem verschlägt. Stundenlang könnte er davon erzählen. Man ermuntert ihn nicht dazu. Später, wenn die Psychose abgeklungen ist, kann er soviel davon erzählen, wie er will. Das ist nötig, damit die Beteiligten das Geschehen nachträglich verkraften. Jetzt aber erzählt er besser nicht soviel, jetzt braucht er Ruhe.

Wir beantworten seine Fragen, damit er sich orientieren kann und die Realität wenigstens wie eine dünne Ahnung wahrnimmt. Wir sagen ihm: Was du erlebst, ist Psychose, das geht vorbei, ich bleibe bei dir. Wir sagen: Ich glaube dir, dass du Gift riechst, aber ich kann es nicht riechen. Die Angst des Betroffenen und alles, was er tut und äußert, wird natürlich ernst genommen. Ausflüchte, Lügen, Beschwichtigungen sind völlig unangebracht. Wer aus eigener Unsicherheit heraus die Wahnideen des Betroffenen bestätigt, ist als Helfer nicht geeignet. Das hatten wir rasch herausgefunden. Wenn durch die Wahnvorstellungen des Betroffenen eigene Ängste des Helfers aktiviert werden, muss man sich schleunigst ablösen lassen und sich erst einmal um sich selbst kümmern. Auch das ist uns eindrucksvoll vorgemacht worden.

Die Aufgabe des Helfers

Ein geeigneter Helfer ist diejenige Person, deren Anwesenheit im Allgemeinen nicht als beunruhigend empfunden wird, und die gerade selbst gut beieinander ist und langfristig die Ruhe behält. Wichtigste Aufgabe des Helfers ist es, angenehme Ruhe und eine Stimmung von Selbstverständlichkeit und Zuversicht zu verbreiten und freundlich abzuwarten. Es ist wichtig, dass der Betroffene zu einer ruhigen Atmung findet und sich hinlegt. Eine Psychose, auch wenn sie acht oder zehn Tage dauert, lässt sich im Liegen abwickeln, wenn immer jemand da ist, auf den sich der Patient in seiner unsicheren Situation verlassen kann.

Der begleitende Helfer ist keineswegs Zeuge eines bodenlosen Wahnsinns. Es lässt sich nämlich feststellen, ob und wann der Betroffene für kurze Momente Verbindung mit der Realität hat. Das sind die Augenblicke, in denen er hört und versteht, was wir ihm leise und beruhigend sagen. Genau jetzt lässt sich das Verhalten des Patienten beeinflussen. Jetzt tut man gut daran, ihn hinzulegen und günstig auf seine Atmung einzuwirken. Erst bei ruhiger gleichmäßiger Atmung lässt die Panik nach. Die kurzen Momente, in denen die Wirklichkeit ringsum erkannt wird, sind Inseln der Realität im Meer der Psychose. Auf diese Inseln kann man sich verlassen, man kann sie nutzen. Wir erlebten das jedes Mal staunend und dankbar. Egal wie schlimm die Psychose ist - die nächste Realitätsinsel kommt. Es liegt am Helfer, wie diese Inseln genutzt werden. Je wohler und sicherer sich der Betroffene auf den Realitätsinseln fühlt, desto größer wachsen die Inseln und desto zahlreicher können sie werden.

Inseln der Realität

Auch wer tage- und nächtelang getobt hat, ohne zu schlafen, wer die Wohnung demoliert und mit gefährlichen Gegenständen um sich wirft, hat zwischendurch Realitätsinseln. Es ist gut, wenn ihm geholfen wird, diese Inseln dann auch zu betreten. Auf einer solchen Insel angekommen, stellt der Betroffene eine Frage, weil er Orientierung sucht, oder er erkennt sein Gegenüber. Auch wer schizophrenesisch spricht, hat Realitätsinseln und ist momentweise ansprechbar. So erklärt es sich, dass es immer nur wenige Augenblicke dauert, bis ein akutpsychotischer Freund sich im Arm halten oder hinlegen lässt.

Im psychotischen Zustand brauche ich Ruhe und eine verlässliche wohlwollende Umgebung. Jetzt erkenne ich meine Freunde natürlich nur für kurze Augenblicke. Sie kommen mir vor, als seien sie Beauftragte aus meiner Wahnwelt und hätten folglich Übles mit mir vor. Also muss ich mich gegen sie wehren. Blaue Flecken für alle Beteiligten waren normal. Das Hin und Her zwischen Unruhephasen, die der Patient herstellt, und Ruhephasen, die der Helfer herstellt, kann Tage und Nächte dauern. Der Versuch, den Schlaf mit Schlafmitteln herbei zu führen, ist jetzt sinnlos. Eine Psychose, wenn sie bis in die Akutphase gediehen ist, scheint nämlich ihre eigene Dynamik zu haben – sie lässt sich nicht einfach unterbrechen. Solange der psychotische Film auf vollen Touren läuft, ist an erholsamen Tiefschlaf nicht zu denken. Wer aber den akutpsychotischen Zustand hauptsächlich im Liegen erlebt, fällt streckenweise in einen leichten Dösezustand und ruht wenigstens, wenn schon kein Schlaf möglich ist. Wenn man mehrmals erlebt hat, dass nach etwa einer Woche der Schlaf wieder halbwegs normal ist, ist dieses Thema nicht mehr so beunruhigend. Bei abklingender Psychose habe ich das Gefühl, mein Schlaf sei dünn und löchrig. Durchgestanden ist die Psychose, wenn ich während des Schlafs wieder Träume habe. Diese Erfahrung haben auch andere gemacht.

Handfeste Annäherung an den Alltag

Wenn der Betroffene so weit ist, dass er die Realität länger als nur für Augenblicke wahrnimmt, sollte das genutzt werden auch, wenn er seit Tagen nicht durchgeschlafen hat. Jetzt ist es gut, Kartoffeln zu schälen, die Küche zu fegen und so weiter. So lässt sich ansatzweise eine handfeste Verbindung zur Realität herstellen. Jeder, der einen Freund durch die Psychose begleitet, erlebt immer wieder Situationen, die ihm große Angst machen. Diese Angst ist nur allzu verständlich. Wenn man aber öfter eine Psychose miterlebt hat, gewinnt man eine gewisse Gelassenheit. Die Angst, die der Helfer durchmacht, wird vom Patienten beschwichtigt. Das ist jedes Mal wie ein Geschenk. Der Patient will nämlich plötzlich wissen, was für ein Wochentag heute ist. Oder er erkennt dich und sagt: Gut, dass du hier bist. Er ist tatsächlich für eine Weile in der Realität und versucht, sich darin zurecht zu finden.

Wenn die psychotischen Filme sich verflüchtigen, wenn mehrere Stunden ohne nennenswerte Hal-

Wenn der Betroffene so weit ist, dass er die Realität länger als nur für Augenblicke wahrnimmt, sollte das genutzt werden auch, wenn er seit Tagen nicht durchgeschlafen hat. Jetzt ist es gut, Kartoffeln zu schälen, die Küche zu fegen

luzinationen vergehen, wenn der Patient etliche Stunden an einem Streifen schläft, dann merkt er endlich, was die Freunde für ihn tun. Ihm wird klar, dass sie wieder Zeit für sich und ihre eigenen Angelegenheiten brauchen. Betreuung ist jetzt nicht mehr nötig. Aber es dauert noch einige Wochen, bis das Erlebte an Gewicht verliert. Bei abklingender Psychose – wenn ich sie ungetrübt durch Neuroleptika erlebt habe – spüre ich endlich meinen Körper. Es ist, als ob ich nach einer äußerst anstrengenden, gefährlichen Reise bei mir ankomme. Ich arbeite mich müde, um durchzuschlafen.

Es ist gut, wenn nun niemand Anforderungen an mich stellt und ich in Ruhe gelassen werde. Die offizielle Welt meide ich also fürs erste. Im Garten und mit Haustieren bin ich jetzt besser aufgehoben. Die notwendigen täglichen Arbeiten gehen mir nur langsam von der Hand. Ich brauche viel Zeit für mich. Während dieser Phase bin ich glücklich - ich taste mich in die Welt zurück und freue mich, weil ich lebe. Eine Psychose, die ich ohne Klinikeinweisung und ohne Neuroleptika durchlebt habe, hat eine völlig andere Qualität. Ich bin sicher, dass Loren Mosher das wusste! Wenn ich nämlich meine psychotischen Erlebnisse nicht mittels Psychopharmaka von mir wegschiebe, dann habe ich hinterher wichtiges Material in der Hand - Material, um mein Leben neu zu überdenken und zu ordnen. Mit den Bildern, Szenen, Filmen, die ich erlebt habe, muss ich mich nachträglich auseinander setzen, ich muss sie nutzen. Sie sind der Schlüssel für fällige Änderungen in meinem Leben. Wenn ich nach einer Psychose weiterlebe, als sei nichts gewesen, brauche ich mich über den nächsten „Schub“ nicht zu wundern. In der Psychose erlebe ich bereits verschlüsselt, womit ich mich auseinandersetzen muss, was ich evtl. ändern muss, womit ich mich nicht mehr befassen sollte, inwiefern ich mich bisher selbst belogen habe.

Abschließend bleibt zu sagen, dass wir bei dieser ganzen Sache, in die wir naiv hinein gestolpert sind, gelernt haben. Wir bemühen uns, eine Psychose rechtzeitig zu erkennen, wenn sie wie ein Punkt am Horizont sichtbar wird. Gegen so einen kleinen Punkt können wir etwas ausrichten, jeder auf seine Weise. Wir müssen wachsam sein und aufmerksam uns selbst gegenüber. Eigentlich müssten wir das dauernd. Es gibt gute Zeiten, in denen es reicht, wenn ich einmal am Tag einen kritischen Blick auf mich werfe. Ich habe einen ganzen Katalog von Vorsorgemaßnahmen. An die muss ich mich halten. Ich muss dafür sorgen, dass ich viel Zeit für mich alleine habe, dass ich nachts schlafe, wenigstens liege, dass ich halbwegs regelmäßige Mahlzeiten habe.

Ich muss meine Träume und Ahnungen ernst nehmen. Ich muss auf gleichbleibenden Atem achten, damit ich nicht unversehens in einen seltsamen Zustand gerate. Ich muss in Kontakt mit dem Wetter, mit den Jahreszeiten bleiben und hauptsächlich in Kontakt mit meinem Körper. Je besser ich meinen Körper spüre, umso besser bekomme ich mit, wie es mir psychisch geht. Diesen Kontakt muss ich, je nachdem, mehrmals täglich erneuern oder überhaupt herstellen. Manchmal hilft da Holzhacken, manchmal reicht tiefes durchatmen. Bisher haben wir Glück gehabt. Seit neun Jahren hat es keinen Klinikaufenthalt, keinen Selbstmordversuch, keine Neuroleptika mehr gegeben, bei niemandem von uns. Natürlich hören wir, ich auch, manchmal Stimmen oder wir sehen etwas, was dort eigentlich nicht sein kann. Das nehmen wir als Zeichen dafür, dass uns etwas zu viel wird und dass wir mehr für uns sorgen müssen. Und das gelingt uns immer besser. ●

Es ist gut, wenn nun niemand Anforderungen an mich stellt und ich in Ruhe gelassen werde. Die offizielle Welt meide ich also fürs erste

Stimmenhören und Selbsthilfe

Das Netzwerk Stimmenhören gibt Betroffenen die Möglichkeit zum Austausch

Von Andreas Gehrke

Für Professionelle dürfte es interessant sein, Ansätze der Arbeit mit Stimmen hörenden Menschen außerhalb der Psychiatrie kennen zu lernen. Man nimmt heutzutage an, dass zirka 3 bis 5 % der Gesamtbevölkerung mit Stimmen in Berührung kommt. Es gibt andauernde Stimmen, die einen friedlichen Charakter besitzen und bestenfalls zur spirituellen Vervollkommnung und Erweiterung dienen. Ein überaus großer Teil Stimmen hörender Menschen wird nur gelegentlich von Stimmen „heimgesucht“. Also nur einen Teil Stimmen hörender Menschen bekommen die Psychiater zu Gesicht. Trotzdem werden von vielen Psychiatern automatisch Stimmenhörende als schizophren und vielleicht noch als paranoid diagnostiziert und damit gesellschaftlich stigmatisiert.

Bis Ende des vorigen Jahrhunderts haben viele Psychiater nicht an den wahren Kern vom Stimmenhören geglaubt – an die Realität der Stimmen selbst. Erst Mitte der 80-er Jahre überzeugte eine Stimmenhörerin (Patsy Haagan) den Sozialpsychiater Professor Marius Romme in Maastricht (Niederlande), dass Stimmenhören eine sehr reale Erfahrung ist. Seither forschte und publizierte Marius Romme gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin Dr. Sandra Escher auf dem Gebiet des Stimmenhörens in einer damals besonderen Art – die Stimmen ernst nehmend und stets in Richtung einer respektvollen Annäherung und Beherrschung der Stimmen durch die Stimmenhörenden selbst (1). Aus der Erweiterung dieser Arbeit und durch viele praktische Initiativen entwickelten sich nationale Netzwerke und Stiftungen, die sich dann später mit Intervoice eine internationale Organisation

Andreas Gehrke, Archivar u. Dipl.-Hist., Rentner, Rosenstraße 2 b, 15374 Müncheberg

Es war eine Bewegung in Gang gekommen, die Vertreter aller Beteiligten erfasste und außerhalb der eingefahrenen Gleise der Psychiatrie stattfand

gaben. Inzwischen arbeiten viele Betroffene, Angehörige und in der sozialpsychiatrischen Praxis Tätige zusammen.

Nach 1995 bildeten sich in Deutschland von Betroffenen organisierte Selbsthilfegruppen. Eine entstand in Berlin durch Hannelore Klafki und fast zeitgleich eine zweite in Kiel durch Günther Rieger. Mit maßgeblicher Unterstützung durch Dr. Thomas Bock konnten dann erste größere nationale Treffen übers Stimmenhören im April 1997 in Hamburg und im Oktober 1997 in Berlin organisiert werden. Es war eine Bewegung in Gang gekommen, die Vertreter aller Beteiligten erfasste und außerhalb der eingefahrenen Gleise der Psychiatrie stattfand.

Gründung des Netzwerks Stimmenhören

Schließlich und folgerichtig fand in Kaufbeuren am 23. Mai 1998 die Gründungsveranstaltung des Netzwerks Stimmenhören e.V. (NeSt) statt. Vernetzung und Sammlung der Adressen liefen noch unter Regie von Thomas Bock. Natürlich flossen von da her die Erfahrungen der Psychoseseminare mit ein. Es war damals klar, dass es eine moderne Form und Kräftebündelung sein sollte – nämlich die Organisierung des Netzwerks Stimmenhören im Trialog. Es sollten, wie die Trialoggruppe in Berlin zeigte, Betroffene, Angehörige und Tätige in Sozialpsychiatrie und Psychiatrie gemeinsam dort arbeiten können, weitgehend gleichberechtigt. Nur über besonders wichtige Grundfragen räumte man den Betroffenen ein Vetorecht ein.

Dr. Monika Hoffmann schrieb: „Es erscheint den Gründungsmitgliedern wie ein gutes Omen für die Arbeit des NeSt, dass ihnen das Psychiatrische Krankenhaus Kaufbeuren seinen Konferenzraum, das heißt sein Zentrum der Macht, zur Gründungsveranstaltung zur Verfügung stellte, denn das Netzwerk Stimmenhören hat sich vorgenommen, gerade auch in der Psychiatrie ein neues Verständnis und eine differenziertere Herangehensweise an das Phänomen Stimmenhören zu bewerkstelligen“(2).

Wichtigste Aufgabe bleibt, den Erfahrungsaustausch und die aktive Mitarbeit aller Interessierter zu ermöglichen. Das erfolgt in den schon erwähnten Gruppen. Dies geschieht aber auch durch persönliche und telefonische Beratung

Dies wurde Teil des Programms für die künftige Arbeit im Netzwerk. Sehr schnell erklärten sich Kontaktpersonen in Städten und Regionen Deutschlands bereit, diesem Ziel zu dienen und Stimmenhörenden sowie Angehörigen zu helfen. Auch weitere Gruppen – Selbsthilfegruppen, therapeutisch angeleitete Gruppen und Trialoggruppen – entstanden. Das Netzwerk entwickelte bis 2003 unter Führung des Vorstands, den Hannelor Klafki leitete, eine vielfältige und lebendige Tätigkeit. Auch danach beweisen wir nun uneingeschränkt die Lebenskraft unseres Vereins.

Die Tätigkeitsfelder des Netzwerks

Wichtigste Aufgabe bleibt, den Erfahrungsaustausch und die aktive Mitarbeit aller Interessierter zu ermöglichen. Das erfolgt in den schon erwähnten Gruppen. Dies geschieht aber auch durch persönliche und telefonische Beratung. Zum Beispiel beraten wir an vier Wochentagen telefonisch zu fünf Terminen; und zwar von Berlin, Frankfurt/Main und von Neustadt an der Weinstraße aus. Noch vielfältiger sind die persönlichen Vermittlungen, die durch Kontaktpersonen in einer Reihe deutscher Städte erfolgen. Es entstanden und entstehen Freundschaften, die helfen, besser und effektiver mit Stimmen umgehen zu können. Nicht zu vergessen ist, dass die Selbsthilfe vorwiegend von den Betroffenen selbst getragen wird – allerdings solidarisch unterstützt durch engagierte Angehörige und in der Psychiatrie und in der Sozialpsychiatrie Tätige.

Eine wesentliche Säule ist die Information über das Internet. Die Homepage www.stimmenhoeren.de und die E-Mail-Adresse stimmenhoeren@gmx.de informieren über Möglichkeiten, die Selbsthilfe zu organisieren. Ein rühriger Web-Master betreut neben anderen Angehörigen im Netzwerk die Internetarbeit. Insgesamt kann berichtet werden, dass Aktive in vielen Städten Deutschlands eine Menge Aufgaben bewältigen. Und nicht nur Organisation und Finanzfragen werden verantwortlich von Betroffenen und Angehörigen betreut, auch die Mitgliederinformation geschieht vierteljährlich durch „Unser kleines Stimmenhörerjournal“. Darüber hinaus ist die Fortbildungs-, Schulungs- und Informationsarbeit ein wichtiges Standbein unseres gemeinnützigen Vereins. Hier halten Betroffene oftmals im Zusammenwirken mit in der sozialpsychiatrischen Betreuung Tätigen Vorträge vor Professionellen, aber auch Gespräche und Veranstaltungen mit Betroffenen, Angehörigen und Interessierten, um über unsere Sichtweise zu berichten. Wir halten Kontakte zu anderen Vereinen und Organisationen. Nicht vergessen dürfen wir, dass wir die internationale Zusammenarbeit – insbesondere über die Organisation „Intervoice“ – pflegen. Wir alle arbeiten ehrenamtlich.

Höhepunkte unserer Arbeit sind die alle zwei Jahre stattfindenden Kongresse. Der erste Kongress in Berlin im Jahre 1997 stand unter dem Motto: „Hören auch Sie Stimmen?“. Inzwischen werden wir, wenn dieser Artikel erscheint, schon unseren 5. Kongress im Berliner Rathaus Neukölln beendet haben. Er hatte das Thema: „Mit Stimmen sprechen“. Dieses Thema ist eindeutig Aufforderung, sorgsam und respektvoll mit Stimmen und hinter den Stimmen stehenden Problemen umzugehen.

Zu Ansätzen und Aussagen der Selbsthilfeorganisation

Während die heutige Lehrmeinung in der Psychiatrie noch davon ausgeht, die Stimmen vorwiegend mit Medikamenten „abzutöten“, gehen wir davon aus, die Probleme und Defizite hinter den Stimmen zu beachten und sorgfältig die Stimmen zu hinterfragen. Selbst wenn in der Psychiatrie Stimmen weggehen sollten, sind die dahinter liegenden Probleme noch lange nicht gelöst. In der Psychiatrie erfolgt also zumeist nur eine unvollständige Heilung, wenn überhaupt. Hieraus resultieren auch die vielen Drehtürpatienten. Unser Augenmerk liegt auf dem Umgang mit auftretenden Stimmen – und zwar auf einen respektvollen, einen kooperativen und vielleicht sogar einen liebevollen.

Der Stimmen hörende Mensch, der vorwiegend böse Stimmen hört, sollte erst einmal angehalten werden, genau zuzuhören, dann die Ängste zu verlieren und möglichst wieder Frau oder Herr im eigenen Hause zu werden – also uneingeschränkt selbst wieder über sich bestimmen. Dies ist nicht nur graue Theorie oder Wunschdenken; eine Reihe von Stimmen hörenden Menschen haben gelernt, sehr effektiv und angstfrei mit ihren Stimmen zu kooperieren. Sie agieren und reagieren überaus gesund und normal. Auch ich als Betroffener habe seit 1986 über zehn Jahre mit Stimmen und darüber hinaus in zirka 15 Psychosen zu kämpfen gehabt, bis ich verstand, die Probleme zu erkennen, die mir die Stimmen aufzeigten. Und ich habe sie Schritt für Schritt lösen können (3). Am Anfang des Jahres 2005 verließ mich dann die letzte Stimme, die mein Freund geworden war. Es war sehr traurig, diesen Freund zu verlieren. So wandelbar sind Stimmen und so nutzbringend kann der gesunde Umgang mit ihnen organisiert werden.

Abstract

Berichtet wird über die Entstehung einer Selbsthilfebewegung von Stimmenhörern, über die Tätigkeitsfelder des Netzwerkes in Deutschland, über das Verständnis des Stimmenhörens und über das Verhältnis der Selbsthilfebewegung zur Psychiatrie.

Aber wir wissen auch, dass dies ein schwerer Weg ist, der die Möglichkeit offen lässt, Traumata und Probleme zu überwinden oder sich der Aufarbeitung konsequent zu verweigern. Die Differenzierung in Erklärungsansätzen und in Bewältigungsstrategien ist ja bei Betroffenen riesengroß. Mit Stimmen kooperativ umzugehen, ist schließlich wirklich Sache der Betroffenen. Man kann ihnen diesen Schritt in keinem Fall befehlen oder gar abnehmen. Unser Verhältnis zur Psychiatrie ist ein kritisches, aber auch ein offenes. Wir negieren nicht die Bemühungen in der Psychiatrie, schon gar nicht die in der Psychotherapie. Wir wissen sehr genau, dass Psychopharmaka lebensrettend sein können und auch kurzfristige Erleichterungen bringen. Was wir bemängeln, ist die Art und Weise in weiten Teilen der Psychiatrie, die Komplexität gefühls- und verstandesmäßiger Prozesse beim Menschen zu negieren und gar so selten auf Bedeutung und Inhalte der Stimmen zu achten. Gerade die Stimmen signalisieren, dass es im Leben, im Denken und Fühlen der Betroffenen so nicht weitergehen sollte. Ermutigend finden wir, dass Ansätze der Selbsthilfebewegung beim Stimmenhören nun auch schon in der Psychotherapie, in einigen psychiatrischen Kliniken und in Soteria-Stationen Eingang gefunden haben. Wir als Selbsthilfe-Organisation werden in Sachen Stimmenhören diese Prozesse so gut, wie uns das möglich ist, unterstützen.

Literatur

(1) Romme M./ Escher,S., Stimmenhören akzeptieren, NEUNPLUS1 Verlag Berlin

(2) Brückenschlag Band 21, 2005, StimmenWelten, Beiträge zum Stimmenhören, Paranus Verlag Neumünster, Seite 57

3) Gehrke A., Aufbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet, 2003, Paranus Verlag Neumünster

Gesundheitsförderung psychisch erkrankter Menschen

Salutogenese und Empowerment in der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Von Markus Ruoff, Sylvia Schweizer und Matthias Kneißler

In den Gemeindepsychiatrischen Zentren der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart wird seit drei Jahren ein Projekt zur Gesundheitsförderung psychisch erkrankter Menschen durchgeführt. Ausgehend von Erfahrungen Psychiatrieerfahrener und der Mitarbeitenden stellten wir uns die Frage, inwieweit die Konzepte der Salutogenese und des Empowerments im Alltag praktische Anwendung finden können. Im Laufe des Projekts wurden Qualitätsindikatoren für eine an den Leitzielen der Salutogenese und des Empowerments orientierte sozialpsychiatrische Arbeit formuliert und konkrete Schritte und Projekte initiiert, um diese in der Praxis umzusetzen (Das auf insgesamt fünf Jahre befristete Projekt wird von der Aktion Mensch und der Carl-Baresel-Stiftung gefördert).

Die Gemeindepsychiatrischen Zentren in Stuttgart-Freiberg, Birkach und Vaihingen unterstützen, begleiten und beraten psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Das Angebot umfasst, in jedem der drei Zentren den Sozialpsychiatrischen Dienst, den Sozialpsychiatrischen Wohnverbund, einen psychiatrischen Pflegedienst, ein niederschwelliges Arbeitsprojekt, eine Tagesstätte und einen Gerontopsychiatrischen Dienst. Im Standort Vaihingen befindet sich zusätzlich die psychiatrische Familienpflege, in Freiberg besteht seit vier Jahren ein Wohnheim, als Teil des Gemeindepsychiatrischen Zentrums.

In den vielfältigsten Begegnungen mit Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen wird immer wieder die Kritik an einer unzureichend und einseitig orientierten psychiatrisch-medizinischen Versorgung laut. Sie

Markus Ruoff, Diplom Sozialpädagoge und Mitarbeitender der Gemeindepsychiatrischen Zentren der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Erfahrungen und der sozialpsychiatrischen Zielsetzung stellte sich die Frage, wie chronifizierte psychisch erkrankte Menschen wieder in eine aktivere Rolle hinsichtlich ihres Gesundheits- und Krankheitserlebens geführt werden können

bezieht sich in erster Linie auf die Behandlung und das noch immer vorherrschende biomedizinische Krankheitsmodell der psychiatrisch Tätigen. Das Modell basiert einerseits auf der dominanten Bedeutung biochemischer Prozesse und andererseits auf einem dichotomen Krankheitsmodell, indem Krankheit als „Ausnahmezustand“ und Gesundheit als „Normalfall“ verstanden wird. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sehen sich vielfach einem Expertenwissen gegenüber gestellt, indem das subjektive Psychose-Erleben und die subjektiven Erklärungsmodelle kaum Beachtung finden.

Diese Erfahrungen der Betroffenen führen häufig zu einem Krankheitskonzept, das überwiegend durch Passivität und Verantwortungsabgabe von Seiten der Betroffenen gekennzeichnet ist. Knuf verwendet hier den Begriff der erlernten Hilflosigkeit von Seligmann. Hilflosigkeit wird im Krankheitserleben erfahren und letztlich durch die Behandlung bestätigt. „Nimmt man den Menschen die Kontrollerfahrung, so vermindert sich ihre Handlungsbereitschaft. Es vollzieht sich eine stille Entwertung motivationaler Kraft, die in Passivität und resignativem Rückzug mündet“ (Knuf 2001, S.33).

Betrachtet man die Studien von Faltermaier (1994) sowie die alltäglichen Erfahrungen im Kontext gemeindepsychiatrischer Hilfen, so wird deutlich, dass die Compliance der betroffenen Menschen steigt, wenn ihre subjektiven Krankheitstheorien und ihr subjektives Psychoseerleben aufgegriffen und ernst genommen wird. Aus diesen subjektiven Vorstellungen lassen sich Gesundheitsbewusstsein und -handeln ableiten. Aspekte der jeweiligen Sinnbezüge einer Erkrankung, als auch Ansätze gelungener Bewältigung und Ressourcen lassen sich darin erkennen (vgl. Angermeyer 1998).

Die Sozialpsychiatrie mit ihrer theoretischen und praktischen Arbeit greift diese subjektiven Erklärungsmodelle auf und betont die soziale Dimension von psychischer Erkrankung in ihrer Entstehung, Verlauf, Therapie und Rehabilitation. Dabei verfolgt sie das Ziel, psychisch Kranke in ihrer Selbständigkeit, Selbstwirksamkeit und in ihren Ressourcen zu unterstützen und zu stärken. Sie versucht gleichsam, den exkommunizierten (Mücke 1998) psychisch erkrankten Menschen in seiner Interaktion und Kommunikation ernst zu nehmen und ihm auf einer Subjekt - Subjekt - Ebene zu begegnen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Erfahrungen und der sozialpsychiatrischen Zielsetzung stellte sich die Frage, wie chronifizierte psychisch erkrankte Menschen wieder in eine aktivere Rolle hinsichtlich ihres Gesundheits- und Krankheitserlebens geführt werden können. Konzepte aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften als auch der Selbsthilfe sollten daraufhin betrachtet werden.

Das Modell der Salutogenese

Das Modell der Salutogenese wurde von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelt. Es geht der Frage nach, was den Menschen gesund erhält und was dieser selbst dafür tun kann, seine Gesundheit zu erhalten, zu fördern und eventuell wieder herzustellen. Salutogenese bezieht dabei individuelle aber auch lebensweltliche und gesellschaftliche Ebenen mit ein. Nach dem Verständnis der Salutogenese wird Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum innerhalb eines dynamischen Prozesses betrachtet. Der Mensch pendelt somit stets zwischen den beiden gegensätzlichen Polen Gesundheit und Krankheit. Gesundheit muss hierbei immer wieder aufs Neue hergestellt werden.

Menschen mit psychischen Erkrankungen besitzen zugleich auch viele gesunde Anteile und Ressourcen für Gesundheitsprozesse. Die Salutogenese untersucht daher, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass ein Mensch sich näher am Gesundheitspol befinden kann. Kernstück des Salutogenesekonzepts ist das Kohärenzgefühl des Menschen, eine allgemeine Grundeinstellung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Es ist das subjektive Gefühl, die Welt und das eigene Leben darin als verstehbar, handhabbar und sinnhaft zu erleben. Nach Antonovsky kann Gesundheit am besten erhalten und können Gesundungsprozesse gefördert werden, wenn es dem Menschen gelingt, ein möglichst hohes Mass an Kohärenzgefühl zu entwickeln. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus folgenden Aspekten zusammen:

1. Das Gefühl von Verstehbarkeit beschreibt ein kognitives Verarbeitungsmuster, allgemeine Stressfaktoren und Probleme ordnen und nach ihrer Bedeutung bewerten zu können. Erscheinen Ereignisse als unerklärbar, unkontrollierbar, als zufällig oder chaotisch, so vermindert sich das Gefühl der Verstehbarkeit. Menschen mit einem hohen Maße an Verstehbarkeit werten häufig Erfahrungen als Herausforderungen, die es anzunehmen gilt.
2. Das Gefühl der Handhabbarkeit wird als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster eines Menschen beschrieben. Es ist abhängig von dem Ausmaß der internen und externen Ressourcen, die ein Mensch zur Verfügung hat oder meint zu haben, um schwierige Situationen bewältigen zu können.
3. Das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit beschreibt das Gefühl eines Menschen, die Welt und das eigene Leben darin, emotional als sinnvoll zu empfinden. Durch die Erfahrung von Sinnhaftigkeit entsteht eine positive Erwartungshaltung an das eigene Leben. Das Gefühl ist stark verbunden mit individuellen Lebensbereichen und Aufgaben, welche subjektive hohe Bedeutung haben und für die es sich lohnt, sich zu engagieren.

Nach Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl in der frühen Kindheit und Jugend und ist im Erwachsenenalter nicht mehr veränderbar oder formbar. Entgegen dieser Annahme machen wir in unserer beruflichen Praxis andere Erfahrungen. Wir erleben auch bei chronisch psychisch erkrankten Menschen durchaus positive Veränderungsmöglichkeiten in allen Phasen ihres Lebens. Wir sehen, dass der Mensch, trotz

Sylvia Schweizer, Diplom Sozialpädagogin und Mitarbeitende der Gemeindepsychiatrischen Zentren der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart

psychischer Beeinträchtigungen, ein Leben lang entwicklungsfähig ist und lernen kann, mit seiner Erkrankung zu leben und darüber hinaus fortlaufend weitere Alltagskompetenzen entwickeln kann.

Das Konzept des Empowerment

Empowerment wird häufig mit Selbstbefähigung übersetzt und bezeichnet „Entwicklungsprozesse..., in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, der sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes ‚besseres Leben' zu leben" (Herriger, 1997, S. 11). Der Empowerment-Ansatz geht davon aus, dass jeder Mensch über Stärken und Fähigkeiten verfügt, die es ihm ermöglichen, seinen Alltag selbst bestimmt zu gestalten und sich zu einem aktiv handelnden Individuum zu entwickeln.

Das vorab erwähnte Erleben von Hilflosigkeit und Kontrollverlust vieler psychisch erkrankter Menschen innerhalb der psychiatrischen Versorgung kann Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen sein. Den professionell Tätigen kommt dabei die Rolle zu, diese Prozesse bei Klientinnen und Klienten zu ermöglichen, zu unterstützen und zu begleiten. Knuf sieht es als wesentlich an, immer wieder kritisch zu reflektieren, wo im psychiatrischen Alltag Empowerment-Prozesse von psychiatrisch Tätigen verhindert werden und spricht in diesem Zusammenhang von ‚Steine aus dem Weg räumen' (Knuf, 2001, S. 32). Empowerment-Arbeit heißt vor allem auch Wahlmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, um so den Betroffenen das Gefühl von Einflussnahme auf das eigene Leben zurückzugeben und Handlungsspielräume sichtbar zu machen.

Projektverlauf

Nach der theoretischen Auseinandersetzung mit den Konzepten der Salutogenese und des Empowerments, stellte sich uns die Frage, wie diese Theorien für die alltagspraktische sozialpsychiatrische Arbeit nutzbar und handhabbar gemacht werden können. Woran lässt sich messen, ob sich die praktische Arbeit an den Konzepten der Salutogenese und des Empowerments orientiert? Im Rahmen der Tagesstätten für psychisch kranke Menschen erarbeiteten wir dazu praktische Anwendungsmöglichkeiten. In Anlehnung an das Qualitätsmanagementsystem Pro Psychiatrie Qualität (ausführlicher siehe http://www.ppq.info) entwickelten wir zunächst eine Matrix, in der die Leitziele des Salutogenese- und des Empowermentkonzepts in Bezug zu den Leistungsdimensionen innerhalb der Tagesstätte für psychisch kranke Menschen gebracht wurden. Die Leistungsdimensionen der Tagesstätte differenzierten wir nach dem PPQ-Konzept wie folgt:

1. Kontaktaufnahme und Zugang
2. Planung der Hilfen
3. Erbringung der Dienstleistung
   - Betreuung/Förderung/Rehabilitation
   - Grundversorgung/Gebäude/Ausstattung
4. Koordination der Dienstleistung im Einzelfall
5. Personaleinsatz/Personalorganisation/Personalqualifikation
6. Leistungsdokumentation/Verwaltung/Abrechnung
7. Öffentlichkeitsarbeit/Gemeinwesenorientierung

Aus dem Konzept des Empowerment entwickelten wir die folgenden fachlich und ethisch orientierten Leitziele:

- Hilflosigkeitserfahrungen und Traumatisierungen vermeiden
- Wahrnehmung und Stärkung von Fähigkeiten als professionelle Grundhaltung
- Ermutigung zur Selbsthilfe bzw. Selbstbestimmung und Förderung der Selbstwirksamkeit
- Gemeinschaftliches und politisches Empowerment fördern
- Förderung sozialer Bezogenheit und wechselseitiger Solidarität

Ergänzt durch die Leitziele aus dem Salutogenesekonzept:

- Stärkung des Gefühls der Verstehbarkeit
- Stärkung des Gefühls der Handhabbarkeit bzw. Bewältigungskompetenz
- Stärkung des Gefühls der Sinnhaftigkeit

Im Folgenden erarbeiteten wir zu den jeweiligen Leistungsdimensionen Qualitätsindikatoren, die Auskunft darüber geben sollen, ob die Leitziele des Salutogenese- und Empowermentkonzepts berücksichtigt werden. Am Beispiel der Leistungsdimension „Kontaktaufnahme und Zugang" nennen wir exemplarisch drei Qualitätsindikatoren zum Leitziel „Hilflosigkeitserfahrungen und Traumatisierungen vermeiden":

- Die Tür steht den Besucherinnen und Besuchern zu den Öffnungszeiten offen, eine Anmeldung ist nicht erforderlich, so dass ein niederschwelliger Zugang gewährleistet ist.
- Neue Besucher bekommen schriftliche oder persönliche Orientierungshilfen (z.B. Zeigen der Räumlichkeiten, Informationen zu Abläufen und Beteiligungsmöglichkeiten etc.).
- Es werden Umgangsformen gewährleistet und gefördert, die sozial integrativ wirken und Schutz vor Gewalt und Bedrohung bieten.

Die von uns zunächst als Entwurf erarbeiteten Qualitätsindikatoren wurden in der Folge mit den Mitarbeitenden der Teams und interessierten Besuchern diskutiert und weiterentwickelt. Als Ergebnis konnten wir eine breite Übereinstimmung über konzeptionelle Grundlagen und Grundhaltungen in den verschiedenen Tagesstätten erzielen.

Praktische Auswirkungen

In der Tagesstättenarbeit haben die Auseinandersetzung mit den genannten Konzepten und der auf diese Weise initiierte Prozess vielfältige Auswirkungen gezeigt. Eine Fülle unterschiedlicher Projekte und Initiativen entstand:

Größere Transparenz – Stärkung des Gefühls der Verstehbarkeit

In allen drei Tagesstätten werden bereits bestehende oder neu gegründete Besuchergremien dazu genutzt, verstärkt über strukturelle Rahmenbedingungen und deren Veränderungen (z.B. Mitarbeiterpräsenzen, personelle Veränderungen) zu informieren und Fragen, die auf Mitarbeiterebene diskutiert werden, transparent zu machen.

Empowerment wird häufig mit Selbstbefähigung übersetzt und bezeichnet „Entwicklungsprozesse..., in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, der sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes ‚besseres Leben' zu leben"

Matthias Kneißler, Diplom Sozialpädagoge und Mitarbeiter der Gemeindepsychiatrischen Zentren der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart

Für die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins ist es notwendig, den Betroffenen neue Handlungsspielräume zu eröffnen, um so dem Erleben von Passivität und Resignation entgegenzuwirken

Ressourcenorientierter Ansatz – Stärkung des Gefühls der Handhabbarkeit

Die Besucher wurden verstärkt darin unterstützt, eigene Stärken und Fähigkeiten sowie vorhandenen Ressourcen wahrzunehmen, z.B. durch unmittelbare Angebote, Fähigkeiten und Stärken innerhalb der Tagesstätten einzubringen. Durch entsprechende Rückmeldungen werden vorhandene Ressourcen immer wieder benannt und bewusst wahrnehmbar. Dabei war es uns wichtig, keinen Leistungsdruck aufzubauen, sondern eine Strategie der „kleinen Schritte“ zu praktizieren. Durch die Zusammenarbeit zweier Tagesstätten entstand einer Genussgruppe orientiert an dem Konzept der euthymen Therapie, das in stationären Einrichtungen vereinzelt Anwendung findet. Grundsätzliches Ziel der drei Monate dauernden Genussgruppe ist die Sensibilisierung aller fünf Sinne, durch Animationsmaterialien, Fantasiereisen und Visualisierungen, verbunden mit dem Erfahrungsaustausch innerhalb der Gruppe. Es wird dabei bewusst auf die Formulierung von positiven Inhalten geachtet. Trotz einer Erkrankung die eigene Genussfähig wieder zu entdecken, hat eine wichtige Bedeutung zur Förderung subjektiver Lebensqualität und stellt zugleich eine positive Zielformulierung und positive Lebensperspektive dar.

Aufzeigen von möglichen Sinnzusammenhängen – Stärkung des Gefühls der Sinnhaftigkeit

Es ist uns wichtig, mit den Tagesstättenbesucher individuelle Möglichkeiten zu erarbeiten, wie der Besuch der Tagesstätte als sinnvoll erlebt werden kann. Dabei spielen die Berücksichtigung der jeweiligen Lebenszusammenhänge und Lebensgeschichten eine große Rolle. Die festen Angebote an Mitwirkungsmöglichkeiten in verschiedenen Bereichen (Planung, konkrete praktische Hilfe etc.) bieten unseres Erachtens den BesucherInnen die Möglichkeit ein Gefühl von Gemeinschaft und Zugehörigkeit zu entwickeln. Das gemeinsame Tun und Engagement für die gemeinsame Sache tragen wiederum zu sinnhaftem Erleben bei.

Konkrete Angebote zur Mitbestimmung und Mitgestaltung – Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens

Das kontinuierliche Angebot an Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten stärkt und fördert die Selbstbestimmung und das Selbstwirksamkeitserleben der Besucherinnen und Besucher. Ein Gefühl von Einflussnahme und Kontrolle kann so erlebt werden. Passivität, Resignation und Gefühle von Hilflosigkeit können dadurch allmählich reduziert werden.

Nachdem wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter uns mit den genannten Konzepten auseinandergesetzt hatten, erschien es uns als logische Konsequenz, sowohl die Inhalte der Konzepte, als auch unsere Projektarbeit den Tagesstättenbesucher vorzustellen und transparent zu machen. In einer Auftaktveranstaltung wurden die Konzepte der Salutogenese und des Empowerment vorgestellt, dabei ergaben sich interessante Diskussionen und ein Austausch der unterschiedlichen Auffassungen von Gesundheit und Krankheit unter den Betroffenen. Auch die individuellen Erfahrungen und Vorstellungen, wie jede und jeder eine aktive Rolle auf dem Kontinuum Gesundheit-Krankheit einnehmen kann, führten zu regen Diskussionen. Zu diesen Veranstaltungen kamen in den 3 Tagesstätten durchschnittlich 8 bis10 Besucherinnen und Besucher.

Um mehr Personen erreichen zu können und um in einem zweiten Schritt von den ihnen zu erfahren, wie sie die Mitwirkungs- bzw. Einfluss- und Informationsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Tagesstättenangebote bewerten und erleben, entschlossen wir uns, eine Umfrage durchzuführen. Dazu erarbeiteten wir einen Fragebogen, der sich an den genannten Qualitätsindikatoren orientierte. Die Reflektion der Ergebnisse der Befragung mit den Besucher und Besucherinnen hat zu einem Forum geführt, das einerseits den gegenseitigen Austausch fördert und andererseits als Interessenbörse genutzt werden soll.

Nachdem wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter uns mit den genannten Konzepten auseinandergesetzt hatten, erschien es uns als logische Konsequenz, sowohl die Inhalte der Konzepte, als auch unsere Projektarbeit den Tagesstättenbesucher vorzustellen und transparent zu machen

Die Erkenntnisse aus dem beschriebenen Projekt

Für die sozialpsychiatrische Arbeit im Rahmen der Tagesstätten für psychisch kranke Menschen resultierten daraus zusammenfassend folgende Aussagen: Die Ressourcenorientierung und die Hilfe zur Selbsthilfe sind allgemein anerkannte Leitziele der sozialpsychiatrischen Arbeit. Die Konzepte der Salutogenese und des Empowerment sind unseres Erachtens darüber hinausgehend komplexer und umfassender. Sie bieten zusätzlich einen konstruktiven Reflexionsrahmen für die alltägliche Arbeit. Aus diesen Konzepten lässt sich eine professionelle Haltung und professionelles Handeln ableiten, um das Gesundheitsbewusstsein psychisch kranker Menschen wirksam zu stärken und Gesundheitsprozesse anzustoßen und zu begleiten.

Die von uns erarbeiteten Qualitätsindikatoren zu den Leitzielen der Salutogenese und des Empowerments liefern wichtige Orientierungen u.a. auf einer ganz alltagspraktischen Ebene, wie den Betroffenen eine aktivere Rolle bzgl. ihres Gesundheits- bzw. Krankheitserlebens angeboten werden kann. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei transparenten Arbeitsabläufen und Kommunikationsstrukturen zu, sowie das Angebot von Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten und ein größtmögliches Maß an Selbst- und Mitbestimmung.

Für die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins ist es notwendig, den Betroffenen neue Handlungsspielräume zu eröffnen, um so dem Erleben von Passivität und Resignation entgegenzuwirken. Orientieren sich psychiatrisch Tätige an den Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen und werden Möglichkeiten der Mitwirkung und Mitbestimmung bereitgestellt, so ist dies ein erster Schritt, um psychisch erkrankten Menschen eine aktive Rolle im Gesundheits-Krankheitsgeschehen anzubieten. Das Transparentmachen von Hilfeplanprozessen sowie das Angebot an Betroffene zwischen Alternativen wählen zu können, ermöglichen ein Gefühl

von Einflussnahme und Kontrolle. Der psychisch erkrankte Mensch mit seinem je individuellen Weltbild bzw. seiner jeweiligen kognitiven Landkarte ist Ausgangspunkt für die professionelle Orientierung an gesundheitsfördernden Prozessen.

Literatur:

Angermeyer, M.: „Zuviel Stress – Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursache ihrer Krankheit. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? – subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit; Weinheim / München 1998, S. 230-241

Bengel, J.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Bengel, J./Strittmacher, R./Willmann, H.. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Köln 2001

Faltermaier, T.: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim 1994

Herriger, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 1997

Knuf, A.: Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: Knuf, A. / Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2001, S. 21-45

Mücke, K.: Die psychotische Krise – Ein systemisches und entwicklungs-psycho-logisches Erklärungsmodell. Potsdam 2001

Aktive oder aktivierte Bürger im Sozialstaat?

Partizipation als sozialpolitische Methode und Personenzentrierung in der Sozialpsychiatrie

Von Michael Opielka

„Juliane Krämer – Und da gibt es zwei große Gruppen von Menschen, die krank werden an den Lebensbedingungen: das sind zum einen die, die Arbeit haben und den Stress nicht mehr aushalten, und die, die keine Arbeit haben (...). Was für eine Funktion hab ich da? Also, ich geb' Menschen Medikamente, die mit einem Arbeitsplatz stabil und gesund wären, damit sie diesen Zustand besser ertragen, das ist doch alles furchtbar" (Juliane Krämer ist Psychiaterin in Ostberlin. In: Schultheis/Schulz 2005, S. 199, 201). Das Panorama einer „Gesellschaft mit begrenzter Haftung", das eine Gruppe von Soziologinnen und Soziologen aus der Schule von Pierre Bourdieu mit einer Vielzahl von Vignetten aus dem sozialen Alltag in Deutschland zeichnen (Schultheis/Schulz 2005), ist ziemlich ernüchternd. Die Interventionen der zitierten Ostberliner Psychiaterin wirken ratlos. Vor diesem Hintergrund ist die neuere Diskussion in der deutschen Sozialpsychiatrie um die sozialpolitischen und ethischen Rahmenbedingungen ihres professionellen Handelns geführt werden, außerordentlich bedeutsam.

Die „Soltauer Impulse" (2004) aus der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) kritisieren die Lage: „Ein verwirrendes Gemisch aus politisch bedingtem Spardruck, Kontrollbedürfnissen von Leistungsträgern, Rechtfertigungsbemühungen von Leistungserbringern sowie von Seiten aller Beteiligten eine geradezu manische Neigung zur Anwendung unterschiedlichster Instrumente, die das alles regulieren sollen. Ein Begriff wie ‚personenzentriert' als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung wird zu einem Widerspruch in sich." (ebd., S. 35). Die Sozialpolitik mystifiziert diese Lage, wenn man daran geht „kranke und behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln, obgleich nur allzu deutlich ist, dass sie nicht über Konsumentensouveränität verfügen" (ebd.). Im Folgenden soll jenes „verwirrende Gemisch" ein wenig entwirrt werden. Dabei kann ein analytischer Blick auf die sozialpolitischen Verhältnisse helfen.

Ausgangspunkt der in den „Soltauer Impulsen" kritisierten Entwicklungen sind eine Reihe neuer, auch in der Sozialgesetzgebung (u.a. § 93 BSHG) verankerter Instrumente wie der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)", „Individuelle Hilfepläne (IHP)", „Persönliche Budgets (PB)" und die „Hilfeplankonferenz (HPK)". Diese Instrumente sind Bestandteil einer Neuorientierung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, die von vielen Beobachtern als Ausdruck einer zunehmenden Marktorientierung verstanden werden, teils eingebaut in „Neue Steuerungsmodelle" vor allem der kommunalen Sozialpolitik wie „New Public Management (NPM)" und einer zielgesteuerten Unternehmensführung (Management by Objectives, MBO) in sozialen Einrichtungen (Seim 2000). Sie finden sich nicht nur in der Sozialpsychiatrie, sondern beispielsweise auch in der Jugendhilfe (Otto/Schnur 2000).

Wie sind diese Entwicklungen zu bewerten? Ein Teil der „Verwirrung" könnte darauf zurück gehen, dass man zwischen den analytische Ebenen von Institutionen nicht klar genug unterscheidet. In Abbildung 1 wird ein einfaches Modell professioneller Handlungsebenen zwischen Individuum, Institutionen und Gesellschaft skizziert. Die neueren Steuerungsmodelle lassen sich dabei verschiedenen Ebenen zuordnen.

Prof. Dr. rer. soc. Michael Opielka, Dipl. Päd., Professor für Sozialpolitik an der Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen und Visiting Scholar an der University of California at Berkeley, School of Social Welfare

Die Sozialhilfereformen in den USA unter Clinton (1996) bis hin zur „Agenda 2010" und „Hartz IV" wollten dabei zunächst verhindern, dass vor allem „welfare mothers", alleinerziehende Mütter auf Kosten des Sozialstaats ohne Armut leben können

Gesellschaft Gemeinde	Makro	„Aktivierung", „Workfare" New Public Management
Institution (Professionelle)	Meso	Persönliche Budgets Hilfeplankonferenz
Person (Nutzer, Klient)	Mikro	IBRP/IHP

Abbildung 1: Systemebenen der Sozialpolitik in der Sozialpsychiatrie

Personenzentrierung als Fluchtpunkt in der Sozialpsychiatrie

Der „Personenzentrierte Ansatz" scheint dabei ein Fluchtpunkt gerade in der Sozialpsychiatrie zu sein. Hier gibt es nun zumindest zwei ganz unterschiedliche Bewertungen, die auf die Handlungsebenen zurückgeführt werden können. Während die Befürworter des neuen Ansatzes (z.B. Schulte-Kemna u.a. 2004) in der Fokussierung auf den Hilfeadressaten einen enormen Perspektivengewinn erkennen, möchte beispielsweise Klaus Dörner sowohl der „Personenzentrierung" wie der „Profizentrierung" eine „Sozialraum- oder Bürgerzentrierung entgegensetzen" (Dörner 2005, S. 34). Während Dörner eher auf die Makro- und ein wenig die Mesoebene fokussiert, scheinen Schulte-Kemna u.a. eher die Mikro- und ein wenig die Mesoebene in den Blick zu nehmen. Es ist hier nicht Gegenstand, was eigentlich genau – gerade in der Sozialpsychiatrie – an sozialtherapeutischer und sozialpädagogischer Professionalität Not tut. Man muss vermuten, dass diese – m.E. zentrale – professionelle Frage eher im Dickicht der Diskussion verschwindet. Denn was bislang an praktischen Erfahrungen von Hilfeplankonferenzen verlautet, so mögen sie als „Herzstück personenzentrierter Umgestaltung" (Konrad/Gnannt-Kroner 2004) doch nur bezeichnet werden können, wenn man therapeutisch-pädagogische Prozesse auf Dienstleistungskoordination reduziert. Letztlich bleibt die tatsächliche Dienstleistung der „professionellen Kunst" den jeweils Tätigen und ihren Einrichtungen überlassen – wobei die sozialräumliche Vernetzung der Tätigen, im Sinne Dörners, als Bestandteil zeitgemäßer Professionalität gelten muss.

Die Frage, mit der wir uns hier beschäftigen, geht aber über das unmittelbar klientenzentrierte Handeln hinaus. Die in den „Soltauer Impulsen" spürbare Beunruhigung zielt wohl darauf, dass hinter den neuen Entwicklungen letztlich fiskalische Sparinteressen stehen. Effizienzsteigerung durch bürokratische Prozeduren wird bezweifelt. Dagegen kann man natürlich polemisieren, wie beispielsweise Christian Reumschüssel-Wienert: „Nicht durch ‚Institutionalisierung und Bürokratisierung' geht den Initiativen die Luft aus, sondern weil sie nicht (mehr) hinreichend finanziert werden." (2005, S. 28). Ihm zufolge wollen die Unterzeichner der Impulse nur „mehr Geld", aber dafür „viel Ruhe bei der Arbeit (...), keine Dokumentation und Transparenz" usf. Das ist womöglich überzogen. Doch der „Personenzentrierte Ansatz" kann als Bestandteil einer sehr grundlegenden Transformation sozialer Dienste gelesen werden: Der Übergang von der Institutionen- zur Personenorientierung geschieht nicht zufällig im Übergang von einer Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Dieser gewaltige soziale Wandel, ja Strukturbruch der Moderne erfordert schlicht eine „Institutionalisierte Individualisierung". Aber warum ist es so schwer, dieses neue Paradigma wirklich „wahr" zu nehmen?

Misstrauen gegenüber der „großen" Sozialpolitik

Seit Mitte der 90-er Jahre, nicht zufällig auch seit dem Ende der Ost-/West-Blockkonfrontation und dem weltweiten „Sieg des Kapitalismus", hat sich in den westlichen Wohlfahrtsstaaten die Rhetorik „from welfare to workfare", ein Paradigma der „Aktivierung", eines „aktivierenden Sozialstaats" durchgesetzt

Der Grund liegt in einem Misstrauen gegenüber der „großen" Sozialpolitik. Dieses Misstrauen ist nicht unberechtigt. Seit Mitte der 90-er Jahre, nicht zufällig auch seit dem Ende der Ost-/West-Blockkonfrontation und dem weltweiten „Sieg des Kapitalismus", hat sich in den westlichen Wohlfahrtsstaaten die Rhetorik „from welfare to workfare", ein Paradigma der „Aktivierung", eines „aktivierenden Sozialstaats" durchgesetzt (Opielka 2005). Diese „Transformation des Wohlfahrtsstaats" (Gilbert 2002) zielt darauf hin, die Erwerbs- oder besser: Lohnarbeitszentrierung der Sozialpolitik wieder verschärft durchzusetzen. Die Vertreter dieser Transformation wollen die Prozesse sozialpolitischer „Dekommodifizierung" rückgängig machen. „Dekommodifizierung" heißt, dass nicht nur die Warenform der Lohnarbeit (commodity/commoditas = Ware) zur Existenzsicherung verhilft, sondern dass sozialpolitisch erkämpfte Existenzsicherungspfade neben der Lohnarbeit möglich sind.

Die Sozialhilfereformen in den USA unter Clinton (1996) bis hin zur „Agenda 2010" und „Hartz IV" wollten dabei zunächst verhindern, dass vor allem „welfare mothers", alleinerziehende Mütter auf Kosten des Sozialstaats ohne Armut leben können. Sie sollen „aktiviert", in den Arbeitsmarkt geschoben werden, auch wenn sie „working poor", arbeitende Arme bleiben. Die patriarchale Grundstimmung kann man kaum übersehen. Dahinter steht freilich die tiefliegendere Motivation, all denjenigen Personen, denen aufgrund schlechter Qualifikationen dauerhafter Ausschluss vom Arbeitsmarkt droht, angesichts der weltweiten Lohnkonkurrenz auch Niedriglöhne schmackhaft zu machen. Das neue Paradigma der „Aktivierung" soll die Marktgesellschaft zukunftsfest machen. Der Preis dafür ist verschärfte soziale Kontrolle. Eine weitere, von der „großen" Politik freilich nicht beachtete Folge ist die schleichende Ausgrenzung derjenigen aus sozialpolitisch legitimierten Existenzrechten, die aufgrund von Behinderungen oder psychischen Schwächen am Arbeitsmarkt geringe Erträge bringen.

Vier Typen des Wohlfahrtsregimes

Hier kommen nun ganz grundlegende Bestimmungen sozialer Gerechtigkeit ins Spiel. In Abbildung 2 werden vier Typen des Wohlfahrtsregimes unterschieden und mit Gerechtigkeitskonzepten,

religiösen Wertreferenzen und Armutsdiskursen verknüpft. Wohlfahrtsregime sind komplexe Muster der Sozialstaatlichkeit (vgl. dazu ausführlich Opielka 2004). In der Realität kommen sie selten in Reinform vor, schon deshalb, weil in Demokratien auch alle politischen Positionen und damit soziale Akteure existieren. Dennoch hat sich in den USA und in Großbritannien eher ein liberales, in Skandinavien eher ein sozialdemokratisches, in Deutschland eher ein konservatives und in der Schweiz eher ein (weiches) garantistisches Wohlfahrtsregime entwickelt (mit letzterem ist beispielsweise eine Bürgerversicherung mit Grundrente usf. verbunden).

spürt, dass die Legitimität sozialpolitischer Investitionen selbst – möglicherweise immer wieder neu – erkämpft werden muss. Wer sich advokatorisch, anwaltlich auf die Seite der sozial Schwächsten stellt, benötigt einen gesellschaftspolitisch sensiblen und kenntnisreichen Blick.

Dieser Blick muss entmystifizieren. Klaus Dörners Fokus auf die „Selbstbestimmungsunfähigen" kann ihn trüben. Wenn er von der Ratlosigkeit eines sozialpsychiatrischen Teams und dessen Frage berichtet: „Was sollen wir denn seit dem neuen personenzentrierten Konzept tun, wenn wir die psychisch Kranken nur noch nach

Die Partizipation aktiver – und nicht von oben „aktivierter" – Bürgerinnen und Bürgern im und am Sozialstaat erfordert auch bürokratische Prozeduren, von der Selbstorganisation von Betroffenen bis zur organisatorisch vermittelten Nutzerbeteiligung in politischen und Wohlfahrtsinstitutionen. Sie kann sich aber einer Instrumentalisierung beispielsweise zugunsten von Sparpolitiken nur entziehen, wenn auf allen Ebenen ein Bewusstsein jener „feinen Linie" existiert, von der Neil Gilbert spricht. „Personenzentrierung" so verstanden ist damit zugleich ein umfassendes sozialpolitisches Projekt.

Die Partizipation aktiver – und nicht von oben „aktivierter" – Bürgerinnen und Bürgern im und am Sozialstaat erfordert auch bürokratische Prozeduren, von der Selbstorganisation von Betroffenen bis zur organisatorisch vermittelten Nutzerbeteiligung in politischen und Wohlfahrtsinstitutionen

Typ des Wohlfahrtsregimes	Liberalismus	Sozialdemokratie	Konservativismus	Garantismus
Konzept sozialer Gerechtigkeit	Leistungsgerechtigkeit	Verteilungsgerechtigkeit	Bedarfsgerechtigkeit	Teilhabegerechtigkeit
Religiöse Wertreferenz	psychologische Religion/ Gemeinde-Protestantismus	wissenschaftliche Religion (Materialismus) / Staatsprotestantismus	Katholizismus/ Konfuzianismus	religiöser Pluralismus/ Humanismus
Armutsdiskurs	anthropologisch	politisch	moralisch	ethisch

Abbildung 2: Kulturelle Kontexte sozialer Gerechtigkeit

Was in den politischen Diskursen als „neoliberal" bezeichnet wird, meint in der Regel den Kampf für ein möglichst liberales Wohlfahrtsregime, das auf Leistungsgerechtigkeit (am Markt) abhebt, die Idee der „Eigenverantwortung" verallgemeinert, auch wenn die Eigenkräfte ungleich verteilt sind, und das letztlich nur vom Individuum ausgehende Werte gelten lässt. Armut wird in dieser Sichtweise anthropologisiert, eine gesellschaftliche Verantwortung für Armut wird bestritten.

Es ist soziologisch, sozialpolitisch und sozialphilosophisch nachvollziehbar, dass alle genannten Gerechtigkeitskonzepte ihre Berechtigung haben. Problematisch wird es jedoch, wenn man sie vereinseitigt. Hier liegt nun der Grund für das Unbehagen vieler politisch sensibler Mitarbeiter und Betroffener im Sozialbereich. Man

ihren Wünschen fragen und – im Respekt ihrer Selbstbestimmung – ihre Wünsche erfüllen dürfen?" und dies zu „meinen bleibenden Bildungserlebnissen" (Dörner 2005, S. 37) rechnet – dann wundert man sich auch hier über Vereinseitigungen. Welcher Professionelle würde schon „nur" danach fragen, um „nur" irgendwelche „Wünsche zu erfüllen"? Zur professionellen Dienstleistungskunst gehört eben, die Teilhaberechte der Klienten mit anderen Rechten und Pflichten abzuwägen. Sie, die Professionellen, „müssen lernen, eine feine Linie zu ziehen zwischen zu offen formulierten Kontrakten einerseits, in denen Profitmotive einfließen und durch Qualitätsminderung Kostenersparnisse erzwungen werden können, und den zu restriktiv formulierten Kontrakten andererseits, durch die eine Kommodifizierung sozialer Hilfen entsteht, welche die Rolle professioneller Praxis schwächt und die Qualität sozialer Dienste mindert." (Gilbert 2000, S. 153).

Dörner, Klaus (2005): Es ist verboten, Personen zu zentrieren!, in: Soziale Psychiatrie, 1, S. 33-37
Gilbert, Neil (2000): Dienstleistungskontrakte: Strategien und Risiken, in: Otto/Schnur 2000, S. 143-154
ders. (2002): Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility, Oxford et al.: Oxford University Press
Konrad, Michael/Gnannt-Kroner, Sabine (2004): Hilfeplankonferenz als Herzstück personenzentrierter Umgestaltung, in: Kerbe, 4, S. 16-19
Opielka, Michael (2004): Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven, Reinbek: Rowohlt
ders. (2005): Alternativen zur Aktivierung?, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1, 36. Jg., S. 34-48
Otto, Hans-Uwe/Schnur, Stephan (Hg.) (2000): Privatisierung und Wettbewerb in der Jugendhilfe. Marktorientierte Modernisierungsstrategien in internationaler Perspektive, Neuwied/Kriftel: Luchterhand
Reumschüssel-Wiener, Christian (2005): Eine Chance vertan? Kritik der Soltauer Impulse - eine Polemik, in: Soziale Psychiatrie, 1, S. 27f.
Schultheis, Franz/Schulz, Kristina (Hg.) (2005): Gesellschaft mit begrenzter Haftung. Zumutungen und Leiden im deutschen Alltag, Konstanz: UVK
Schulte-Kemna, Georg/Armbruster, Jürgen/ Kluza, Rainer (2004): Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz, in: Kerbe, 4, S. 4-7
Seim, Sissel (2000): Marktförmige Steuerungsmodelle und Nutzerpartizipation - Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, in: Otto/Schnur 2000, S. 155-173
Soltauer Impulse (2004): Soltauer Impulse. Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrische Arbeitsfelder, in: Soziale Psychiatrie, 3, S. 34-36

Es ist soziologisch, sozialpolitisch und sozialphilosophisch nachvollziehbar, dass alle genannten Gerechtigkeitskonzepte ihre Berechtigung haben. Problematisch wird es jedoch, wenn man sie vereinseitigt. Hier liegt nun der Grund für das Unbehagen vieler politisch sensibler Mitarbeiter und Betroffener im Sozialbereich

Nutzerbeteiligung in Psychiatrieplanungsprozessen

Planung einer psychiatrischen Abteilung im Kreis Herford

Von Ruth Fricke

Der Beitrag versucht, die Möglichkeiten und Grenzen von Nutzerbeteiligung im psychiatrischen Hilfesystem am Beispiel der Entstehungsgeschichte, der Ziele und Arbeit des Planungsbeirates für die psychiatrische Abteilung am Klinikum Kreis Herford zu verdeutlichen.

Die Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Einrichtungen und Dienste an Konzeptentwicklung und in Planungsprozessen hat in Ostwestfalen bereits längere Tradition. So wurde in der Westfälischen Klinik Gütersloh, die bis November 2004 Pflichtversorgungsklinik für den Kreis Herford war, bereits 1992 eine Angehörigenbeirat auf Klinikebene eingerichtet. 1994 wurde dann im Fritz Leßnerhaus II der Westfälischen Klinik Gütersloh ein Stationsbeirat eingerichtet, in dem neben den Mitarbeitern aus allen Berufsgruppen auch Vertreter der Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen aus den zu versorgenden Kreisen Herford und Lippe angehörten. Dieser Beirat entwickelte dann gemeinsam eine neues Abteilungskonzept für die Gütersloher Abteilung Klinische Psychiatrie II (Herford/Lippe), in dem das zuvor im Hermann Simon Haus II bereits erprobte Konzept der „Gütersloher Soteria" auf die gesamte Abteilung übertragen und aufgrund der praktischen Erfahrungen mit diesem Konzept weiterentwickelt wurde. Der Neubau einer Psychiatrischen Abteilung am Klinikum Kreis Herford, die die Zuständigkeit von Gütersloh übernehmen sollte, war seit vielen Jahren ein zentraler Beratungspunkt im Arbeitskreis Psychiatrie im Kreis Herford. So war es selbstverständlich, dass die Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen die Einsetzung eines trialogisch besetzen Planungsbeirates beim Kreis Herford einforderten, als endlich im Sommer 2002 der Bewilligungsbescheid des Landes Nordrhein-Westfalen für den Bau der Herforder Psychiatrischen Abteilung kam. Dies hatte sich lange verzögert durch die Notwendigkeit, eine Verständigung über die Bettenkompensation zu erreichen: für die in Herford zusätzlich aufgebauten Betten mussten in Kliniken, die bisher Patienten aus Herford aufgenommen hatten, Betten abgebaut werden.

Der Weg zur Etablierung des Planungsbeirates

Als der Bewilligungsbescheid vorlag, suchte unser örtlicher Selbsthilfeverein „Hilfe für verletzte Seelen e.V. Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrener im Kreis Herford" den Kontakt zur Vorsitzenden des Krankenhausausschusses des Kreises Herford. Im Ergebnis dieses Gespräches stellte die SPD-Kreistagsfraktion den Antrag, einen Planungsbeirat für die neu zu errichtende vollstationäre psychiatrischen Klinik am Kreisklinikum einzurichten. Dieser Beirat sollte trialogisch besetzt sein. Auch die angestrebte Konzeption der neuen Klinik war in diesem Antrag schon definiert. Die neue Klinik sollte nach dem Vorbild der „Gütersloher Soteria" arbeiten. Aufgabe des Planungsbeirates war es sowohl die bauliche Planung und deren Umsetzung zu begleiten als auch ein therapeutisches Konzept zu entwickeln. Nach Inbetriebnahme der neuen Klinik sollte der Planungsbeirat in einen Psychiatriebeirat umgewandelt werden, der die weitere Arbeit der Klinik und deren Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund weiter begleiten sollte.

Die Arbeit des Planungsbeirates

Der Planungsbeirat nahm rasch seine Arbeit auf. Ihm gehörten an der Kreisdirektor in seiner Eigenschaft als Krankenhausdezernent, die Vorsitzende des Krankenhausausschusses und ihre beiden Stellvertreter, der ärztliche Leiter des Kreisklinikums, der Pflegedienstleiter des Kreisklinikums, der Psychiatriekoordinator des Kreises Herford, der Chefarzt der Tagesklinken im Kreis Herford sowie eine Pflegekraft der westfälischen Klinik Gütersloh, die schon die erste Soteriastation in Gütersloh mit aufgebaut hatte und auch an der Entwicklung und Umsetzung des Abteilungskonzeptes für die klinische Psychiatrie II (Herford/Lippe) in Gütersloh durchgehend beteiligt war.

Zwischen den Sitzungen des Planungsbeirates gab es eine Pressuregroup bestehend aus dem Psychiatriekoordinator, den Vorsitzenden des Selbsthilfevereines der Psychiatrieerfahrenen und des Angehörigenvereins, dem Chefarzt der psychiatrischen Tageskliniken und einer Ärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, welche die Sitzungen des Planungsbeirates inhaltlich vorbereitete. Da zwischen Bewilligungsbescheid und Genehmigung durch die Bezirksregierung Detmold nur eine sehr kurze Zeitspanne lag, traf diese Kleingruppe sogar zwischen den Beiratssitzungen wichtige Entscheidungen direkt. Mit dem Architekten hatten wir großes Glück. Wir haben uns sehr viele Gedanken gemacht, wie das Prinzip der offenen Türen und der Soteria auch baulich unterstützt werden könnte. Hatten wir heute eine Idee, lag am nächsten Tag die geänderte Bauzeichnung auf dem Tisch. Gab es dann Einwände der Bezirksregierung, musste neu überlegt werden und das Spiel ging von vorne los. Der Planungsbeirat hat dann eine ganze Reihe von Kliniken besucht, um sich Anregungen für die künftige Konzeption zu holen, die über die Erfahrungen mit der „Gütersloher

Ruth Fricke, Mozartstr. 20 b, 2049 Herford, Tel. + Fax: 05221/8641, e-mail: ruth.fricke@t-online.de

Soteria“ hinausgingen. So haben wir uns z.B. in Walsrode (Niedersachsen) abgeguckt, dass die Patienten selber kochten und es keine Versorgung aus der Krankenhausküche gab. Der Architekt, setzte dies sofort in die Änderung der Bauplanung um (Größe der Küche, Einrichtung, Vorratsraum). In Lauterberg (Hessen) haben wir uns die Schränke und das Marktplatzmodell abgeschaut. Strittig waren Lichtschranke am Ausgang und das Fuß-/Armband für zwangsuntergebrachte Patienten (bei dem ein Signalton ertönt, sobald der Patient, der keinen Ausgang hat, die Station verlassen will). Wir Psychiatrie-Erfahrenen waren dagegen, die Angehörigen dafür, umgesetzt wurde es nicht, weil wir aufgrund der Gütersloher Erfahrungen wussten, dass man so etwas nicht braucht. Der Pflegestützpunkt, die Wohnküche und das weiche Zimmer wurden aufgrund der Gütersloher Erfahrungen gestaltet.

Problematisch für die Umsetzung des inhaltlichen Konzeptes war dann die Tatsache, dass zeitgleich das Kreisklinikum vom Eigenbetrieb des Kreises in eine Gesellschaft öffentlichen Rechts umgewandelt wurde, wodurch die Betriebsleitung des Kreisklinikums mehr Macht und Entscheidungsbefugnisse bekam und der Einfluss des Kreistages und seiner Ausschüsse abnahm. Die Stellenausschreibung für die Stelle des Leitenden Arztes war noch durch den Krankenhausausschuss erfolgt, die Auswahl erfolgte schon in der neuen Organisationsform. Obwohl in der Stellenausschreibung stand, dass das Haus nach Soteriaprinzipien geführt werden sollte und unter den Bewerbern mehrere waren, die diese Konzept hätten umsetzen können, wurde dann ein Leitender Arzt eingestellt, der bis heute nicht verstanden hat, welches Konzept hier verwirklicht werden sollte. Im Ergebnis wird die Küche nicht so genutzt wie geplant. Das Prinzip der diagnosedurchmischten Stationen, auf den die Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung bleiben, wurde nicht umgesetzt, das Bezugspersonensystem konnte daher naturgemäß auch nicht umgesetzt werden. Es wurde nachträgliche eine geschlossene Aufnahmestation geschaffen. Aufnahmen erfolgen nicht wie geplant alle und grundsätzlich über die Institutsambulanz in der psychiatrischen Klinik, sondern nach 16.00 Uhr und an Wochenenden über die Notaufnahme des mehrere hundert Meter entfernt liegenden Haupthauses. All das bedeutet: Angehörige und Betroffene im Kreis Herford werden wieder jahrelang kämpfen müssen, bis wir die Behandlungsqualität wieder haben, wie wir sie von der „Gütersloher Soteria“ gewohnt waren.

Übergang vom Planungsbeirat zum Forum für Qualität

Nachdem die Klinik dann im November 2004 in Betrieb genommen worden war, war es auch gelungen ein Beiratsmodell auszuhandeln, mit dem sowohl die Betriebsleitung des Haupthauses als auch der neue Leitende Arzt der psychiatrischen Klinik leben konnten. Dieser Beirat heißt nun „Forum für Qualität in der Psychiatrie am Klinikum Kreis Herford“. Hier sind vertreten die Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der Alkohol- und Drogenabhängigen, der Alzheimererkrankten und ihrer Angehörigen, ferner der Psychiatriekoordinator, der Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, eine Vertreterin der Seniorenheime, je ein Vertreter der niedergelassenen Psychiater und Allgemeinmediziner, ein Vertreter der Vormundschaftsrichter, der Chef der Tageskliniken, der Ärztliche Leiter und die Leitende Pflegekraft der psychiatrischen Klinik sowie ein Vertreter der Betriebsleitung des Haupthauses. Positiv an diesem Modell ist, dass es erstmals gelungen ist, die niedergelassenen Ärzte einzubinden mit dem Ziel die Vernetzung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung verbessern zu können. Es bleibt zu hoffen, dass auf dieses Weise die häufig praktizierte Medikamentenumstellung beim Wechsel vom einem in den anderen Bereich, die zulasten der Gesundheit der Patienten geht und unsere Krankenkassenbeiträge unnötig in die Höhe treibt, vielleicht irgendwann einmal überwunden werden kann. Schlechter als beim Beiratsmodell der Abteilung Klinische Psychiatrie II der westfälischen Klinik in Gütersloh ist die Tatsache, dass hier nur auf der Chefebene miteinander diskutiert wird und die Mitarbeiter alle Berufsgruppen, die die Beratungsergebnisse dann umsetzen sollen, nicht mit einbezogen werden. In Gütersloh wurde gemeinsam mit allen in der Abteilung Arbeitenden besprochen, was sich am derzeitigen Konzept bewährt hatte, wo es hakte, welche Beschwerden von Angehörigen und Betroffenen aufgelaufen waren und wie strukturell bedingte Probleme künftig abgestellt werden können. Da Lösungswege gemeinsam gesucht und gefunden wurden, war die Umsetzung in die tägliche Praxis gesichert. Wie die im Herforder Forum für Qualität getroffenen Vereinbarungen künftig in die tägliche Praxis umgesetzt werden, bleibt abzuwarten.

Fazit

Auch wenn ersichtlich wird, dass Angehörige und Betroffene nicht alles erreichen konnten, was ihnen wichtig gewesen wäre, ja sogar drastische Rückschläge hingenommen werden mussten, so bin ich doch zutiefst davon überzeugt, dass wir trotzt dieser Rückschläge Lernprozesse bei den neu im Kreis Herford professionell in der Psychiatrie arbeitenden Menschen eingeleitet haben, deren Ergebnis dann wieder in eine Richtung führt, die wir Psychiatrie-Erfahrenen uns wünschen, denn das Feld im Kreis Herford ist gut bereitet. Der Arbeitskreis Psychiatrie der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Kreis Herford, arbeitet seit 1994 trialogisch. Wichtige Schlüsselpositionen, wie zum Beispiel der Vorsitz des AK Psychiatrie oder die Sprecherfunktion der unabhängigen Beschwerdestelle, werden durch Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen wahrgenommen. Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene haben daher in dem neuen Klinikbeirat mit dem Namen „Forum für Qualität in der Psychiatrie am Klinikum Kreis Herford“ viele Bündnispartner, die aus tiefster Überzeugung heraus konzeptionell das Gleiche wollen wie sie.

Problematisch für die Umsetzung des inhaltlichen Konzeptes war dann die Tatsache, dass zeitgleich das Kreisklinikum vom Eigenbetrieb des Kreises in eine Gesellschaft öffentlichen Rechts umgewandelt wurde

Auch wenn ersichtlich wird, dass Angehörige und Betroffene nicht alles erreichen konnten, was ihnen wichtig gewesen wäre, ja sogar drastische Rückschläge hingenommen werden mussten, so bin ich doch zutiefst davon überzeugt, dass wir trotzt dieser Rückschläge Lernprozesse eingeleitet haben

Rumänien auf dem Weg nach Europa

Ein Bericht über die Arbeit der Rumänienhilfe Alsterdorf

Von Michael Wunder

Im Mai 2004 hat Amnesty International ein aufsehenerregendes Memorandum an die rumänische Regierung zur Situation in den psychiatrischen Einrichtungen gerichtet. Darin wurden nicht nur viele Fälle von Zwangsbehandlungen und Freiheitsberaubung angeprangert, sondern auch völlig unakzeptable Bedingungen auf den Stationen und das Fehlen geeigneter Anschlusseinrichtungen in den Gemeinden – was in vielen Fällen der Grund für die jahrelange Verwahrung sei.

Ein ähnlicher Befund kam auch 2003 beim Forschungsprojekt „Included in Society“ heraus, das europaweit die Wohnbedingungen von Menschen mit Behinderung in Großeinrichtungen und ambulanten Systemen untersucht hat. Beklagt wird darin, dass in Rumänien gemeindenahe Angebote als Alternative zu Großeinrichtungen weitgehend fehlen, allenfalls von privaten Initiativen oder ausländischen Stiftungen aufgebaut, aber vom Staat nicht gefördert werden.

Damit sind wir mitten in der Realität, mit der das Projekt Rumänienhilfe Alsterdorf, das seit 15 Jahren in der Zielregion Bihor (Westrumänien) arbeitet, täglich konfrontiert ist. Angestoßen wurde das Projekt durch die Bilder aus den Todesheimen nach dem Sturz Ceausescus 1989: Kinder, die unter schlimmsten Bedingungen in abgelegenen Heimen dem Sterben überlassen wurden. Sterblichkeit bis 25 % im Jahr, Euthanasie durch die Verhältnisse. Ein ähnliches Bild bot sich uns auch noch Jahre später in der Erwachsenen-Psychiatrie, auf die wir uns in den 90-er Jahren konzentrierten. Die Idee von der Auflösung der Anstalten mussten wir dort erst einmal hintanstellen.

In dem 400-Betten-Krankenhaus Nucet ging es nach der Behebung der ersten Not darum, eine „gute Anstalt“ mit differenzierten Milieus, Tagesstruktur und Förderprogrammen aufzubauen. Personalfortbildung, auch die modellhafte Mitarbeit von deutschen Fachkräften vor Ort, und die Organisationsberatung waren und sind bis heute in allen unseren Teilprojekten unsere Schwerpunkte. Heute ist Nucet eine Modelleinrichtung in Rumänien, weil hier immerhin jeder Patient einen Platz in der Arbeits- oder Beschäftigungstherapie hat und es im Dorf Nucet ein Rehabilitationshaus gibt, was für die Patienten bedeutet, dass es einen Weg nach draußen gibt. Von hier aus haben es einige Patienten mittlerweile auch in unser neues Projekt des Betreuten Wohnens geschafft.

Die 90-er Jahre waren für Rumänien verlorene Jahre, sagen heute viele. Das gilt auch für die Behindertenhilfe und die Psychiatrie. Trotz Verbesserungen wurde das System der Abschiebung in entfernte Großeinrichtungen nicht geändert. Die Zahl der verlassenen Kinder – eine der Ursachen für die enorm hohe Zahl institutionalisierter Menschen – stieg sogar weiter an: landesweit sind es heute 4000 im Jahr. Die alte Moral – wenn ich für mein Kind nicht mehr aufkommen kann, muss es der Staat tun – und die neue wirtschaftliche Not kommen zusammen.

Erst Ende der 90-er Jahre kam Bewegung ins System. Die EU machte Druck. Weitere Beitrittsverhandlungen wurden nicht nur von wirtschaftlichen Reformen, sondern auch von der Veränderung in den Kinderheimen abhängig gemacht. 1998 haben wir zusammen mit anderen NGOs in unserer Zielregion das Programm „Kinderhäuser statt Kinderheime“ gestartet. Behinderte und nicht behinderte Kinder aus Heimen sollten in gemeindeintegrierten Häusern mit Hauseltern und weiterem pädagogischen Personal leben. Heute ist dieses so einfache und am An-

Dr. Michael Wunder, Beratungszentrum Alsterdorf, Dorothea-Kasten-Str. 3, 22292 Hamburg, Tel: 040-50773566, e-mail: m.wunder@alsterdorf.de

fang so schwierig umzusetzende Konzept Teil der „Nationalen Strategie zum Schutz der Kinder“. Bis 2008, dem Jahr des erwarteten EU Beitritts Rumäniens, sollen alle Kinderheime aufgelöst sein. In Bihor leben heute bereits 40 % der ehemaligen Heimkinder in Kinderhäusern, weitere 30 % in Pflegefamilien.

Die Kehrseite dieser Fast-Kulturrevolution ist allerdings die Produktion einer Altersgrenze bei 18 Jahren. Junge Erwachsene müssen dann aus den Kinderhäusern heraus und können nur, wenn sie in einer Ausbildung sind, bis höchstens 24 bleiben. Für die, die dann aufgrund ihrer Behinderung nicht selbstständig leben können, heißt dies zurück ins Heim, in die Psychiatrie oder auf die Straße. Die „18plus Frage“ ist in unseren Augen heute die entscheidende Frage der Behindertenhilfe und der Psychiatrie in Rumänien.

Wir haben deshalb 2004 mit der finanziellen Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung das Programm „Wohnen und Arbeiten für Erwachsene mit Behinderung in Bihor“ gestartet. Ziel ist es, in 5 Jahren 50 Plätze des Betreuten Wohnens und 100 assistierte Arbeitsplätze aufzubauen. Die ersten 10 Plätze des Betreuten Wohnens sind erfolgreich eingerichtet, die ersten praktischen Schwierigkeiten mit den Nachbarn und den Arbeitgebern bewältigt.

Anders als bei den Kinderheimen fehlt hier allerdings der Druck von Seiten der EU. Materielle Hilfen in Gestalt von Sachspenden sind heute kaum mehr notwendig. Gebraucht wird aber der Know-how-Transfer und die finanzielle Direktunterstützung für den Anschub von Reformprojekten wie dem Betreuten Wohnen. Bei dieser Arbeit ist unser Projekt weiterhin auf Spenden angewiesen.

Weitere Informationen:
www.rumaenienhilfe-alsterdorf.de

Am Todespol der Seele

Geschichte einer depressiven Psychose

Eine Buchbesprechung von Ursula Zingler

Eine psychische Erkrankung macht vor niemandem halt. Der Autor ist Oberarzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Sehr eindrucksvoll schildert er seinen Alltag als Assistenzarzt, und wie er sich ständig überfordert. Obwohl er sich „völlig ausgelaugt und schwach“ fühlt, gönnt er sich keine Ruhe. Als er sich schließlich beruflich neu orientiert und zeitgleich heiratet, treten die ersten Anzeichen einer psychischen Störung auf. Er nimmt in dieser Situation eine Psychotherapieausbildung auf. Eine weitere Überforderung. Eigenmedikation, die kurzfristige Behandlung durch einen Kollegen, verbunden mit einer Arbeitspause führen nicht weiter. Nach einem Urlaub – er fühlt sich „innerlich nicht wohl“ – setzt er die Medikation ab, um sich auf eine Psychoanalyse einlassen zu können. Das bringt zwar persönliche Einsichten, jedoch die Symptome nicht zum Stillstand.

Ein Jahr danach: Er kann sich von seinen Patienten kaum noch abgrenzen, „wähnte alle ihre Ängste, Zwänge, auch Halluzinationen“ bei sich. Die Schilderung geht unter die Haut. Der Autor lebt nach eigener Aussage ein Doppelleben, bleibt jedoch „erstaunlich handlungsfähig“. Das Verhältnis zu seiner Frau leidet unter seiner Erkrankung. Nach sechs Jahren „voller Arbeit, Angst, Depression, Aggression, Psychoanalyse mit Auf und Ab bei zunehmenden Kräfteverfall“ ist der Autor „am Todespol der Seele angelangt“.

Körperlich und psychisch am Ende erkennt er, dass er nicht mehr weiter kann und lässt sich auf eine geschlossene Station einer psychiatrischen Klinik einweisen. Obwohl als Psychiater sachkundig, hat er Angst, „von den Medikamenten entstellt zu werden“. Erst als er die Verantwortung für sich abgibt, geht es mit ihm aufwärts. Nach sieben Monaten, in denen er nichts leisten muss (!), kann er die Klinik verlassen und seine Arbeit als Psychiater wieder aufnehmen. Er erlebt die „psychiatrische Therapie als einen Wiederaufbau von ganz unten“ und betont, dass er „ohne Psychoanalyse nicht so aus dieser Krankheit herausgekommen wäre“. „Die Persönlichkeitsveränderung mit Aufgabe des falschen Selbst, die Trennung und die vielfältigen anderen Veränderungen wären ohne Psychoanalyse nicht möglich gewesen“, so seine Erkenntnis.

Unerwähnt bleibt, wie er seine Erkenntnisse im Alltag umsetzt. Das Buch zeigt auf, wohin es führen kann, wenn man über die Jahre nicht auf die eigenen Empfindungen achtet, diese ignoriert und sich keine Ruhe gönnt. Der Text fesselt und ist gut verständlich geschrieben. Auf ärztliches Vokabular hat der Autor verzichtet. Das Buch schrieb er, um seinen Kollegen einen Bericht über die Erkrankung aus Sicht von einem „der ihren“ zu geben. „Für die Patienten“, so seine Überlegung, „mag diese Niederschrift ein Akt meiner Solidarität mit ihnen bedeuten.“ Es ist unerheblich, wie man zur Behandlung mit Psychopharmaka und zur Psychoanalyse steht (!): die Schilderung dieses praktizierenden Psychiaters ist lesenswert. Menschen, die sich noch nie mit dem Thema „psychisch krank“ beschäftigt haben, mag es frühe Einsichten bringen (Prävention). An Depression erkrankte Personen werden, wenn sie selbstkritisch genug sind, sich selbst erkennen. Die behandelnde Gruppe, z.B. Psychiater und Pflegepersonal, wird sicherlich ein besseres Verständnis für die ihnen anvertrauten, sich ihnen anvertrauenden Patienten erlangen.

Autor: Clemens Busson (Pseudonym), herausgeben bei Haag + Herchen, ISBN 3-89846-339-7, 80 Seiten, 14 Euro.

Das Buch zeigt auf, wohin es führen kann, wenn man über die Jahre nicht auf die eigenen Empfindungen achtet, diese ignoriert und sich keine Ruhe gönnt. Der Text fesselt und ist gut verständlich geschrieben

Kompetenznetz Schizophrenie - ein Netz für den Menschen

Wissenschaftliche Grundlagen für optimale Prävention, Therapie und Rehabilitation der Schizophrenie in ihren verschiedenen Krankheitsstadien schaffen

Von Adelheid Weßling, W. Wölwer und Wolfgang Gaebel

Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die für die Betroffenen und ihre Angehörigen häufig erhebliches Leid mit sich bringt. Sie äußert sich in sog. Positivsymptomen wie Wahnvorstellungen, Stimmenhören und Denkstörungen und sog. Negativsymptomen wie sozialer Rückzug und Minderung des Gefühlsausdrucks. Weltweit erkranken rund 1% der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an einer schizophrenen Episode. In Deutschland sind hiervon rund 800.000 Menschen betroffen. Die Erkrankung tritt meist im jungen erwachsenen Alter auf. Männer erkranken in der Regel in etwas jüngeren Jahren als Frauen. Als Ursachen für die Erkrankung werden eine genetische Prädisposition sowie eine vor oder während der Geburt erworbene biologische Disposition diskutiert. Diese sind nicht alleine für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich, sondern können unter Einfluss von biopsychosozialen Faktoren wie Stress zur akuten Erkrankung führen. Gemäß Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Krankheitsmodell ist damit das Zusammenspiel von individueller Vulnerabilität, äußeren Stressoren und mangelnden Bewältigungsmechanismen (Coping) entscheidend für den Krankheitsausbruch.

Ähnlich wie für somatische Krankheiten wird auch für psychische Erkrankungen angenommen, dass ein frühzeitiger Behandlungsbeginn den Krankheitsverlauf günstig beeinflusst und negative soziale Folgen abmildert. Von den ersten noch unspezifischen Krankheitsanzeichen bis zum Behandlungsbeginn vergehen jedoch im Durchschnitt fünf bis sechs Jahre, weil Krankheitssymptome nicht erkannt oder falsch gedeutet werden. Bei Ausbruch einer akuten Episode erfolgt die Behandlung in der Regel stationär, während die Langzeitbehandlung, Nachbetreuung und auch Vorsorge ambulant durchgeführt werden. Der Behandlungsplan beinhaltet neben den Psychopharmaka, die in den 1950er Jahren erstmals zur Anwendung kamen und seither stetig weiterentwickelt werden, Psychotherapie, Ergo- und Soziotherapie. Problematisch ist, dass ein Teil der Patienten die Behandlung vorzeitig nach dem Abklingen akuter Symptome abbricht, obwohl die Behandlung noch mindestens ein Jahr nach einer akuten Krankheitsepisode fortgeführt werden sollte, um einer erneuten Krankheitsepisode wirksam vorzubeugen. Für einen Teil der Patienten kann eine mehrjährige Behandlungsdauer erforderlich sein. Bei anderen Patienten wäre aufgrund monoepisodischer Krankheitsverläufe keine Langzeitbehandlung erforderlich, doch ist es bis heute nicht möglich, diese Patientengruppen im Vorfeld zu identifizieren, so dass auf diesem Gebiet noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Strukturelle Vernetzung

Nichtsdestotrotz ist der medizinische Kenntnisstand über die Ursachen, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten schizophrener Psychosen in den letzten Jahrzehnten erheblich gewachsen. Verschiedene Forschungseinrichtungen auf Bundesebene und international haben hierzu beitragen. Es besteht heute die Notwendigkeit dieses Wissen zu bündeln, auf die Bedürfnisse einzelner Patientengruppen abzustimmen und für die Einrichtungen der Versorgung zugänglich zu machen. Diesen Aufgaben der Vernetzung stellt sich der bundesweite Forschungsverbund „Kompetenznetz Schizophrenie“. Das Kompetenznetz Schizophrenie (KNS) unter Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität / Rheinische Kliniken Düsseldorf wurde 1999 gemeinsam mit acht anderen Kompetenznetzen in der Medizin unter 160 Anträgen von einem international besetzten Gutachtergremium zur Förderung vorgeschlagen. Inzwischen werden 17 Kompetenznetze in der Medizin durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. In den Netzen haben sich führende Wissenschaftler und Experten aus der Versorgung und den Verbänden des Gesundheitswesens und der privaten Wirtschaft zusammengeschlossen, um Kompetenzen in der Forschung zu bündeln und den Austausch zwischen Forschung und Versorgung zu verbessern. Die Kompetenznetze haben sich wiederum gemeinsam mit den Koordinierungszentren für Klinische Studien und anderen medizinischen Forschungsverbünden in einer Telematikplattform für medizinische Forschungsnetzwerke mit Sitz in Berlin (TMF e.V.) zusammengeschlossen haben, um auch netzwerkübergreifende Synergieeffekte wie beispielsweise Entwicklung von forschungsrelevanter Software und Öffentlichkeitsarbeit herzustellen.

Forschungsziele

Das Risiko, in den ersten Jahre nach Ausbruch der ersten akuten Krankheitsepisode an Suizid zu sterben, ist hoch. Die Suizidrate liegt bei 10-15%. Hoch ist ebenso die Belastung der Angehörigen. Ihre Risiko selbst psychisch zu erkranken liegt fünf- bis zehnmal höher als bei Personen ohne familiären Bezug zur Schizophrenie. Daher ist es ein wesentliches Anliegen des KNS durch Forschung

Dr. Adelheid Weßling, MPH, Kompetenznetz Schizophrenie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, der H.-H,-Universität / Rheinische Kliniken Düsseldorf, Bergische Landstr. 2; 40629 Düsseldorf, Tel.: 0211 - 922 -2770, Fax: 0211 - 922 - 2780 Email: info@kompetenznetz-schizophrenie.de

und Wissenstransfer Voraussetzungen zu schaffen, die helfen, die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen kontinuierlich zu verbessern. Ziel ist es die wissenschaftlichen Grundlagen für eine optimale Prävention, Therapie und Rehabilitation der Schizophrenie in ihren verschiedenen Krankheitsstadien zu schaffen. Konkret bedeutet dies:

- Krankheitsanzeichen frühzeitig erkennen und behandeln,
- vorhandene Therapiemöglichkeiten optimal nutzen und weiterentwickeln,
- chronische Krankheitsverläufe vermeiden,
- Behandlungsprozesse durch Qualitätsmanagement und Wissenstransfer optimieren,
- Stigma und Diskriminierung abbauen.

Seit Gründung des Netzes sind etwa 30 Projekte gestartet, die ersten konnten bereits erfolgreich abgeschlossen werden und neue assoziierte Projekte sind hinzugekommen. In der dritten Förderphase, die am 1. Juli 2005 offiziell begann, wird es maßgeblich darum gehen, die aus den Projekten gewonnenen Erkenntnisse so aufzubereiten, dass sie zeitnah und adressatengerecht für die stationären, ambulanten und komplementären psychiatrischen Dienste zur Verfügung stehen. Im Folgenden werden Ergebnisse vorgestellt, die sich unmittelbar auf die Lebens- und Versorgungsqualität beziehen.

Symptome frühzeitig erkennen und soziale Integration fördern

Trotz therapeutischer Fortschritte, die die Chancen auf ein normales Alltagsleben erhöhen, erleben die Betroffene bis heute oftmals soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung. Um der sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken und bei möglichen Anzeichen einer schizophrenen Psychose eine frühzeitige diagnostische Abklärung und ggf. Behandlung zu ermöglichen, werden im KNS zwei wissenschaftlich begleitete Öffentlichkeitsprogramme durchgeführt. Das Awareness-Programm befasst sich mit der allgemeinen Sensibilisierung gegenüber psychischen Krankheiten in Hausarztpraxen, Schulen, Sozial- und Beratungsstellen. Hierzu haben sich in Köln und Bonn lokale Netzwerke mit mehr als 600 Kooperationspartnern aus dem psychosozialen Bereich gebildet, in denen eine vom Zentralinstitut in Mannheim entwickelte Checkliste mit möglichen Krankheitsanzeichen zum Einsatz kommt. Wenn eine diagnostische Abklärung ratsam erscheint, können sich die Betroffenen an einen Facharzt oder an eines der bereits gegründeten Früherkennungszentren in Köln, Bonn, Düsseldorf, München oder Berlin wenden. Durch die lokale Netzwerkbildung wird es möglich, beim Auftreten möglicher Krankheitssymptome frühzeitig ein Hilfesystem zu aktivieren, so dass das Risiko nachteiliger sozialer Folgen in Schule, Beruf, Familie und Freundeskreis vermindert wird. Gezielt gegen Stigma und Diskriminierung von an Schizophrenie erkrankten Menschen wendet sich das von der World Psychiatric Association entwickelte Programm „Fighting Schizophrenia and its Stigma“, dessen Umsetzung in Deutschland über den Verein „Open the doors e.V.“ in Kooperation mit dem Kompetenznetz Schizophrenie erfolgt. In den beiden Studienregionen München und Düsseldorf sind verschiedene Maßnahmen wie Kooperationsprojekte mit Schulen, Theaterstücke und Filmvorführungen mit anschließender Podiumsdiskussion durchgeführt worden. Die Auswertung einer telefonische Bevölkerungsbefragung vor und nach Beginn der etwa 3 Jahre andauernden Maßnahmen zeigt, dass über das Schaffen von Kontaktmöglichkeiten und gezielte Information die soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken gemindert werden kann. Auf Initiative des Vereins „Open the doors e.V:“ und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und unter Mitwirkung des Bundesgesundheitsministeriums ist 2004 der Grundstein für ein Nationales Programm zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen gelegt worden.

Kompetenzen schulen

Mit Blick auf die Förderung der sozialen Integration ist es ebenso erforderlich, die soziale Kompetenz der Betroffenen zu verbessern. Die Psychoedukation ist daher ein wesentlicher Baustein des gesamten Behandlungsplans. Neben konkreter Informationsvermittlung über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie unterstützt die Psychoedukation Betroffene und auch Angehörige dabei, Emotionen zu verarbeiten und eigene Kompetenzen im Umgang mit der Krankheit zu entwickeln. Im Rahmen des KNS gilt ein besonderes Augenmerk den erstmals an Schizophrenie erkrankten Personen, so dass ein spezielles Behandlungsmanual für die Psychotherapie bei ersterkrankten Patienten entwickelt worden ist.

Das Wissen um den möglichen Krankheitsverlauf und das frühzeitige Wahrnehmen erster Krankheitssymptome erleichtert die individuelle Selbsteinschätzung sowohl über vorhandene Kompetenzen als auch über Einschränkungen im alltäglichen Leben. Eine Studie zur Arbeitsrehabilitation des KNS hat gezeigt, dass Patienten ihre beruflichen Möglichkeiten häufig überschätzen, während Studienmitarbeiter die spätere berufliche Situation deutlich häufiger richtig vorhersagen konnten. Dieses lässt auf die Notwendigkeit einer gezielten Aufklärung der betroffenen Patienten über individuelle Möglichkeiten und Ziele einer beruflichen Rehabilitation schließen. Ein positives Beispiel, dass es möglich ist über Trainings für Betroffene sozial-kommunikative Kompetenzen zu schulen, gibt das Projekt über psychologische Interventionsstrategien bei kognitiven und emotionalen Störungen, welches ebenfalls im Rahmen des KNS durchgeführt worden ist. Ausgehend davon, dass an Schizophrenie erkrankte Personen oftmals Schwierigkeiten haben, die Gesichtsausdrücke ihrer Gesprächspartner korrekt zu interpretieren, ist ein Trainingsprogramm zur Dekodierung emotionaler Ausdruckssignale entwickelt und evaluiert worden. Mehr als 100 Personen haben an der dreijährigen Studie teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Training im Vergleich zu Kontrollbehandlungen die Fähigkeiten, emotionale Gesichtsaus

Das Wissen um den möglichen Krankheitsverlauf und das frühzeitige Wahrnehmen erster Krankheitssymptome erleichtert die individuelle Selbsteinschätzung sowohl über vorhandene Kompetenzen als auch über Einschränkungen im alltäglichen Leben

Mit Blick auf die Förderung der sozialen Integration ist es ebenso erforderlich, die soziale Kompetenz der Betroffenen zu verbessern

Behandlungsleitlinien ermöglichen es, den aktuellen medizinischen Kenntnisstand über Behandlungsmöglichkeiten einer Krankheit für die klinisch tätigen Ärzte in komprimierter Form darzustellen und dadurch die Entscheidung für eine konkrete Therapieempfehlung zu erleichtern

drücke richtig zu deuten, deutlich steigern konnte.

Versorgung und Transfer

Behandlungsleitlinien ermöglichen es, den aktuellen medizinischen Kenntnisstand über Behandlungsmöglichkeiten einer Krankheit für die klinisch tätigen Ärzte in komprimierter Form darzustellen und dadurch die Entscheidung für eine konkrete Therapieempfehlung zu erleichtern, ohne dieser im konkreten Fall vorzugreifen. Forschungsergebnisse des Kompetenznetzes machen deutlich, dass eine Orientierung der Ärzte an den Leitlinien zu besseren Behandlungsergebnissen führt, als wenn Leitlinien unberücksichtigt bleiben. Vor diesem Hintergrund ist problematisch, dass nur etwa jede zweite Behandlung entsprechend der derzeit gültigen Leitlinien durchgeführt wird. Um die Einbindung von Leitlinien in den Behandlungsprozess zu erleichtern, ist eine leitliniengestütztes Softwaremodul zur Unterstützung von Therapieentscheidungen bei Schizophrenie entwickelt und erprobt worden. Im Verbund mit anderen Kompetenznetzen soll diese Software für weitere Krankheitsbilder erweitert werden. Auch die Durchführung von Qualitätszirkel, die in vielen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung bereits Eingang gefunden haben, lässt eine zunehmend stärkere Ausrichtung der Behandlung an den Leitlinien erwarten. In der dritten Förderphase gilt es die Leitlinienakzeptanz von Ärzten kontinuierlich weiter zu erhöhen und die Versorgungsqualität durch den gezielten Einsatz verschiedener Qualitätsmanagement-Strategien zu erhöhen. Das Kompetenznetz wird hierzu Beratungs- und Schulungsangebote entwickeln.

In die Weiterentwicklung der Leitlinien, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde herausgegeben werden, fließen unter anderem auch die Ergebnisse aus den klinischen Studien des KNS

In die Weiterentwicklung der Leitlinien, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde herausgegeben werden, fließen unter anderem auch die Ergebnisse aus den klinischen Studien des KNS ein, damit bilden die Leitlinien eine wesentliche Basis des Wissenstransfers in die Versorgungsebene. Um die Zugänglichkeit von Forschungsergebnissen für die in der Versorgung tätigen Berufsgruppen zeitnah zu ermöglichen, sind jedoch weitergehende Maßnahmen erforderlich. Im KNS werden in der dritten Förderphase konkrete Maßnahmen entlang der bisherigen Forschungsschwerpunkte des Netzes entwickelt, die diesen zeitnahen Wissenstransfer ermöglichen. Neben dem Schwerpunkt Qualitätsmanagement befassen sich die Transferprojekte mit der Entwicklung eines praxisorientierten Programmpakets zur Früherkennung und Frühintervention, eines Kompetenzzentrums, das sich mit den besonderen Behandlungserfordernissen ersterkrankter Patienten befasst und Informationen für dezentrale Einrichtungen aufbereitet, sowie mit der Fortführung von Aktivitäten zum Abbau von Stigma und Diskriminierung, wobei die einzelnen Maßnahmen, nicht mehr auf die Allgemeinbevölkerung fokussiert sind, sondern verstärkt auch einzelne Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen ansprechen. Die Umsetzung der einzelnen Transfermaßnahmen erfolgt im Wesentlichen über Printmaterialien, Fortbildungen, Beratungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit. Mit den Transfermodulen werden zunächst die professionell Tätigen im Gesundheitswesen angesprochen. Darüber hinaus werden die bereits bestehenden Angebote für Betroffene und Angehörige fortgeführt. Hierzu zählen die bereits zum dritten Mal an verschiedenen Standorten durchgeführte Öffentlichkeitsveranstaltung „Informationsbörse Schizophrenie“, die 2001 in Betrieb genommene Telefon-Hotline für Fragen zur Schizophrenie zum Ortstarif unter 01801-724496 (mittwochs: 12.00-14.00 Uhr) und die Homepage www.kompetenznetz-schizophrenie.de mit Diskussionsforum und umfangreichem Informationsangebot.

Aktuelle Literatur aus KNS-Projekten in der Homepage unter / Aktuelles / Publikationen. ●

Evangelische Stiftung Tannenhof

Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung

Die psychiatrische Versorgungslandschaft hat sich in den letzten Jahren durch den Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen stark verändert. Im Sinne einer patientenorientierten Versorgung haben sich gemeindepsychiatrische Konzepte bewährt.

Die Evangelische Stiftung Tannenhof wird ab dem 06.03.2005 an ihrer Fort- und Weiterbildungsstätte für Psychiatrie eine Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung durchführen, die diesen Veränderungen Rechnung tragen will.

Die berufsbegleitende Weiterbildung richtet sich an Menschen, die in unterschiedlichen Feldern der Psychiatrie therapeutisch, beratend oder begleitend tätig sind und sich sozialpsychiatrisch weiterqualifizieren wollen.

Ausbildungsziele sind u.a. die Stärkung persönlicher und fachlicher Kompetenzen, die Erweiterung der eigenen Sichtweise und die Einübung interdisziplinären Handelns.

Die Teilnehmerinnen können so den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen in ihren Lebenszusammenhängen besser gerecht werden.

Teilnehmen können Mitarbeiterinnen aus ambulanten, komplementären und stationären Diensten aus den Berufszweigen Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Ergotherapie, Kunst- und Musiktherapie, Krankengymnastik etc.

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.
Die Weiterbildung kostet bei einer Dauer von 2 ½ Jahren und einer Gesamtstundenzahl von 540 Stunden 2130,00 €.

Information und Anmeldung:
Evangelische Stiftung Tannenhof,
Weiterbildungsstätte für Psychiatrie,
Remscheider Str. 76,
42369 Remscheid

Tel.: (0 21 91) 12 - 13 80 oder 13 82
Fax: (0 21 91) 12 - 14 27
weiterbildungsstaette@stiftung-tannenhof.de
www.stiftung-tannenhof.de

Kooperation zwischen BeB und EREV

Auf Betreiben des Fachbeirates Psychiatrie wurde eine gemeinsame Projektgruppe „Jugendhilfe und Psychiatrie" von BeB sowie vom Evangelischen Erziehungsverband (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste e.V., verabredet.

Folgende Zielsetzungen und inhaltliche Schwerpunkte sind u.a. für die interdisziplinär besetzte Projektgruppe festgelegt:

- Die gemeinsame Klientel beschreiben und quantifizieren,
- Identifizierung der Schnittstellen zwischen beiden Hilfesystemen,
- Entwicklung eines gemeinsamen Grundverständnisses von jungen psychiatrischen Patienten und erziehungsbedürftigen Jugendlichen sowie der beiden Hilfesysteme (Stichwort: sozialraumorientierte und personenbezogene Hilfeansätze),
- Entwicklung eines gemeinsamen Versorgungskonzeptes,
- Bewertung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme im Bereich der geistig und seelisch Behinderten (u.a. Entwicklung des § 35a im SGB VIII).

Nach den geplanten fünf Treffen sollen die Ergebnisse in einem „Forum § 35 a SGB VIII" im Jahr 2007 als gemeinsame Veranstaltung von EREV und BeB vorgestellt werden. ●

Bundesweites Benchmarking im Jahr 2006

Das Benchmarking-Projekt des BeB konnte im Frühsommer 2005 erfolgreich abgeschlossen werden. Zurzeit befindet sich der entsprechende Bericht im Druck und wird allen Mitgliedseinrichtungen des BeB voraussichtlich im September 2005 zur Verfügung gestellt werden können.

Parallel dazu wurden seit Frühjahr 2005 Gespräche mit dem CBP (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.) geführt, um eventuell gemeinsam dieses Benchmarking-Projekt voranzutreiben. Der CBP hatte sich seit Ende 2004 mit einem entsprechenden Vorhaben befasst. Im Rahmen eines gemeinsamen Workshops am 17.11.2005 in Fulda soll nun das neue, weiterentwickelte und zwischen beiden Verbänden abgestimmte Instrumentarium den bisherigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aber auch zukünftigen Interessentinnen und Interessenten vorgestellt werden.

Die für Frühjahr 2006 geplante Vollerhebung im BeB soll dann gemeinsam mit dem CBP durchgeführt werden. Auf diese Weise wird ein bundesweit flächendeckendes Angebot geschaffen, das den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglicht, verbandsübergreifend regionale und überregionale Benchmarking-Partnerschaften einzugehen. Ziel ist der differenzierte, aussagekräftige Betriebsvergleich möglichst ähnlich strukturierter Einrichtungen. Die beiden Verbände kooperieren in diesem 2. Durchgang mit der XIT/Qualidata GmbH Nürnberg und zusätzlich mit der Bank für Sozialwirtschaft BfS-Service GmbH in Köln. Das neue Benchmarking-Projekt wird als ein „Produkt aus einer Hand" angeboten. Ein gemeinsamer Internet-Auftritt mit einheitlichen Erhebungstools und Auswertungsberichten bietet den Nutzerinnen und Nutzern darüber hinaus einen direkten Zugriff auf die für Sie relevanten Daten und Informationen.

Das aktualisierte Benchmarking-Projekt präsentiert sich als ein Gesamtpaket bestehend aus einem finanz- und personalwirtschaftlichen Betriebsvergleich sowie zusätzlichen fachlich-inhaltlichen Erhebungen und zielgruppenspezifischen Befragungen. Die einzelnen Module sind aufeinander abgestimmt und stützen damit sowohl QM- als auch OE-Prozesse. ●

Kommunikation messbar machen

Vom 15. bis 16. März 2006 veranstaltet der BeB in Fulda eine Fachtagung zum Thema: „Kommunikation messbar machen – Voraussetzungen und Methoden der PR-Erfolgskontrolle". Die Fachtagung richtet sich an Vorstände, Geschäftsführer und verantwortliche Mitarbeitende der Öffentlichkeitsarbeit in Einrichtungen und Organisationen des BeB und darüber hinaus auch an die Einrichtungen und Organisationen der anderen Fachverbände unter dem Dach des Diakonischen Werkes der EKD. Organisiert wird die Tagung vom Stabsausschuss Öffentlichkeitsarbeit des BeB. Unter der Leitung des Berliner Kommunikationsexperten Professor Dr. Dieter Herbst werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Erfolgskriterien sowie mit einfachen Verfahren der Erfolgskontrolle vertraut gemacht.

Prof. Herbst: „In Zeiten stark begrenzter Ressourcen muss der Verantwortliche für Unternehmenskommunikation nachweisen, welchen Beitrag er zum Erreichen der Unternehmensziele und zum Unternehmenswert leistet. Aber wann, woran und wie wird der Erfolg gemessen? Es ist wichtig, dass die Beteiligten schon vor den Kommunikationsaktivitäten gemeinsam festlegen, welchen erreichten Zustand sie als Erfolg werten."

Die Einladungen zu der Fachtagung werden über die üblichen BeB Verteiler im November versandt. Informationen finden interessierte Personen zu diesem Zeitpunkt auch unter www.beb-ev.de (Fachliche Arbeit). Die Zahl der Teilnehmer/innen ist begrenzt. Die Anmeldungen können daher nur in der Reihenfolge des Posteinganges berücksichtigt werden. ●

Qualitätsentwicklung in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und regionalen Verbundsystemen

Gemeinsame Erklärung der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie

Die im Kontaktgespräch Psychiatrie zusammen arbeitenden Fach- und Selbsthilfeverbände engagieren sich in gemeinsamer Verantwortung für die Entwicklung und Umgestaltung gemeindepsychiatrischer Verbundsstrukturen. Orientiert am paradigmatischen Wandel der psychiatrischen Versorgung von der Institutionenzentrierung zur Personenzentrierung anerkennen die unterzeichnenden Verbände die besondere Verpflichtung, die Qualitätsentwicklung von der Ebene der Organisation eines Dienstes/ einer Einrichtung auf die Ebene der Gemeindepsychiatrischen Verbünde auszuweiten.

Dabei bildet die Orientierung am Prinzip der Personenzentrierung den Rahmen für konkrete und differenzierte Maßnahmen der Qualitätsentwicklung in allen Bereichen der verbundsbezogenen Leistungserbringung .Regional ausgerichtete Qualitätsverbünde beinhalten den Aufbau trägerübergreifende Kooperationsstrukturen und deren vertragliche Absicherung mit dem Ziel, personenzentrierte und bedarfsgerechte psychiatrische Hilfen in allen Bereichen des sozialpsychiatrischen Alltags zu gestalten. Dazu gehören regional gültige Standards, die auf gemeinsamen bundesweiten Qualitätsindikatoren basieren und die Prinzipien der Personenzentrierung als Leitziele und Grundhaltung zur Geltung zu bringen. Diese gemeinsamen Qualitätsindikatoren gehen über die Merkmale der Strukturqualität hinaus und legen ihren Schwerpunkt auf die Dimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität.

Dazu erscheint es uns notwendig, kreative und innovative Prozesse der kooperativen Qualitätsentwicklung innerhalb von Verbundssystemen anzuregen und zu begleiten. Gleichzeitig sollte das Ziel verfolgt werden, Verbindlichkeiten in der Gestaltung von Qualitätsentwicklungsprozessen zu verabreden, Formen der externen Evaluation und Standardüberprüfung zu entwickeln und zu erproben und geeignete Instrumente der regelmäßigen Ergebnisevaluation einzuführen.

Die Anforderungen an die Qualität in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und regionalen Verbundsystemen wurden als Diskussionsergebnis der Kontakttreffen der Verbände formuliert. Die unterzeichnenden Verbände erklären, an der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mitzuwirken und in ihren Verbandsstrukturen für deren Umsetzung engagiert einzutreten.

Aktion Psychisch Kranke e.V., Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bundesfachverband Psychiatrie in der Caritas, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V., Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtverband Gesamtverband e.V.

Das ausführliche Diskussionspapier zum Thema Anforderungen an die Qualität in sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen und regionalen Verbundsystemen – Diskussionsergebnis der Kontakttreffen der Verbände steht unter www.ppq.info zum Download bereit.

Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) erfasst im Rahmen eines auf drei Jahre befristeten Projektes alle Möglichkeiten, sich über Probleme mit psychiatrischen Institutionen (Kliniken, Heime, gemeindepsychiatrische Einrichtungen o.ä.) zu beschweren. In einer ersten Phase sollen die Bedingungen, unter denen die Beschwerdestellen arbeiten, sowie die rechtlichen Grundlagen herausgearbeitet werden. Dazu benötigt die DGSP die Zuarbeit von allen Personen, die Kenntnis über Beschwerdestellen o.ä. in ihrer Umgebung haben. Begleitet von einem trialogisch besetzten Projektbeirat werden anschließend Wege gesucht, die unterschiedlichen Beschwerdemöglichkeiten miteinander zu vernetzen und einheitliche Grundlagen für die Arbeit zu schaffen. Dazu werden zwei Workshops veranstaltet, die sich gezielt an Mitarbeiter von Beschwerdestellen und Nutzer wenden.

Ziel des Projekts ist es, über die Herausgabe einer Broschüre und über das Internet die Existenz der Beschwerdemöglichkeiten öffentlich bekannt zu machen und so die Beschwerdeführer zu ermutigen, von ihren Rechten Gebrauch zu machen. Informationen über Beschwerdemöglichkeiten können an die Geschäftsstelle der DGSP e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln zu Händen von Gudrun Uebele, Tel 0221/511002, e-mail gudrun.uebele@dgsp-ev.de gerichtet werden.

BPE fordert Gleichstellung der Opfer der Erbgesundheitsgesetze und des Euthanasie-Erlasses mit den anderen Opfern des Nazi-Regimes

Von Ruth Fricke

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) fordert seit vielen Jahren eine nationale Gedenkstätte für die Opfer der „Euthanasie“ sowie die Gleichstellung der Opfer der Erbgesundheitsgesetze und des Euthanasieerlasses mit den anderen Opfern des Nazi-Regimes. Da die Gespräche mit den Fraktionsspitzen der im Bundestag vertretenen Parteien in eine Phase geraten sind, in der die Annullierung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in greifbare Nähe gekommen ist, hat der BPE die vorgezogenen Bundestagswahlen zum Anlass genommen, die Vorsitzenden der im Bundestag vertretenen Parteien anzuschreiben.

In dem Brief an die Parteivorsitzenden heißt es unter anderem: Anlässlich des 60. Jahrestages der Beendigung des 2. Weltkrieges wurde am 8.Mai 2005 national und regional auch der Menschen gedacht, die als Verfolgte des

Nazi-Regimes ermordet oder anderweitig geschädigt wurden. Dabei wurde meistens nicht bedacht, dass eine Opfergruppe bis heute nicht mit den anderen Opfergruppen gleichgestellt wurde, nämlich die der Patientinnen und Patienten, die aufgrund der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus zwangssterilisiert, bespitzelt, mit Eheverboten belegt und schließlich auf Basis des auf den 1.9.1939 rückdatierte, von Hitler selbst erlassene Euthanasiegesetzes, ermordet wurden. Dieses Nicht-Erinnern geschah, obwohl das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses', das am 14.7.1933 beschlossen wurde und am 1.1.1934 in Kraft trat, das erste Rassegesetz überhaupt war, auf dem letztlich auch die Rechtsgrundlagen für die Ausgrenzung und Vernichtung der anderen Opfergruppen aufbauten.

Mehr als 60 Jahre nach Beendigung des 2. Weltkrieges

- ist das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' vom 14.7.1933 immer noch nicht abgeschafft bzw. für nichtig erklärt worden, sondern nur ausgesetzt,
- sind die Opfer von Zwangssterilisation und Patientenmord immer noch nicht als NS-Verfolgte anerkannt worden,
- gibt es außer einer Bronzeplatte in der Tiergartenstraße Nr. 4 in Berlin keine adäquate nationale Mahn- und Gedenkstätte für die zwangssterilisierten und ermordeten Patienten, die ein Unrechtsbewusstsein bezüglich der Unterscheidung zwischen wertem und unwertem menschlichen Lebens wach halten könnte.

Aufgrund dieser nationalsozialistischen Rassegesetze wurden nach derzeitigem Forschungsstand ca. 400.000 Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, wegen Blindheit, Taubheit, schwerer körperlicher oder geistiger Behinderung zwangssterilisiert und ca. 300.000 Menschen ermordet. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. schließt sich daher den Forderungen des Bundes der „Euthanasie"-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. an,

- das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" vom 14.7.1933 zu annullieren,
- die Opfer von Zwangssterilisation und „Euthanasie" in vollem Umfang als NS-Verfolgte anzuerkennen.

Darüber hinaus fordert der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener die im Bundestag vertretenen Parteien auf, für die Gleichstellung der Opfer der Erbgesundheitsgesetze und des Euthanasieerlasses mit den anderen Opfergruppen auch insoweit Sorge zu tragen, dass eine nationale Mahn- und Gedenkstätte in Form eines Dokumentations- und Bildungszentrums errichtet wird. Aus der Geschichte können nur dann Lehren gezogen werden, wenn man die Opfer anerkennt und ehrt. Die Lehre aus der Geschichte von Zwangssterilisation und „Euthanasie" im Nationalsozialismus kann nur lauten: Nie wieder Ausgrenzung, Verfolgung und Selektion aufgrund von Krankheit und Behinderung! Unsere Forderungen nach Annullierung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses", Anerkennung der Opfer von Zwangssterilisation und Patientenmorden als NS-Verfolgte, sowie einer Nationalen Mahn- und Gedenkstätte wird unterstützt durch die Vorbereitungsgruppe der „nationalen Kampagne zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen" unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin".

Eine Antwort erhielt der BPE bis zum 20.8.05 von FDP, PDS und den Grünen. Diese Antworten waren durchweg positiv. Es ist zu hoffen, dass SPD, CDU und CSU sich auch noch erklären. Der MDR hat inzwischen angekündigt eine Sendung zu diesem Thema vorzubereiten. ●

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Helmuth Beutel, Esslingen; Doris Biedermann, Hamburg; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Ute Golombek, Berlin, Dr. Ulrich Müller, Düsseldorf; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Wolfram Keppler (geschäftsführender Redakteur), Stuttgart
Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte unter regina.schuller@evanggemeindeblatt.de
Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165
Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 20 vom 1. Januar 2004
Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart
Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Dieser Ausgabe liegt ein Flyer für die Zeitschrift „Psychotherapie & Seelsorge" des Oncken Verlags, Kassel, bei. Wir bitten um Beachtung!

Offener Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages zum geplanten Gendiagnostikgesetz

Mit großem Interesse verfolgen die unterzeichnenden Verbände, die Gesellschafter des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft sind, die Diskussionen um das Gendiagnostikgesetz, das Menschen wirkungsvoll vor genetischer Diskriminierung schützen soll. Der Diskussionsentwurf des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG), der seit Oktober letzten Jahres vorliegt, lässt es allerdings fraglich scheinen, dass das Gesetz den eigenen Zwecksetzungen gerecht wird. In § 4 des Entwurfs heißt es: „Niemand darf wegen seiner genetischen Eigenschaften oder der genetischen Eigenschaften einer anderen Person, wegen der Vornahme oder Nichtvornahme einer genetischen Untersuchung oder Analyse bei sich oder einer anderen Person oder wegen des Ergebnisses einer solchen Untersuchung oder Analyse benachteiligt werden". Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung bitten wir darum, uns zu folgenden Themenkomplexen Fragen zu beantworten.

Ein zentraler Punkt ist der Forschungsbereich. Wie mit nichteinwilligungsfähigen Menschen in der Forschung umgegangen wird, ist für die unterzeichnenden Verbände von zentraler Bedeutung. Letztlich hat die damit verbundene Frage – wie können nichteinwilligungsfähige Menschen wirkungsvoll vor fremdnütziger Forschung geschützt werden? – zur Gründung des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft geführt. Die Verbände lehnen die fremdnützige Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Menschen ab. Die Lektüre des Diskussionsentwurfes vermag zunächst den Eindruck zu vermitteln, wissenschaftliche Forschung solle nicht unter Verwendung von Proben nicht einwilligungsfähiger Menschen durchgeführt werden. So heißt es in § 33 des Diskussionsentwurfs unter der Überschrift „Besonders schutzbedürftige Personen", dies sei nur dann zulässig, wenn „die erwarteten Forschungsergebnisse dazu beitragen können, bei dieser Person den Ausbruch einer Erkrankung oder gesundheitlichen Störung zu vermeiden oder eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung zu verhindern oder zu behandeln."

Es erscheint allerdings zweifelhaft, ob diese Formulierung geeignet ist, fremdnützige Forschung auszuschließen. Deshalb bitten wir um eine Erläuterung, wie konkret die zu untersuchende Person vom Forschungsergebnis profitieren soll. Würde es Ihrer Ansicht nach genügen, wenn der Forscher nur eine entsprechende grundsätzliche Erwartung äußern würde oder müsste dies präziser beschrieben sein? Ferner bitten wir um Informationen darüber, warum es nach dem Entwurf notwendig ist, fremdnützige Forschung an Kindern zuzulassen. Worin besteht ein eventueller Gruppennutzen? In welchen Fällen kann nicht mit einwilligungsfähigen Erwachsenen geforscht werden? Wie soll das Recht auf Nichtwissen der Kinder geschützt werden? Es ist unserer Ansicht nach dringend notwendig, bei der Erarbeitung des Gendiagnostikgesetzes die Belange von Menschen mit Behinderung offensiver zu berücksichtigen. Wir verweisen in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf entsprechende Forderungen des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Disability mainstreaming).

Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V. (ASbH),Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (B.A.G.H.),Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (BVKM),Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.,Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP),"Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben" Deutschland e.V. (ISL), Sozialverband VdK Deutschland e.V.,Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e.V. ●

Kunsttherapeutische Methoden anwenden

Praktische Anwendung kunsttherapeutischer Methoden in der Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen
14.11. – 18.11.2005, Steinfurt

Bedeutung des Konsums von Cannabis und Partydrogen

Der Konsum von Cannabis und Partydrogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Arbeitsfeld der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung
28.11. – 30.11.2005, Bielefeld

Kompaktseminar Sozialpsychiatrie

4-teilige berufsbegleitende Weiterbildung für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder 2006
Seminar 1: 27.3. – 31.3.2006
Seminar 2: 19.6. – 22.6.2006
Seminar 3: 11.9. – 15.9.2006
Seminar 4: 13.11. – 17.11.2006

Anmeldung und Information:
GFO Nord, Friesenring 32/34, 48147 Münster, Telefon 0251 2709-396, Fax 0251 - 2709-398, e-mail diekmann@gfo-diakonie.de, www.gfo-diakonie.de

Motivierende Gesprächsführung

Ausbildung in Motivational Interviewing - MI
16. Januar 2006 - 17. Januar 2006, Heidelberg

Informationen: GK Quest Akademie
Maaßstr. 28, 69123 Heidelberg
Tel.: (06221) 732 23 30
Fax: (06221) 739 20 40
E-Mail: info@gk-quest.de
Internet: www.gk-quest.de/seminare

Doppeldiagnose Psychose und Sucht

29. November 2005, Duisburg

Informationen: AGpR, Gabriele Persien, Fuldastraße 31, 47051 Duisbur, Tel.: 0203/30036-28, Fax: -20
E-Mail: persien@agpr-rheinland.de
Internet: www.agpr-rheinland.de

DGSP
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V.

Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder

Das **DGSP** Kurzfortbildungsprogramm **2006**

enthält fast 90 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen. Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an dreizehn verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Soziotherapie, Musik, Theater und Entspannung, Stimmen Hören, Empowerment, Angehörigenarbeit, u.v.a.

Gesellschaftsreise
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeidlingerstr. 9 · 50969 Köln
Tel.: 0221/5100102
Fax: 0221/3299603
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

contec

Erfolgreiche Sozialunternehmen gestalten aktiv ihren Geschäftserfolg - mit contec.

- Strategische Unternehmensentwicklung
- Strategisches und operatives Controlling
- Interne Entbürokratisierung
- Geschäftsprozessoptimierung
- Organisationsentwicklung
- Personalberatung und -akquise
- Führungskräfte- und Personalentwicklung
- Innovationsmanagement

Unsere Beratungsspezialisten kennen Ihr Geschäft aus der eigenen beruflichen Praxis.

contec ist zertifizierte Beratungsgesellschaft

contec GmbH • Management- und Unternehmensberatung
für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft
Bochum • Berlin • Stuttgart • Remagen
Sinterstr. 8a • 44795 Bochum • fon: 0234 / 45273-0 • fax: 0234 / 45273-99
www.contec.de • www.jobsozial.de

Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.

Der **Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.** sucht für seine Tochtergesellschaft **Wohnen und Leben Bonn GmbH** eine

Geschäftsführung für die Zentrale Beratung

mit einschlägigen Kenntnissen der Sozialgesetzgebung, Erfahrung in Beratung, Hilfeplanung, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit und als nachgewiesene Führungskraft gemeindepsychiatrischer Einrichtungen.

Bitte bewerben Sie sich unter Angabe Ihrer Gehaltswünsche und mit frankiertem Rückumschlag bei Frau Schwermer, Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V., Maarstraße 98 a, 53227 Bonn, Telefon 0228 / 97 53 102.

Weitere Informationen unter www.bonner-verein.de

Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.

Der **Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.** sucht eine

Leitung Wohnheim

mit Geschäftsführungsaufgaben für 13 dezentrale Häuser (124 Plätze) sowie angeschlossenem ambulant Betreutem Wohnen. Als ausgewiesene Führungskraft in der Sozialpsychiatrie haben Sie einschlägige Erfahrungen in der Leitung größerer Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe wie Heime und Betreutes Wohnen, in der Hilfebedarfsplanung sowie das notwendige Kostenbewusstsein.

Bitte bewerben Sie sich unter Angabe Ihrer Gehaltswünsche und mit frankiertem Rückumschlag bei Frau Schwermer, Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V., Maarstraße 98 a, 53227 Bonn, Telefon 0228 / 97 53 102.

Weitere Informationen unter www.bonner-verein.de

Inspiration und Effizienz für soziale Dienstleistung

Die GFO – der führende Partner diakonischer Einrichtungen in den Arbeitsfeldern Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Fragen der Fort- und Weiterbildung, Beratung und Organisationsentwicklung

Ausgewählte Angebote für Sozialpsychiatrische Arbeitsfelder aus dem GFO-Jahresprogramm 2006

- Kompaktseminar »Sozialpsychiatrie«. Viertelige Berufsbegleitende Weiterbildung für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder · GFO Nord; N 2/2/2006
- Doppeldiagnose: Psychisch krank und geistig behindert GFO Nord; N 4/1/2006
- Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag. Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen GFO Süd in Kooperation mit der Ev. Gesellschaft Stuttgart; S 4/21/2006
- Sucht und psychische Erkrankung · GFO Nord; N 4/2/2006
- IBRP-Einführung und IBRP-follow-up-Seminar · GFO Nord; N 4/4/2006
- «Sonderpädagogische Zusatzqualifikation» bzw. «Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung» – Qualifizierung in Bausteinform. Schwerpunkt: Arbeit mit Menschen, die von psychischer Störung betroffen sind, 2006 – 2008 GFO Nord, N 2/4/2006
- Intervertionen in Krise(n). Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten GFO Süd in Kooperation mit der Ev. Gesellschaft Stuttgart; S 4/23/2006
- Behandlung oder Betreuung von Menschen mit Psychose, Borderline-Problematik und frühnarzistischen Störungen mit nonverbalen Mitteln GFO Nord; N 4/8/2006

Inhouse-Angebote zu verschiedenen Themen, z. B.:

- Kompetenzentwicklung für die professionelle Nachsorge psychisch kranker Menschen aus der klinischen Forensik. Ein Inhouse-Angebot für Dienste und Einrichtungen der Sozialpsychiatrie · GFO Nord; N 2/5/2006
- Verschiedene Angebote zur Qualitätsentwicklung in der Sozialpsychiatrie, zum Beispiel Pro Psychiatrie Qualität (PPQ)
- Beratung / Supervision
- Bildungsbedarfsermittlung und Personalentwicklung
- Konzeptionsberatung/-entwicklung

Weiterbildungsangebote für Führungskräfte:

- Führen und Leiten in Sozialen Dienstleistungsunternehmen. Management-Techniken und -Methoden, Persönlichkeits- und System-Entwicklung 2006 – 2008, Neues Kompakt-Curriculum. Zehnteilige Weiterbildung mit sieben Themenschwerpunkten (120 USd.) · GFO Nord, N 2/3/2006
- Führen und Leiten in sozialen Dienstleistungsunternehmen. Management Sozialer Organisationen (MSO) (mit Schwerpunkt: WfbM). Elfteilige Weiterbildung (640 USte.) mit integrierter anerkannter sonderpädagogischer Zusatzqualifikation für Leiter/innen von WfbM GFO Süd, S 2/8/2006

Auf unserer Homepage **www.gfo-diakonie.de** finden Sie zusätzliche Informationen zu diesen Angeboten und auch unser Gesamtprogramm

Nord

GFO Berlin

Gesellschaft für Fortbildung und Organisationsentwicklung sozialer Dienste gGmbH

Süd

Ihre Ansprechpartner:

GFO Berlin
Altensteinstraße 51
14195 Berlin
Tel. 030/830 01-271
Fax 030/830 01-275
berlin@gfo-diakonie.de

GFO Nord
Friesenring 32/34
48147 Münster
Tel. 0251/2709-396
Fax 0251/2709-398
nord@gfo-diakonie.de

GFO Süd
Sudetenweg 92
74523 Schwäbisch Hall
Tel. 0791/500-282
Fax 0791/500-300
sued@gfo-diakonie.de