

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:

Psychisch krank und suchtkrank – Herausforderung für die Hilfesysteme!

Längst ist das Thema „Psychose und Sucht“ heraus aus der Ecke des Besonderen und Speziellen. Es gibt vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten, weit mehr klinische Fachstationen als vor 10 Jahren sowie Betreuungsformen im komplementären Bereich der Gemeindepsychiatrie und vermehrte Forschungsergebnisse. Klienten mit Doppelerkrankungen tauchen immer häufiger in der stationären wie ambulanten Gemeindepsychiatrie auf, und stellen so das gesamte Betreuungssystem zunehmend vor große Herausforderungen.



Psychisch krank und suchtkrank – Herausforderung für die Hilfesysteme!

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ Psychisch krank und suchtkrank

Warum Menschen mit Doppeldiagnosen besondere Unterstützung brauchen

Harald Sadowski und Frieder Niestrat, Seite 4

■ Mehr die Regel als die Ausnahme im Versorgungssystem

Zum aktuellen Stand der Diagnostik, Therapie und Versorgungssituation

Sibylle Hornung-Knobel, Seite 8

■ Spezialeinrichtungen für Menschen mit Doppeldiagnosen

Was leisten sie für Menschen mit Schizophrenie und Substanzkonsum?

Wolfgang Krüger, Seite 9

■ Ruhe im Kopfkino

Beitrag eines Betroffenen

J.S., Seite 13

■ Gegen die Schaffung von Spezialeinrichtungen

Doppelerkrankung Schizophrenie und Sucht

Winfried Oberhausen, Seite 14

■ Designerdrogen

Brauchen wir neue Konzepte für die Doppeldiagnosen-Behandlung?

Markus Banger, Seite 17

■ Stationsambulante Gruppe für suchtmittelabhängige Frauen

Ein geschlechtersensibles, integratives Modell

Hannelore Vater, Sieglinde Buchwald, Alfred Diefenbacher, Seite 19

■ Neue Anforderungen an Gemeindepсихiatrie und Suchthilfe

Zwang zu interdisziplinärer Kooperation

Achim Dochat, Seite 22

■ Wofür eine eigenständige Suchtkrankenhilfe?

Kernaufgaben der Basisversorgung suchtkranker Menschen

Helmut Urbaniak, Seite 24

27 Spectrum

■ Die Kontroverse um Personenzentrierung

Eine Annäherung aus sozialem ethischer Perspektive

Annette Noller, Seite 27

■ Psychiatrischer Zwang im Jahre 2005

Gerät hier etwas in Bewegung?

Margret Osterfeld, Seite 31

■ Veränderungen im Sinne der Betroffenen?

Das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz ist in Kraft getreten

Waltraud Nagel, Seite 33

■ Das Kundenprinzip und seine Schattenseiten

Ein Beispiel aus dem ambulant betreuten Wohnen

Ulf Lamparter, Seite 35

37 Nachrichten

39 Termine

Liebe Leserin,
lieber Leser

Editorial

Nach rund zehn Jahren liegt nun eine weitere KERBE zum Thema Komorbidität von psychischer Erkrankung und Suchterkrankung vor Ihnen. Die Fachzeitschrift: „Der Neurologe und Psychiater“ 9/05 spricht von einer zunehmenden „Drehtür-Psychiatrie“ und erklärt „Psychose und Sucht als unheilvolle Allianz“.

Seit Mitte der 90-er Jahre sind viele Fachdiskussionen zur Komorbiditäts-Thematik ins Land gegangen, und uns liegt inzwischen ein reichhaltiges Spektrum an Erfahrungen in Diagnostik, Therapie und Management für den Bereich Komorbidität von Psychose und Sucht vor, aus dem wir Ihnen in dieser Kerbe-Ausgabe wesentliche Erkenntnisse von auf diesem Gebiet ausgewiesenen Fachleuten weitergeben – und uns damit Ihrer kritischen Diskussion stellen möchten.

So ist auf diesem Fachgebiet der Sozialpsychiatrie viel geschehen, und aus der Perspektive der Herausgeber manche Unklarheit empirischem Wissen gewichen. Längst ist das Thema „Psychose und Sucht“ heraus aus der Ecke des Besonderen und Speziellen. Es gibt vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten, weit mehr klinische Fachstationen als vor 10 Jahren sowie Betreuungsformen im komplementären Bereich der Gemeindepsychiatrie und entsprechend vermehrte Forschungsvorhaben und -ergebnisse.

Seit 2003 gibt es nun auch eine „Deutsche Fachgesellschaft für Psychose und Sucht“ (DFPS). Trotzdem gibt es noch unübersehbare Versorgungslücken und viele offene Fragen. Zum Beispiel danach, ob Spezialeinrichtungen für eine Sucht und Psychose-

Komorbidität angemessen oder eher hinderlich sind. Ob eine Integration in nicht spezialisierte Einrichtungen vielleicht sogar gefährliche Nebenwirkungen für die betroffene Klientel haben können.

Sicher ist, dass Klienten mit Doppelerkrankungen Psychose und Sucht mittlerweile immer häufiger in der stationären wie ambulanten Gemeindepsychiatrie auftauchen, und das gesamte Betreuungssystem zunehmend vor große Herausforderungen stellen. Sie gelten als „teuer“ (aufgrund ungünstiger Verläufe), uneinsichtig und unangepasst (non-compliant) und frustrieren die Behandelnden. Aktuelle Schätzungen gehen dahin, dass etwa die Hälfte aller Klienten mit der Diagnose Schizophrenie gleichzeitig suchtmittelabhängig ist.

In diesem Heft stellen wir auch die kritische Frage nach der Sinnhaftigkeit der manchmal nach wie vor parallel agierenden Systeme Sozialpsychiatrie und Suchtkrankenhilfe. Hierzu verschafft uns u.a. der Geschäftsführer des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe, Helmut Urbaniak, in seinem Beitrag entsprechende Orientierungshilfe.

Wir wünschen Ihnen viele neue Erkenntnisse bei der Lektüre unseres Heftes und freuen uns jetzt schon auf Ihre Leserbriefe!

*Harald Sadowski
Frieder Niestrat
Jürgen Bombosch*



Psychisch krank und suchtkrank

Warum Menschen mit Doppeldiagnosen besondere Unterstützung brauchen

Von Harald Sadowski und Frieder Niestrat



Harald Sadowski, Diplom-Sozialarbeiter, Suchttherapeut KDR, Leiter des Markus-Haus Essen, Kerckhoffstraße 10-12, 45 144 Essen, Fon: 0201-8745019, E-Mail: markushaus.de www.markushaus.de

Bei Doppeldiagnose-Patienten handelt es sich in bezug auf Symptomatik und Ätiologie (Lehre von den Krankheitsursachen) um eine heterogene Patientengruppe. Es ist deshalb auch verständlich, dass standardisierte Therapieprogramme für sich kaum erfolgversprechend sind, wenn sie nicht der besonderen biologischen, psychischen und sozialen Situation des Individuums Rechnung tragen. Caspar & Grawe (1994) haben herausgearbeitet, dass ein individualisiertes Vorgehen einem standardisierten Vorgehen dann vorzuziehen ist, wenn Störungen heterogen sind, wenn starke funktionale Zusammenhänge und Überschneidungen verschiedener Störungen vorliegen, wenn beziehungsmäßige Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten sowie ihr Weltbild ein besonders zugeschnittenes Angebot erforderlich machen und wenn systemische oder andere komplizierende Faktoren wie soziale Isolation oder Dauerarbeitslosigkeit einer Veränderung entgegenwirken. (Grawe 1995).

Komorbidität Psychose und Sucht

Als wir uns vor mehr als 10 Jahren im Markus-Haus Essen vor die Herausforderung gestellt sahen, mit Menschen zu arbeiten, die eine Komorbidität Psychose und Sucht aufwiesen, war das von uns nicht unbedingt gewünscht. Vielmehr war es so, dass sie in unserem Hilfesystem auftauchten und versorgt werden mussten. Zu alledem wiesen viele von ihnen weitere Störungen auf wie schwere Persönlichkeitsstörungen, geistige und körperliche Behinderungen sowie soziale Entwurzelungen und Wohnungslosigkeit. Das passte so gar nicht in das Paradigma eines gemeindepsychiatrischen Verbundes mit dem Ziel der gemeindenahen Versorgung in einem möglichst bürgerlichen

Umfeld. Das passte auch nicht in das der klassischen Struktur einer ambulant/stationären Suchtkrankenhilfe. Viele Kollegen aus den unterschiedlichen Fachbereichen rieten uns vehement ab, uns auf die Betreuung dieser Menschen einzulassen. Und auch wir selbst stellten uns die Frage, ob wir es uns zutrauen können, ein ganz spezielles Angebot zu entwickeln, zumal es fast nichts gab, an dem wir uns hätten orientieren können. Aus eigener Anschauung hatten wir bereits gelernt, dass es nicht „den“ Patienten oder Klienten mit Doppeldiagnose gab. Ebenso war es uns klar, was es bedeutet, Rückfällen und psychischer Dekompensation und den damit verbundenen Affekten ausgesetzt zu sein. Die therapeutische Herausforderung war es von Anfang an, den Spagat hinzubekommen zwischen dem Aushalten von Affekten und Impulsen und der Forderung nach Abstinenz und Normalität.

Offenes Setting und individuelle Verläufe

Zahlreiche Reisen durch Deutschland haben uns gezeigt, dass es nicht „das Konzept“ geben konnte, sondern dass es eines Settings bedurfte, das so offen gestaltet ist, dass es möglich ist, ganz individuelle Verläufe von Erkrankungen in den therapeutischen Interventionen zu berücksichtigen. Das beginnt ganz praktisch bei der Frequenz der Gespräche und führt weiter zu tagesstrukturierenden Spezialangeboten und ausgehandelten Regeln. Diese Vorgehensweise war lange Zeit vielen Einrichtungen und Diensten zu aufwendig und schwierig. Sicher hat diese Vorgehensweise ihre Begründung in der Forderung nach wirklich gut ausgebildetem und therapeutisch weiter gebildetem Personal für jeweils beide Fachrichtungen, wie sie manche

Einrichtung nicht vorhalten kann. Auch die Forderung nach hochfrequenten Teamabsprachen und Supervisionen sei hier genannt. Mittlerweile ist die Versorgungslage insgesamt ein wenig besser geworden. Kritisch muss aber angemerkt werden, dass zum Teil Einrichtungen und Dienste die Versorgung übernehmen wollen, gerade jetzt zum Zeitpunkt der Hochkonzonung (in NRW Verantwortung von den Kommunen für 7 Jahre zum Landschaftsverband

Abstract

Bei Doppeldiagnose-Patienten handelt es sich in bezug auf Symptomatik und Ätiologie um eine heterogene Patientengruppe. Es ist deshalb auch verständlich, dass standardisierte Therapieprogramme für sich kaum erfolgversprechend sind, wenn sie nicht der besonderen biologischen, psychischen und sozialen Situation des Individuums Rechnung tragen. Es bedarf eines Settings, das so offen gestaltet ist, dass es möglich ist, ganz individuelle Verläufe von Erkrankungen in den therapeutischen Interventionen zu berücksichtigen. Der Versorgungsalltag ist geprägt von Übertragungs-Erleben. Um dem nicht zu erliegen, braucht es gründlich ausgebildete und trainierte Fachleute. Grundlegendes Wissen, therapeutisches Können und eine professionelle Haltung sind hier besonders wichtig. Daher einige grundlegende fachliche Anmerkungen zur Schizophrenieerkrankung, zu einem integrativen Verständnis der Doppelproblematik sowie zu einer sinnthematisierenden Behandlungsmethode.

Rheinland –LVR-) ambulant betreuender Wohnangebote oder der Hilfen zum selbstständigen Wohnen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Tages- und Wochenfortbildungen werden dem Anspruch nicht gerecht, dem Bedarf angemessen zu begegnen. Es kann lediglich ein bescheidener Anfang sein. Das Zugeständnis, noch nicht ausreichend darauf vorbereitet zu sein, ist uns weit aus lieber als das unvorbereitete Herangehen, welches fatale Folgen haben kann. Es sei hier an den alten Grundsatz : „Wissen, Können, Haltung“ erinnert.

Voraussetzung: Grundlegendes Wissen und therapeutisches Können

Das grundlegende Wissen in den Bereichen Psychose auf der einen, der Sucht auf der anderen Seite und der damit verbundenen Symptomwirkungen muss sicher vorausgesetzt werden. Aber wie kann sich die Dynamik der Sucht und ihr Einfluss auf die Inangangsetzung und Verlauf einer Psychose auswirken? Oder anders herum: Welche Rolle kann die Psychose auf den Verlauf einer Rückfalldynamik und der damit verbundenen Folgen spielen? Man denke an die Gefahr des letalen Ausganges, der in der Dynamik eines Rückfalls liegen kann!

Das therapeutische Können ist nicht nur ein wichtiger Zugang zu den Defiziten, sondern insbesondere zu den Ressourcen der Patienten/Klienten. Wie oft werden genau diese unter- oder überschätzt? Sehr flexibel gewichtet werden müssen der Anspruch der eigenen Verantwortlichkeit der Patienten/Klienten mit der stützenden-fürsorglichen Umgehensweise und das in Abhängigkeit von ihrem aktuellen Befinden bzw. der Erkankungsphase und den Symptomwirkungen (siehe auch Gouzzoulis-Mayfrank 2003). Hier wird deutlich, wie wichtig es ist, nicht nur zu wissen, sondern mit dem therapeutischen „Know-how“ den Anspruch der Hilfe- oder Behandlungsplanung angemessen umzusetzen. Es gibt zahlreiche Beispiele, unsere eigenen selbstkritisch mit betrachteten Erfahrungen inbegriffen, an denen ein Hilfeprozess genau an

dieser Stelle scheitert, meist mit dem Abbruch der Hilfebeziehung von der einen oder der anderen Seite, und damit eine Chance vertan wurde, über die bisher bekannte oder erlebte Toleranz hinaus zu handeln. Der überwiegende Teil der Doppeldiagnosepatienten hat dies mehrfach durchlebt, und jedes Mal schwindet die Hoffnung auf einen Fortschritt ein wenig mehr.

Die professionelle Haltung scheint uns bei allem Wissen und Können das Belebende in einer therapeutischen Beziehung zu sein. Hier findet das trainierte und geübte Leben einer bejahenden Haltung seinen Niederschlag, nicht in erster Linie das Üben von Distanz, wie Professionalität leider oft verstanden wird als Gegenpol und Antwort auf kranke Beziehungswünsche. Das durch die Übertragung Erlebte ist in der Gegenübertragung zu verstehen, auch im Erleben der scheinbaren Überschwemmung mit Affekten nicht die eigenen Affekte auszuagieren oder einfach die Patienten/Klienten in ihren Beziehungswünschen zu „bedienen“ und dabei früher oder später selbst auszubrennen.

Es liegt eine große Chance darin, im Interesse der Patienten /Klienten, die Mitarbeiter auszubilden und sich als Einrichtung oder Dienst zu spezialisieren. Wir halten es für einen unverzeihlichen Irrtum, zu glauben, diese Patienten/Klienten in dem jeweils einen oder anderen Hilfesystem „mal eben mitzubetreuen“ (und das dann „integrativ“ zu nennen). Zu hoch ist die Verantwortung und zu gefährlich sind die Konsequenzen. Es ist auch, aber nicht nur, eine Frage der finanziellen Ressourcen, seien es die der Kostenträger oder Dienste und Einrichtungen, wenn es um therapeutische Qualität geht. Es ist eine Frage der Gewichtung oder wie wir Diakoniker sagen der – Wertschätzung -. Es gehört zum Selbstverständnis, dass wir alles Nötige wie Mögliche unter der Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Mittel tun und beantworten, wie wir in der nahen Zukunft mit den Menschen umgehen und was uns das wert ist.

Doppeldiagnosepatienten erfordern entsprechende Professionalität

Der Umgang mit Doppeldiagnosepatienten erfordert also die Verbindung von Grundhaltungen aus der Suchttherapie und der Psychosebehandlung, die lange Zeit als unvereinbar galten und vielleicht auch noch gelten. Daher waren wir herausgefordert, dieser neuen Problemstellung kreativ und innovativ zu begegnen und neue Hilfeformen diakonischer Arbeit zu entwickeln. Es gilt konsequent den einzelnen Menschen wahrzunehmen, der in seiner Würde missachtet wird (Leitbild der Diakonie 1997, Bremen) und sich selbst auch immer weniger achtet.

Das Vorhandensein der beiden Erkrankungen kann nicht „additiv“ verstanden werden, sondern muss in ihren Wechselwirkungen wahrgenommen werden und in eine integrierte Behandlung umgesetzt werden. Zum einen gehen dem Suchtmittelproblem mitunter psychische Störungen oder aber eher unspezifische Prodromalsymptome der Schizophrenie voraus, d.h. es werden von psychisch Kranken im Sinne einer Selbstmedikation oder einer Affektregulation bestimmte, auch illegale Drogen wie Heroin oder Kokain genommen in der Absicht, persönliches Leiden zu lindern. So verwundert es nicht, dass Suchtpatienten die Mehrzahl der Notfälle in den psychiatrischen Ambulanzen stellen.

Im umgekehrten Fall kann die Einnahme von bestimmten Drogen zu psychotischen Episoden führen oder genauer gesagt: latent vorhandene Psychosen auslösen, sofern es sich um Drogen wie Cannabis, Halluzinogene (z.B. LSD, Psilocybinpilze) und Stimulanzien (z.B. Kokain, Speed, Amphetamine) handelt. Während in den USA psychisch Kranke überwiegend zum Kokain greifen, bevorzugen sie in Europa zur Zeit noch Beruhigungsmittel wie Heroin. Auch hier zeichnet sich schon länger eine Wende zu den Stimulantien wie Ecstasy und Kokain ab.

Des weiteren gibt es Modelle, die nach gemeinsamen krankheitsbe-

Die professionelle Haltung scheint uns bei allem Wissen und Können das Belebende in einer therapeutischen Beziehung zu sein. Hier findet das trainierte und geübte Leben einer bejahenden Haltung seinen Niederschlag



Frieder Niestrat, Diplom-Psychologe und Freizeitpädagoge, stellvertretender Leiter des Markus-Haus Essen, Kerckhoffstraße 10-12, 45 144 Essen, Fon: 0201-8745019, E-Mail: markushaus.de www.markushaus.de

In der Logotherapie und Existenzanalyse hat Viktor E. Frankl den Menschen mit seiner Frage nach dem Sinn in den Mittelpunkt gestellt

stimmenden Faktoren suchen, z.B. gemeinsame genetische Faktoren, neurobiologische Grundlagen oder zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen (z.B. antisoziale Persönlichkeitsstörung.) Das in Abbildung 1 gezeigte integrative Modell der Komorbidität von Psychose und Sucht (nach Gouzoulis-Mayfrank) zeigt auf, dass es u.U. nur scheinbar gegensätzliche Positionen sind. Unterschiedliche Forschungsergebnisse können zum einen mit der Heterogenität der betroffenen Personengruppe

verschiedenen Ebenen sind „Teufelskreise“ denkbar, die sogar Teilaspekte aus allen drei Modellen enthalten können.

Eine zuverlässige Gewichtung der beteiligten Aspekte kann im Einzelfall nur abgeschätzt werden. Daher hat sich in den letzten Jahren der neutrale Begriff der Doppeldiagnose zunehmend durchgesetzt. Die verstärkte klinische Aufmerksamkeit für diese Phänomene ging einher mit einer grundlegenden Veränderung der

Für das Verständnis der Schizophrenie gilt nach wie vor das Drei-Phasen-Modell von Ciompi (1984) als grundlegend. Gemeinsame biologische (hauptsächlich genetische) Faktoren stehen in Wechselwirkung zu psychosozialen Faktoren und bestimmen die prämorbid Vulnerabilität, also die Verletzlichkeit für die Entwicklung einer schizophrenen Psychose. Diese Verletzlichkeit zeigt sich in der Störung der Informationsverarbeitung. Die erhöhte Reizsensibilität bei schizophrenen Patienten führt zu Problemen in der Wahrnehmungsstrukturierung mit Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen:

- auf emotionaler Ebene als Irritation bei sozialer Nähe, emotionale Hemmung, geringe Schwingungsfähigkeit, Affektlosigkeit,
- auf kognitiver Ebene als schnelle gedankliche Übersprünge, (Auslassungen), assoziative Gedankenabbrüche, Blockaden,
- auf der Handlungsebene als Diskriminations (Unterscheidung) verlust, Blockade, Verlangsamung, viele Dinge anfangen, Automatismenverlust.

Diese Basisstörungen (nach K. Nouvertné) nehmen 5 bis 6 Wochen vor einem akuten psychotischen Schub zu. Zusätzlicher Stress kann zum Ausbruch der Psychose führen. Suchtmittel gelten als besonderer Stressor, der bei entsprechender Verletzlichkeit dazu beiträgt, dass die Schwelle zur akuten Psychose überschritten werden kann. In den verschiedenen psychoedukativen Manualen (z.B. Pegasus, nach Wienberg, G) wird hier der Ansatzpunkt für die Betroffenen und die Behandler gesehen. Dies bedeutet für den Umgang und die Therapie mit schizophrenen Menschen: Vorurteile aufbauen, Erklärungsmuster anbieten, Strukturierungen anbieten, Alltag planbar und erklärbar (verstehbar) machen, für uns langweilige Verläufe helfen gut gegen die Überforderung in und aus der Psychose.

In der Logotherapie und Existenzanalyse hat Viktor E. Frankl den Menschen mit seiner Frage nach

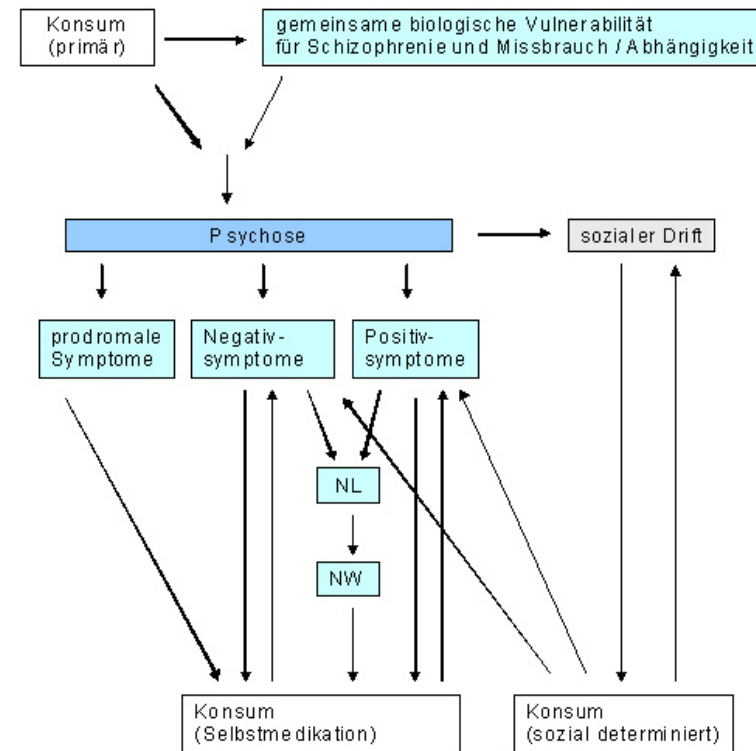


Abbildung 1: Integratives Modell der Komorbidität Psychose und Sucht (modifiziert nach Gouzoulis-Mayfrank) NL=Neuroleptika, NW=Nebenwirkungen

erklärt werden. Zum anderen ist es sogar einleuchtend, dass bei einer einzelnen Person eine Kombination aus verschiedenen Modellen zur Erklärung herangezogen werden kann (Mueser et al. 1998) So kann ein Substanzmissbrauch ursprünglich ein ungünstiger Bewältigungsversuch bei emotionalen oder sozialen Problemen im Jugendalter sein, sich aber in weiterer Folge, bei Vorliegen einer entsprechenden Verletzlichkeit (Vulnerabilität) für eine Schizophrenie, als begünstigend oder beschleunigend für den Psychoseausbruch erweisen. Auf

Krankheitsklassifikation von ICD-9 zu ICD-10. In Abwendung von einer hierarchischen Diagnostik wurde das Komorbiditätsprinzip als wesentliches Element deskriptiver Psychopathologie eingeführt. Erst damit konnten alle behandlungsbedürftigen psychischen Störungen (incl. Sucht) ohne kausale Zusammenhangsbeschreibungen oder Erkrankungshierarchien beschrieben werden. Dies ist nicht primär eine Problemlösung, es bereitete jedoch den Boden für eine vorurteilsfreiere Forschung.

Die erhöhte Reizsensibilität bei schizophrenen Patienten führt zu Problemen in der Wahrnehmungsstrukturierung

dem Sinn in den Mittelpunkt gestellt. Seine sinnthematizierende Behandlungsmethode erscheint uns als Verstehenszusammenhang in vielen Bereichen der pädagogischen, sozialen und sozialpsychiatrischen Arbeit als sehr hilfreich und wegweisend. Als körperlichem Wesen geht es dem Menschen um die Erhaltung und Gesundheit des Körpers, was durch die Bedürfnisse geregelt wird (z.B. schlafen, esse, trinken, Sexualität, Bewegung). Als psychisches Wesen strebt der Mensch nach angenehmen Gefühlen und Spannungsfreiheit. Das Gelingen solchen Suchens wird als Lust erlebt, das Scheitern als Unlust, Spannung und Frustration. Frankl führte hier dann das geistige Wesen (die Person) ein. Hierbei geht es um Sinn und Werte im Leben, um Themen wie Halt, Glaube, personale Liebe, Werte, Gerechtigkeit, Freiheit und Verantwortung. Diese personal-existentielle Dimension des Menschen hat die Fähigkeit, sich mit der körperlich-psychi-

existentieller Sicht sind es vier Elemente für die Suchtentstehung wichtig, ohne dass sie als ausschließlich verstanden werden wollen.

Zwei suchtmachende Haltungen:

- Passivierung durch die Wunschhaltung
- Bestrebung zur Leidvermeidung

Zwei existentielle Mangelsyndrome:

- Sucht entsteht durch Sinnmangel und Sinnverlust
- Sucht ist auch Inauthentizität und unsicherer Grundwert (der Süchtige ist sich nicht sicher, ob er leben will).

Therapeutisches Umgehen mit Menschen mit einer Doppelproblematik bedeutet Arbeit mit der Sinnthematik. Sinn ist hier zu verstehen als beste Möglichkeit vor dem Hintergrund der Wirklichkeit. Das Leben selbst ist es, dass dem Menschen die Frage nach dem Sinn stellt. Er hat keine Erwartungen an das Leben zu

stellen, er ist der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu verantworten hat. Die Antworten, die der Mensch, die wir alle geben, können nur konkrete Antworten auf konkrete Lebensfragen sein. Dies kann und muss im Alltag auf die ganz basa-

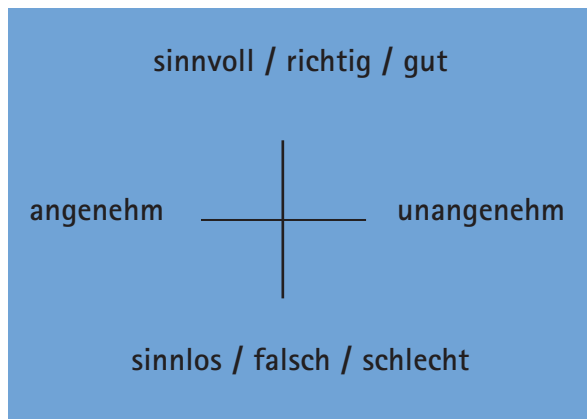


Abbildung 2: Schematische Darstellung der personal-existentialen Dimension (nach Frankl)

len Fragen heruntergebrochen werden: Warum stehe ich heute auf, was ist heute dran, was hält dieser Tag für mich bereit, kann ich mich darauf heute einlassen. Sinnvoll leben heißt das tun, was als wertvoll empfunden und erkannt wird. So kann Herr S., der ebenfalls einen Beitrag aus der Sicht eines Betroffenen beigesteuert hat, eben im schriftlichen Umgehen, im Niederschreiben seiner Erfahrungen und in der Abfassung eines Tagebuches, Hilfestellung in seinem Ringen gegen den Suchtdruck finden.

Aus existenzanalytischer Sicht besteht das Leiden in und an der Sucht im Freiheitsverlust. Wenn der Mensch die personal-existentialen (geistigen) Dimension nicht lebt, kann er sein Leben nicht zu einer Sinnhaftigkeit führen. Aus

Es ergibt sich insgesamt ein hoher Anspruch für einen Versorgungsauftrag mit hoher Verantwortung.

Hier ist auch die Multiprofessionalität des Teams gefordert und gefragt. Wertvolle Möglichkeiten gibt es in allen Bereichen aufzuspüren. Sie werden den Betroffenen jedoch nie verordnet, es gibt Angebote und gemeinsame Suche. Die Betroffenen werden die Situationen und Möglichkeiten erspüren, die für sie wichtig sind. Wir haben dies zu unterstützen, zu bergen und zu thematisieren.

Ein wichtiger Aspekt noch: Nicht nur wir als Behandelnde und Betreuende brauchen die Zeit um zu lernen, insbesondere die DD-Patienten brauchen sie, um sich selbst zu verstehen. Claus Solbach von der „Sozialen Hilfe Marburg“ hat es sehr treffend ausgedrückt: „Die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist Beziehungsarbeit und kein technischer Reparaturvorgang. Wir wollen Psychodynamik und nicht Aerodynamik.“

Daraus folgert unbedingt:

- der Verzicht auf prälimitierte Behandlungs- und Betreuungszeiten zu Gunsten eines individuellen Konzeptes,
- das „sich einlassen“ auf Behandlungs- und Betreuungsangebote, die sich oft nur in der Länge der Zeit qualifizieren,
- die Schaffung niederschwelliger Einrichtungen mit lebenserhaltenden Zielsetzungen und Schadensbegrenzungen, aber es braucht auch höherschwellige Einrichtungen, die sozialtherapeutisch die Arbeit der Fachkrankenhäuser weiterführen.

Literatur

Frankl, V., 1985: Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, Serie Piper
 Gouzoulis-Mayfrank: Komorbidität Psychose und Sucht, Steinkopff 2003
 Grawe, K., 1995: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40, 130-145.
 Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S; Sibus, B, 1996: Schizophrenie zum Thema machen, Psychoedukative Gruppenarbeit, Pegasus, Psychiatrie-Verlag.
 Längle, A., 1988, Entscheidung zum Sein, Serie Piper

Therapeutisches Umgehen mit Menschen mit einer Doppelproblematik bedeutet Arbeit mit der Sinnthematik



Aus existenzanalytischer Sicht besteht das Leiden in und an der Sucht im Freiheitsverlust

Mehr die Regel als die Ausnahme im Versorgungssystem

Zum aktuellen Stand der Diagnostik, Therapie und Versorgungssituation

Von Sibylle Hornung-Knobel

Es kann Menschen durchaus gelingen, sich in die Macht der Sucht einzufühlen. Auch psychische Erkrankungen wie Angst und Depression sind Vielen nicht fremd. Das Einfühlen in eine schizophrene Psychose wird nur näherungsweise mit einem fachlichen Hintergrund gelingen können. Treffen jedoch Sucht und Psychose zusammen, dann wird es komplizierter, nicht nur für den Laien, sondern auch für den Fachmann. Lange Zeit fand der komorbide Substanzkonsum bei Patienten mit schizophrenen Psychosen wenig Aufmerksamkeit bei Klinikern und niedergelassenen Ärzten und es gab keinen geeigneten Behandlungsweg für dieses Krankheitsbild. In den letzten Jahren jedoch rückte die komorbide Erkrankung zunehmend in den Vordergrund und das Interesse in der Fachwelt nahm für dieses Thema deutlich zu. Dies überrascht nicht, da Patienten mit einer Psychose- und Suchterkrankung mehr die Regel als die Ausnahme in unserem Versorgungssystem sind und die Komorbiditätsrate ständig zunimmt. Ca. 50 % aller schizophren Erkrankten weisen mindestens einen Substanzmissbrauch bzw. eine Abhängigkeit auf, wobei Cannabis die häufigste illegale Droge, Alkohol und Tabak die häufigste missbräuchlich eingenommene Substanz ist (Lebenszeitprävalenz).

Soziodemographische Daten zeigen, dass der überwiegende Teil der Patienten mit Doppeldiagnosen (Patienten mit der Diagnose Psychose und Sucht) jünger als der Durchschnitt der restlichen schizophren Erkrankten ist, d. h. das Alter der psychischen Ersterkrankung liegt nach neueren Studien mit 17,7 Jahren um ca. 8 Jahre früher als bei der abstinenten Kontrollgruppe. Diese Entwicklung führt dazu, dass die schizophren Erkrankten oft unverheiratet sind, meistens eine geringe Schul/Berufsausbildung

aufweisen und somit zunehmend ein gesellschaftliches und ökonomisches Problem darstellen. Bezogen auf den Krankheitsverlauf und die Krankheitsausprägung haben Patienten mit Schizophrenie und Substanzmissbrauch eine schlechte Prognose. Durch den weiter bestehenden Konsum und die psychische Erkrankung gehen soziale Kompetenzen zunehmend verloren, kommt es zu vermehrten finanziellen, beruflichen und familiären Schwierigkeiten, zu einer erhöhten sozialen Desintegration (sog. social drift) und zu häufigen kriminellen Delikten.

Es stellt sich nun die Frage, warum schizophrene Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung einen gesteigerten Alkohol- und Substanzmittelmissbrauch haben (Liebermann 1993). Gründe hierfür könnten die leichte Verfügbarkeit oder als Mitverursacher auch die Deinstitutionalisierung sein, da durch die soziale Integration die Patienten auch den negativen Einflüssen eines „normalen“ sozialen Umfeldes ausgesetzt sind. Diese Hypothesen sind plausibel, erklären aber nicht, den hohen Anteil der komorbiden Patienten. Für die erhöhte Komorbidität von Substanzkonsum werden bei schizophrenen Patienten aus klinischen Beobachtungen und theoretischen Überlegungen im Wesentlichen drei Erklärungsmodelle postuliert, die bisher aber wissenschaftlich noch nicht bestätigt werden konnten.

Erklärungsmodelle

Erklärungsmodelle für Substanzmissbrauch bei schizophrenen Psychosen:

- Gemeinsame Ätiologie disponiert für eine Psychose- und Substanzstörung (im Sinne einer dopaminergen Dysfunktion in mesolimbischen und korticalen System),
- die schizophrene Störung ist die

Grunderkrankung, die Störung des Substanzkonsums die Folge (sekundäre Suchtentwicklung: Selbstmedikation bei Positiv- und Negativsymptomen, bei medikamentös bedingten Nebenwirkungen und zur Affektregulation),

■ der Substanzkonsum trägt zur Manifestation bzw. Induktion der schizophrenen Psychose bei (sekundäre Psychoseentwicklung).

Die Betreuung von Patienten mit Psychose und Sucht gestaltet sich schwierig, da die Therapie- und Medikamentencompliance unzurei-

Abstract

Das Thema „Psychose und Sucht“ findet in der Psychiatrie zunehmende Beachtung, was auf die hohe Prävalenz von Patienten mit der Diagnose Psychose und Sucht, auf die schweren Krankheitsverläufe und hohe Behandlungskosten zurückzuführen ist. Es besteht ein erhöhtes somatisches Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für psychotische Rückfälle und eine verstärkte soziale Desintegration. Sucht kompliziert den Verlauf der Psychose mit Neigung zur Chronifizierung. Derzeit werden ätiologisch drei Erklärungsmodelle postuliert. Evaluiert wurde das integrierte Behandlungskonzept, mit beeindruckender Erfolgsbilanz bei Reduktion von Konsumtionen, Hospitalisierungen und Drop out-Raten. Dabei behandelt ein Team beide Erkrankungen. In der Therapie werden sucht- und psychosespezifische Behandlungselemente verknüpft. Nachbetreuung ist langfristig angelegt, und wird von konstanten Bezugspersonen durchgeführt. Es besteht eine äußerst mangelhafte Versorgungssituation für komorbide Patienten, da es dieses Behandlungskonzept bundesweit nur in wenigen Einrichtungen gibt. Notwendig ist ein Ausbau des Versorgungssystems, um die Patienten nicht institutionell auszugrenzen.



Sibylle Hornung-Knobel, Oberärztin Abteilung Psychose und Sucht, BKH-Haar, 1. Vorsitzende der DFPS e. V., BKH Haar, Voockestraße 72, 85540 Haar

chend und somit das Rückfallrisiko erhöht ist. Auch führt der zusätzliche Missbrauch von psychoaktiven Substanzen zu deutlich häufigeren Wiederaufnahmen und zu einem ungünstigen Krankheitsverlauf. Wichtig ist deshalb für die Behandlung mit der Diagnose Psychose und Sucht ein spezifisches Interventionsprogramm, das auf die Besonderheiten und Bedürfnisse dieser Patienten zugeschnitten ist und Interventionsstrategien beinhaltet, die sich in der Versorgung von Suchtpatienten und Patienten mit Schizophrenie bewährt haben. (Drake et al 1998).

Der integrierte Ansatz

Dies trifft für den integrierten Ansatz zu. Unter einem integrierten Ansatz versteht man, dass ein Team beide Erkrankungen behandelt, die geringe Motivation der Patienten berücksichtigt wird und die Behandlung niederschwellig und langfristig angelegt ist. Es soll sich um eine „individuelle“ Therapie handeln, in der sucht- und psychosespezifischen Behandlungselementen verknüpft werden. Nach Identifikation und genauer diagnostischer Erfassung der Komorbidität kommt besonders der modifizierten Psychoedukation Bedeutung zu. In den therapeutischen Gruppen soll psychose- und suchtmittelspezifisches Wissen vermittelt und auch die Prävention des Suchtmittelrückfalls und der psychotischen Wiedererkrankung bearbeitet werden. Die psychotherapeutische

Behandlung ist verhaltens- und soziotherapeutisch orientiert und beinhaltet u. a. gruppentherapeutische Angebote zur Stressbewältigung, Verbesserung sozialer Kompetenzen, etc.

Suchtmittelbezogene Rückfallprävention

Eine weitere wichtige Säule bei der integrierten Behandlung ist die suchtmittelbezogene Rückfallprävention, die auf der Basis der motivierenden Gesprächsführung (5-stufiges Motivationsmodell zur Abstinenz nach Prochaska und Di Clemente) erfolgt. Die Basis für eine effektive integrierte Behandlung ist jedoch die Psychopharmakotherapie, die die psychotische Symptomatik der Doppeldiagnosenpatienten gut verbessert und die durch eine sehr gute Wirksamkeit und durch ein geringes Nebenwirkungsprofil gekennzeichnet sein sollte. Zu Beginn der Behandlung sollen die Familienangehörigen einbezogen werden, die ebenso wie die Patienten durch entsprechende spezielle Psychoedukation geschult werden sollten. Bei der Entlassung ist darauf zu achten, dass die Patienten – soweit durchführbar – in ein „konsumsensitives“ Umfeld zurückkehren und sie eine engmaschige kontinuierliche ambulante Nachsorge am besten durch eine aufsuchende Hilfe erhalten. Auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen führt zu einer psychischen Stabilisierung und unterstützt das angestrebte Ziel der Abstinenz. Das

integrierte Behandlungskonzept mit u. a. Schwerpunkten in der Optimierung der medikamentösen Therapie und der Intensivierung einer ambulanten Betreuung, zeigt bei Patienten mit der Diagnose Psychose und Sucht eine durchaus beeindruckende Erfolgsbilanz. So bewirkt die integrierte Versorgung eine Reduktion von Konsummen (Drake et al 1993), weniger Hospitalisierungen (Godley et al 1994) und niedrige Drop out Raten (Bartels et al 1995).

Das Anliegen der Deutschen Fachgesellschaft Psychose und Sucht (DFPS e.V.), zu diesem Zweck 2003 gegründet, ist es, die Arbeit mit und für die Menschen mit der Diagnose Psychose und Sucht zu unterstützen und die gesellschaftliche Akzeptanz dieser Patientengruppe durch Informations- und Bildungsmaßnahmen zu fördern. Die Fachorganisation setzt sich auch ein, für eine Spezifizierung und Optimierung der bestehenden Therapieangebote, will den intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen fördern und strebt auch eine regionale Vernetzung der spezialisierten Einrichtungen an. In den bundesweit beachteten Fachtagungen soll die Kommunikation unter den Mitgliedern der Spezialeinrichtungen und den Interessierten verbessert werden. Aktuelle Praxisfragen sowie neuere Forschungsergebnisse der Sucht- und Psychose thematik werden dort diskutiert (www.DFPS.de). ●

Das Anliegen der Deutschen Fachgesellschaft Psychose und Sucht ist es, die Arbeit mit und für die Menschen mit der Diagnose Psychose und Sucht zu unterstützen

Spezialeinrichtungen für Menschen mit Doppeldiagnosen

Was leisten sie für Menschen mit Schizophrenie und Substanzkonsum?

Von Wolfgang Krüger

Als jemand, der bereits seit Beginn der 90er Jahre Klienten mit „Doppeldiagnosen“ betreut, hatte ich den Eindruck, dass die Diskussion „Spezialeinrichtungen ja oder nein?“ bei den beteiligten Fachleuten schon Mitte der 90-er Jahre zu einem Ergebnis geführt hatte. Kurz zusammengefasst lautete es: Menschen mit Komor-

bidität von Psychose und Sucht benötigen einen speziellen Behandlungs- oder Betreuungsrahmen, in dem sozialpsychiatrische und suchtherapeutische Erkenntnisse konvergieren. Hierzu sind spezialisierte Einrichtungsformen sinnvoll, die zugleich als „Kerne“ wirken, um innerhalb der Versorgungssysteme Psychiatrie und

Sucht, einen fachlich angemesseneren Umgang mit der jeweiligen „komplementären“ Störung zu befördern.

Die neue Aktualität einer alten Diskussion

Die Diskussion heute wieder aufzugreifen, macht vor allem auf

Auch nach 15 Jahren fachpolitischer Diskussion über Komorbidität von Psychose und Sucht haben sich die Versorgungsbedingungen nicht wesentlich verbessert

Während große Defizite also unabweisbar sind, deutet sich andererseits ein wachsender Druck öffentlicher Kostenträger im Bereich der Eingliederungshilfe an

Abstract

Auch nach 15 Jahren fachpolitischer Diskussion über Komorbidität von Psychose und Sucht haben sich die Versorgungsbedingungen nicht wesentlich verbessert. Die Mehrheit der psychiatrisch Tätigen geht davon aus, bei dieser Klientengruppe gäbe es generell eine besonders schlechte Entwicklungsprognose. Der Beitrag illustriert, dass dies zumindest teilweise die unzureichenden Behandlungsangebote widerspiegelt. Auf der Basis von ca. 100 mehrjährigen Betreuungsverläufen in der soziotherapeutischen Einrichtung „Faßbacher Hof“ seit 1991 wird diskutiert, wie Klienten mit Psychose und Sucht sich in einem Betreuungskontext entwickeln können, der sozialpsychiatrische und suchttherapeutische Ansätze zu integrieren versucht.

Grund der nach wie vor eklatanten Versorgungsdefizite Sinn. Neuere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass fast jeder zweite Mensch mit schizophrener Psychose im Laufe seines Lebens temporär oder dauerhaft eine Suchtproblematik entwickelt. Ob diese Daten eine wirkliche Zunahme komorbider Erkrankungen widerspiegeln oder damit zusammenhängen, dass Komorbidität heute genauer diagnostiziert wird, ist nicht eindeutig zu beantworten. Fest zu stehen scheint, dass sich seit den diagnostischen Leitlinien des ICD 10 der Aufmerksamkeitsfokus des psychiatrisch tätigen Personals tendenziell erweitert auf die Wahrnehmung eines häufig komplex verbundenen Systems psychischer Störungen.

Für eine tatsächliche Zunahme komorbider Erkrankungen spricht vor allem: Unmittelbar nachvollziehbar fällt es Menschen mit – häufig chronischen – psychischen Erkrankungen schwer, einen Wunsch nach Veränderungen ihres Konsumverhaltens zu entwickeln, wenn sie keine positiven Lebenserwartungen hiermit verknüpfen können. Andererseits

werden psychisch Erkrankte in Zeiten dauerhafter Massenarbeitslosigkeit immer seltener in Arbeitsleben oder andere sozial sinnstiftende Zusammenhänge integriert. Es kann von einer wachsenden Population chronisch psychisch Kranker ausgegangen werden, die sozial isoliert und marginalisiert leben und deshalb geringe Anreize zu Konsumreduktion, Konsumkontrolle oder Abstinenz haben. Dies dürfte insbesondere auch für die wachsende Gruppe junger chronisch psychisch Kranker gelten, bei denen fast regelhaft ein früher Krankheitsbeginn und ein jahrelanger multipler Substanzkonsum vorliegen.

Während große Defizite also unabweisbar sind, deutet sich andererseits ein wachsender Druck öffentlicher Kostenträger im Bereich der Eingliederungshilfe an; teilweise wird vehement gegen (teure) Einrichtungen für komorbide Klienten plädiert, wobei die fiskalische Motivation nur mühsam mit fachlichen Argumenten, wie etwa dem der „schlechten Prognose“ für komorbide Patienten, überdeckt wird.

Vom Wohnheim für Suchtkranke zum Wohn- und Betreuungsverband für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht

Die von mir geleitete Einrichtung ist für „Spezialeinrichtungen“ in gewisser Weise atypisch. Sie entstand Ende der 70er Jahre als Wohneinrichtung für Alkoholabhängige und begann ab 1987 Bewohner mit Psychose und Sucht aufzunehmen. Die Konzeptentwicklung musste sich hierbei zwangsläufig – mangels leitender Beispiele – in einem Prozess des „learning by doing“ vollziehen. Nach verschiedenen konzeptionellen und strukturellen Umbrüchen betreuen wir heute schwerpunktmäßig Menschen mit schizophrenen Psychosen und Sucht, darüber hinaus Klienten mit Persönlichkeitsstörungen (wie: affektive Störungen, Angststörungen, Borderline-Störungen).

Im Substanzmissbrauch stand zunächst meist Alkohol im Mittelpunkt, seit dem Jahr 2000 ist

eine Aufnahme unabhängig von der Substanzpräferenz möglich. Die Mehrheit der Klienten sind daher heute psychisch Erkrankte mit Drogenabhängigkeit oder Polytoxikomanie. Einer unserer Arbeitsschwerpunkte ist die Betreuung psychisch erkrankter Opiatabhängiger in Substitution.

Sozialpsychiatrie versus Suchttherapie? – Erfahrungen mit der Integration

In der Retrospektive bietet die Tatsache, dass der Faßbacher Hof nicht als Spezialeinrichtung entstand, sondern sich schrittweise und mit Brüchen hierzu entwickeln musste, ein breites Feld von Erkenntnissen. In der jüngeren Literatur wird zu Recht häufig darauf verwiesen, dass die Integration von sozialpsychiatrischen und suchttherapeutischen Elementen in mancher Hinsicht eine Integration von gegensätzlichen Philosophien, Haltungen und Methoden bedeutet.

Unser spezifischer Erkenntnisgewinn besteht darin, dass wir dies innerhalb einer Einrichtung und eines therapeutischen Teams bewältigen mussten. Ich selbst war überwiegend inspiriert durch sozialpsychiatrische und institutionskritische Aspekte der Psychiatrie-Reform-Diskussion. Andererseits traf ich auf „suchtspezifische“ Einrichtungsstrukturen, die sich durch tradierte – meines Erachtens überwiegend vorwissenschaftlich begründete – Mechanismen übermäßiger Kontrolle mit der Tendenz zur Depersonalisation auszeichneten. Innerhalb des therapeutischen Teams hatte sich intuitiv die Erkenntnis verbreitet, dass Bewohner mit psychotischen Erkrankungen meist durch die Erwartung „eigenverantwortlicher“ Entscheidungen über einen Substanzkonsum überfordert waren. Auch war in der Betreuungsbeziehung erfahrbar, dass ein Übermaß an „Konfrontation“ psychotische Klienten eher in eine akute Erkrankungsphase treiben kann. Zum Betreuungsstandard gehörte bereits, dass Rückfälle nicht zwangsläufig zu einer Beendigung der Betreuungsbeziehung führen müssen.



Wolfgang Krüger, Dipl.-Sozialarbeiter und Leiter der sozialtherapeutischen Einrichtung Faßbacher Hof, Neuenhausgasse 15, 51375 Leverkusen

Andererseits konnten zunächst sowohl das therapeutische Team als auch ein Teil der Bewohner nur schwer auf überdimensionierte Kontrollaspekte verzichten. Die Kontroversen hierüber entzündeten sich regelmäßig an der Frage des „Umgangs mit Rückfällen“. Über mehrere Jahre hinweg waren sowohl Bewohner als auch Teammitglieder nur schwer für einen uneingeschränkt individuellen Umgang mit Rückfällen zu gewinnen. Hierbei begegneten sich zwei unterschiedliche Dynamiken: Ein Teil der Klienten forderte in

fischen Problematik nicht wahr- und angenommen werden konnten. Diese Faktizität der Ereignisse begünstigte die nötigen konzeptionellen Korrekturen nicht unwesentlich. In einem permanenten Reflektionsprozess entwickelte sich schrittweise die Erkenntnis, dass sowohl beim Umgang mit der psychischen - als auch beim Umgang mit der Suchterkrankung eine primär supportive, gleichzeitig den Substanzkonsum ernst nehmende Haltung sinnvoll und möglich ist.

Im Ergebnis arbeiten wir heute auf der Basis folgender Prämissen:

■ Der Gegensatz zu „Abhängigkeit“ ist nicht „Abstinenz“, sondern „Unabhängigkeit“. Damit meinen wir idealtypischer Weise eine innere, emotional freie, nicht von zwanghaftem Drang diktierte, Entscheidung über das „Ob, Wie und Wann“ des Konsums. Lösungen sind dabei in der lebensgeschichtlichen Perspektive notwendigerweise unterschiedlich und können von Konsumreduktion über kontrollierten Konsum

Der Gegensatz zu „Abhängigkeit“ ist nicht „Abstinenz“, sondern „Unabhängigkeit“

Diagnosegruppe:	Klientenzahl	Durchschnitt Aufenthalt (Jahre)	Rückfälle gesamt	Rückfälle Jahr / Klient
Persönlichkeitsstörung / Alkohol	37	1,9	97	1,5
Persönlichkeitsstörung / Drogen	3	1,0	16	5,3
Persönlichkeitsstörung / Drogen substituiert	6	1,3	9	1,1
Psychose / Alkohol	24	4,4	106	1,0
Psychose / Drogen	11	2,5	25	0,9
Psychose / Drogen, substituiert	7	1,25	18	1,8
Drogen ohne Substitution	14	1,0	41	2,9
Drogen mit Substitution	14	1,3	27	1,5
Alkohol	61	3,2	203	1,2
Psychose Gesamt	43	3,3	149	1,0
Persönlichkeitsstörung Gesamt	42	1,8	122	1,6

Abbildung1: Quantitative Verteilung des Substanzkonsums bei verschiedenen Diagnosegruppen

berechtigtem Misstrauen in die eigene Abstinenzfähigkeit mehr äußere Kontrollmechanismen ein. Auf der anderen Seite suchte ein Teil des therapeutischen Teams eigene Handlungssicherheit in schematischen „allgemeingültigen“ Regeln. Phasenweise erschienen durchaus auch die einzelnen handelnden Individuen in gegensätzliche Haltungen „gespalten“.

In der Rückschau waren es vor allem die „Doppeldiagnose“-Patienten, die dem Team zu einer Korrektur seiner Haltung verhalfen. Es war nun einmal offenbar unproduktiv, chronisch wahnhaft, halluzinierende Bewohner nach einem einmaligen Rückfall auf eine Entgiftungsstation zu verbringen, wo sie in ihrer spezi-

Interessanterweise profitierten von dieser Entwicklung im Ergebnis alle Klienten. Auch bei langfristig Suchtkranken mit Persönlichkeitsstörungen ist die Haltung zum Substanzgebrauch bekanntlich in der Regel ambivalent, subjektive Vor- und Nachteile müssen im Verlauf der Betreuung abgewogen, Schuldgefühle und Moralisierung reduziert und ein verstehender Zugang zu den Triebfedern des Konsums erarbeitet werden. Die Frage grundsätzlich anderer Haltungen gegenüber Suchtphänomenen oder psychischen Erkrankungen stellt sich nach einem solchen Konvergenzprozess nicht mehr.

bis zur Abstinenz reichen. Erster Orientierungspunkt ist hierbei, wie der Konsum das psychische Befinden und die soziale Integration des Klienten beeinflusst.

■ Der Aufenthalt in der stationären Einrichtung dient als „Zeitfenster“, in dem der Betroffene die Möglichkeit hat, eigene Lösungen zu entwickeln. Hierfür ist ein beschützendes und abstinenzorientiertes Milieu nötig. Der Konsum nicht verordneter psychotroper Substanzen (bei substituierten Klienten der Beikonsum) stellt daher während des Aufenthaltes einen Rückfall dar.

■ Für den Umgang mit Rückfällen gib es kein allgemeines Regelwerk. Die Bearbeitung erfolgt mit dem Klienten individuell. Bei Suchtmittelrückfällen von Men-

Auch bei langfristig Suchtkranken mit Persönlichkeitsstörungen ist die Haltung zum Substanzgebrauch bekanntlich in der Regel ambivalent, subjektive Vor- und Nachteile müssen im Verlauf der Betreuung abgewogen, Schuldgefühle und Moralisierung reduziert und ein verstehender Zugang zu den Triebfedern des Konsums erarbeitet werden



Der Wohn und Betreuungsverbund Faßbacher Hof besteht heute aus einem stationären Teil mit 28 Plätzen in der Stammeinrichtung und einer Außenwohngruppe, dem ambulanten Betreuten Wohnen

schen mit psychiatrischer Komorbidität können auch Hilfestellungen zur psychischen Erkrankung (wie medikamentöse Umstellungen oder Stressreduktion) im Zentrum der Rückfallbearbeitung stehen.

■ Da im ambulanten Bereich ein abstinenzorientierte Milieu nicht mehr gegeben ist, muss das Handlungsrepertoire notwendigerweise breiter sein. Klienten werden hier langfristig sowohl bei Abstinenz, als auch bei Versuchen der Konsumreduktion und des kontrollierten Substanzkonsums begleitet.

Quantitative und qualitative Entwicklungen im Konsumverhalten psychisch Kranker

Der Wohn und Betreuungsverbund Faßbacher Hof besteht heute aus einem stationären Teil mit 28 Plätzen in der Stammeinrichtung und einer Außenwohngruppe, dem ambulanten Betreuten Wohnen, so wie einem breit gefächerten tagesstrukturierend-arbeitstherapeuti-

dauer betrug 3,2 Jahre. In den empirischen Daten spiegelt sich die Weiterentwicklungen der Konzeption in einem kontinuierlichen Anstieg des Anteils der Klienten mit Schizophrenie und Drogenabhängigkeit. Aktuell liegen bei 64% der Bewohner eine schizophrene Psychose, bei 53,6 % eine Substanzpräferenz „Drogen“ vor. Jeder dritte Bewohner (32,1 %) ist auf Grund einer Opiatabhängigkeit substituiert.

In den folgenden statistischen Angaben wurden aus Vereinfachungsgründen Untergruppen gebildet. Mit „Psychose“ sind alle Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises bezeichnet. Unter „Persönlichkeitsstörung“ sind alle nicht-psychotischen Störungen subsumiert. In der Beschreibung des Substanzkonsums wird eine aktuell im Mittelpunkt stehende Hauptsubstanzgruppe benannt. Betrachten wir schwerpunktmäßig die markierten Daten: Klienten

den vergleichsweise „weichen“ Behandlungsrahmen nur dann integriert werden, wenn sie substituiert sind. Erfasst ist bis hier jeder bekannt gewordene Konsum. Zur qualitativen Beschreibung unterscheiden wir im weiteren zwischen fünf erfahrungsgemäß häufigen Konsumtypen.

Als abstinenter werden alle Klienten bezeichnet, die nicht konsumierten oder bei denen sich im Verlauf eine Konsumfreiheit entwickelt hat. Bei allen anderen Klienten wird zwischen folgenden (vereinfachten) Konsummustern unterschieden:

- Typus 1: Seltener Konsum mit geringer Intoxikation
- Typus 2: Seltener Konsum mit starker Intoxikation
- Typus 3: Häufiger Konsum mit geringer Intoxikation
- Typus 4: Häufiger Konsum mit starker Intoxikation.

Diagnosegruppe	Abstinenter	Typus 1	Typus 2	Typus 3	Typus 4	Gesamt
Persönlichkeitsstörung / Alkohol	24,3%	16,2%	27%	2,7%	29,7%	100%
Persönlichkeitsstörung / Drogen					100%	100%
Persönlichkeitsst. / Drogen substituiert	50,0%	16,6%	16,6%	16,6%		100%
Psychose / Alkohol	20,8%	58,3%	8,3%	12,5%		100%
Psychose / Drogen	27,3%	36,4%	18,2%	18,2%		100%
Psychose / Drogen substituiert	25,0%	12,5%	25%	25%	12,5%	100%
Drogen ohne Substitution	21,4%	28,6%	14,3%	14,3%	21,4%	100%
Drogen mit Substitution	35,7%	14,3%	21,4%	21,4%	7,1%	100%
Alkohol	22,9%	32,8%	19,7%	6,6%	18,0%	100%
Psychose Gesamt	23,5%	44,1%	13,9%	16,3%	2,3%	100%
Persönlichkeitsstörung Gesamt	26,1%	15,2%	23,9%	4,4%	30,4%	100%

Abbildung 2: Verteilung unterschiedlicher Konsummuster nach Diagnosen

Was das Erreichen von Abstinenz betrifft, gibt es also keinen signifikanten Unterschied zwischen den diagnostischen Gruppen. Menschen mit schizophrener Psychose gelingt in einem geeigneten Umfeld Abstinenz etwa genauso häufig (zu ca. einem Viertel) wie Menschen mit anderen psychischen Störungen

schen Angebot, dass sowohl von stationär als auch von ambulant betreuten Klienten genutzt wird.

Seit 1991 wurden stationär insgesamt 122 Klienten aufgenommen. Ohne „Abbrüche“ in den ersten drei Monaten kam es zu 101 langfristigen, in der Regel mehrjährigen Betreuungen (vgl. Abb. 1, S.11). Die statistische durchschnittliche Aufenthalts-

mit schizophrener Psychose haben mit 3,3 Jahren auf Grund der Schwere der psychischen Störung eine signifikant höhere Aufenthaltsdauer. Allerdings kommt es mit 1,0 Konsumfällen pro Jahr bei Klienten mit Schizophrenie sogar zu einer besseren Reduktion als bei Abhängigen mit Persönlichkeitsstörungen. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen und Drogenabhängigkeit können in

Was das Erreichen von Abstinenz betrifft, gibt es also keinen signifikanten Unterschied zwischen den diagnostischen Gruppen. Menschen mit schizophrener Psychose gelingt in einem geeigneten Umfeld Abstinenz etwa genauso häufig (zu ca. einem Viertel) wie Menschen mit anderen psychischen Störungen. So weit es zu Rückfällen kommt, dominieren bei schizophrenen Patienten eindeutig

(zu 44%) seltene Rückfälle mit geringer Intoxikation. Zu häufigen exzessiven Rückfällen (was meist zu einer Beendigung des Aufenthaltes führt) kommt es nur bei 2,3 % der schizophrenen Klienten, aber bei 30,4 % der Klienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Schlussfolgerungen

Die hier angeführten Ergebnisse lassen den Schluss zu, die These von einer durchgängig negativen Prognose für Patienten mit Psychose und Sucht zu relativieren. Es gibt offenbar eine große Gruppe, die unter ungünstigen

sozialen Bedingungen und bei ungeeigneten Behandlungsangeboten zu einem äußerst exzessiven Substanzkonsum neigt, der seinerseits negativ auf die psychische Erkrankung zurückwirkt. Allerdings entwickelt sich nur bei einem Teil hieraus ein körperliches Abhängigkeitssyndrom. Unter beschützten und abstinenzorientierten Bedingungen können diese Klienten durchaus lange suchtmittelfreie Phasen erreichen oder ihr Konsumverhalten so weit regulieren, dass es nur noch zu seltenen und geringfügigen Konsumfällen kommt. Erste Erfahrungen aus ambulanten Weiterbe-

treuungen deuten darauf hin, dass diese Klienten später mehrheitlich zu einem nur seltenen oder kontrollierten Substanzkonsum neigen (hierzu aber bei psychischer Stabilität eher in der Lage sind als andere Konsumenten). Die These, Menschen mit „Doppeldiagnose“ könnten nur sehr niedrigschwellige „konsumierende Einrichtungen“ akzeptieren, lässt sich nicht verifizieren. Grundvoraussetzung einer effektiven Betreuung erscheint ein sehr langfristiger Betreuungsrahmen, der auf die Wechselwirkungen von Psychose und Sucht fokussiert ist. ●

Die hier angeführten Ergebnisse lassen den Schluss zu, die These von einer durchgängig negativen Prognose für Patienten mit Psychose und Sucht zu relativieren

Mein Name ist J.S., ich bin 48 Jahre alt. Ich wurde in Delfzijl in den Niederlanden geboren. Mein Vater war Schiffsbauer und meine Mutter Korrespondentin in Holland. Mit zwei Jahren kam ich nach Deutschland zu meinen Großeltern. Die Ehe meiner Eltern wurde zu dieser Zeit geschieden. Meine Mutter arbeitete weiterhin in Holland. Eingeschult wurde ich in Weener/Ems, aber nach einem halben Jahr holte mich meine Mutter nach Holland zurück. Nach einem weiteren halben Jahr holten mich meine Großeltern wieder nach Deutschland zurück, wo ich wiederum für ein halbes Jahr in Weener zur Schule ging. Danach ging ich für ein gutes Jahr nach Amsterdam, wo ich in eine Pflegefamilie kam. Mittlerweile war ich 9 Jahre alt und psychisch schwer angeschlagen. Ich unternahm einen Suizidversuch mit einem Messer und kam in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nach einem kurzen Aufenthalt in einem Internat zog ich mit meiner Mutter nach Bremen. Wo ich dann schon nach recht kurzer Zeit mit den Drogen in Berührung kam. Ich war fast 11 als ich meinen ersten Joint rauchte. Ich hatte eine besonders dicke Hornbrille, wurde von Lehrern und Schülern gehänselt und gemieden. Meinen Mitschülern machte es Spaß, mir die Brille wegzunehmen und mich zu verprügeln. Aber auch von meinen Großeltern und von meiner Mutter bekam ich häufig Schläge, ohne zu wissen wofür. In der Pflegefamilie erlebte ich Zeiten ohne Gewalt. In den holländischen

Schulen gab es auch diese Hänseleien der Mitschüler nicht. Ich war oft allein und hatte große Ängste, besonders in der Dunkelheit und in kleinen engen Räumen.

In den ersten zehn Jahren meines Gebrauchs von Suchtmitteln habe ich jeden ausgelacht, der mir etwas über meine Sucht erzählen wollte. Aber wie hätte man mir auch helfen können, wo ich doch völlig krankheitsuneinsichtig war. Zuletzt bekam ich auch schon mal

kam. Irgendwann kam aber doch die Erkenntnis, dass ich süchtig war. Es begann eine lange Reihe von Psychiatrie- und Krankenhausaufenthalten, wo ich in verschiedenster Art behandelt wurde. Der Aufenthalt in den Kliniken war nur zum Teil gut. In einigen Häusern wurde ich so mit Medikamenten abgefüllt und ruhig gestellt, dass ich mich kaum bis gar nicht mehr bewegen konnte. Aber auch jetzt noch war es noch ein weiter Weg bis ich zu der Einsicht kam, dass ich ohne fremde Hilfe nicht weiter kommen würde. Es war dann auch nicht verwunderlich, dass die ersten Therapien nur Versuchsballons waren. Mit der Zeit kamen aber dann doch Erfolge zum Vorschein.

Vor etwa fünfzehn Jahren gab es dann einen echten Durchbruch in meiner Suchtgeschichte. Ich hatte die Möglichkeit in das Methadonprogramm zu kommen. Damit waren meine Probleme aber nicht beendet, im Gegenteil es sollte alles noch viel schwieriger werden. Denn jetzt musste ich ein völlig neues Leben erlernen, quasi von neuem Laufen lernen. Das bedeutete, hinzufallen und wieder aufzustehen, und das wieder und wieder und wieder und ... und... und... Ich hatte ja jetzt keine körperlichen Beschwerden mehr. Zumindest nicht mehr als alle Anderen auch. Ich merkte wieder wie es ist, wenn man erkältet ist, oder Zahnschmerzen hat und all die Dinge, die ein normaler, nicht zu gedrohter Mensch eben auch fühlt. Ich merkte aber auch, wie es ist zu altern und gerade das Älterwerden war ein großes Problem für mich, denn ich hatte eine

In den ersten zehn Jahren meines Gebrauchs von Suchtmitteln habe ich jeden ausgelacht, der mir etwas über meine Sucht erzählen wollte

Ruhe im Kopfkino

Beitrag eines Betroffenen

Von J.S.

Wutanfälle, wenn mich jemand auf meine Sucht ansprach. Aber langsam aber sicher waren die typischen Anzeichen nicht mehr von der Hand zu weisen. Zu Anfang war es nur die leicht schmuddelige Art wie ich herumliefe, ich machte immer öfter einen leicht desolaten Eindruck und wurde immer öfter krank. Ich bekam Halluzinationen und war immer in einem Zustand permanenter Angst. Durch die Drogen konnte ich für eine gewisse zeitlang meine Angst steuern, bis zu Zuständen höchster Euphorie. Es war ein schleicher Prozess, bis ich zur Einsicht meiner Krankheit

Man könnte sagen,
dass es wie eine kalte
Grippe ist

mörderische Angst davor, zu sterben, obwohl ich mir den Tod täglich in's Haus holte. Zunächst musste ich wieder lernen, mich bewusst mit meinem Gegenüber auseinander zu setzen, was gar nicht so leicht war, denn mir waren fast alle vernünftigen Umgangsformen abhanden gekommen. Ich hatte ständigen Suchtdruck und hab es immer noch, die Suche nach ein bisschen Ruhe in meinem Herzen. Hier möchte ich einmal erklären was überhaupt Suchtdruck ist, weil ich in vielen Gesprächen festgestellt habe, dass viele sich unter Suchtdruck nichts vorstellen können.

Man könnte sagen, dass es wie eine kalte Grippe ist. Zumindest passt dies Bild auf mich. Ich bin voller Unruhe, mir tun sämtliche Knochen weh, ich bin einfach nicht in der Lage einen klaren Gedanken zu fassen, stets auf dem Sprung losgehen zu wollen, um mir irgendein Suchtmittel zu besorgen. Am einfachsten ist Alkohol, aber ein Schluck reicht aus, um die ganze nüchterne Zeit, die man schon erreicht hat, zu kippen. Aber die Gedanken rotieren weiter und weiter, „wenn ich doch nur ein paar Pillen hätte, dann wäre endlich Ruhe in meinem Kopf-kino“ oder „einen Schuss, ein ganz kleiner nur, dann würde endlich Ruhe in meinem Herzen einkehren,“ und solche Gedanken verfolgen mich Tag und Nacht. Ich bekomme sie kaum weg. Geholfen haben mir in dieser Zeit die Gespräche, die ich in der Drogenberatungsstelle hatte.

Trotzdem ging auch meine bis dahin zweite Ehe in die Brüche; Grund: meine Rückfälle und vor allem mein Griff zum Alkohol. Zur Zeit wohne ich in einem Wohnheim. Auch hier helfen mir bei Suchtdruck viele Gespräche. Diese Gespräche sind immer sehr intensiv und für mich auch körperlich sehr anstrengend. Oft kommt dabei sehr Persönliches aus Kindheit und Jugend zum Vorschein. Es sind dies oft Verletzungen, die ich schon lange für vergessen hielt.

Zur Zeit erhalte ich ein Präparat, das mir sowohl bei meiner Psychose als auch gegen meine Depressionen hilft. Es heißt Zyprexa und wird mir vom Psychiater verschrieben. Ich hoffe hier ein ausreichendes Bild meiner Selbst abgeben zu haben.

In diesem Sinne, Ihr J.S. ●

Gegen die Schaffung von Spezialeinrichtungen

Doppelerkrankung Schizophrenie und Sucht

Von Winfried Oberhausen

Der Begriff Doppelerkrankung bzw. Doppeldiagnose beschreibt das gleichzeitige Auftreten zweier psychiatrischer Störungsbilder bei einem Menschen. Erst mit den neueren Diagnosemanualen wurde es im psychiatrischen Bereich möglich, die Doppelbenennung zu tätigen, zuvor war es nach der sogenannten Schichtenregel üblich, alle Probleme einer einzigen Erkrankung zuzuordnen. Dementsprechend wurde auch die Behandlung an der wichtigsten Diagnose orientiert.

Zwar waren die Suchtprobleme vieler psychisch Kranker genauso bekannt, doch wurden sie zu meist als sekundäre Phänomene betrachtet, scheinbar war also die ätiologische Zuordnung klar. Diesbezüglich ist die Einschätzung heute vorsichtiger. Bisher ist keine eindeutige Aussage bezüglich der Kausalitäten möglich. Der Autor beschäftigt sich hier ausschließlich mit der bekanntesten Doppelerkrankung „Schizophrenie und Sucht“. In der Literatur finden sich Hinweise für eine Zunahme der Prävalenz der Komorbidität in den letzten 20 Jahren, wobei durchaus kritisch zu hinterfragen ist, wie weit hier eine veränderte Diagnosegewohnheit von Psychiatern abgebildet wird. Statistische Auswertungen legen nahe, dass ca. 30% der Psychosekranken ein Suchtproblem haben, hier liegt das Alkoholproblem zahlenmäßig sicherlich vorne, gefolgt von Cannabis, Amphetaminen, Cocain und Opiaten. Vor allem Menschen mit chronisch verlaufender Schizophrenie mit ihren sozialen Behinderungen haben sehr häufig einen schädlichen Substanzgebrauch vorzuweisen und im Falle der Kombination handelt es sich oft um die schwierigsten weil unmotivierten und noncomplianten Klienten im Medizinsystem.

Bisher existieren verschiedene Hypothesen, die den Zusammenhang beider Syndrombereiche erfassen wollen, letztlich aber nicht wirklich bewiesen sind. Einerseits könnte Substanzgebrauch zu eigenständigen psychotischen Krankheitsbildern führen oder aber direkt in die Schizophrenie münden, diskutiert wird aber vor allem die mögliche Auslösung schizophrener Psychosen bei Vulnerabilität. Das Vorkommen sogenannter substanzinduzierter Psychosen ließ sich bis jetzt aber nicht eindeutig sichern. Insofern ist es durchaus denkbar, dass hier zwei Krankheitsbilder ätiologisch unabhängig zufällig assoziiert auftreten können. Mittlerweile gibt es auch ein Modell welches eine gemeinsame neurobiologi-

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Besonderheiten der Therapie von Schizophrenie, wenn letztere durch ein Suchtproblem kompliziert wird. Insbesondere widmet sich der Autor der Fragestellung, inwieweit spezielle Therapieangebote sinnvoll sein können. In dem Artikel werden die derzeitigen ätiologischen Überlegungen nur kurz angedeutet und eine Hypothese erläutert, die sich mit dem spezifischen beschleunigten Zeiterleben Schizophrener und ihrem Umgang mit Konflikten beschäftigt. Der Autor vertritt die These, dass zusätzlicher Substanzmissbrauch Schizophrenen mehr Autonomie sichert und spricht sich gegen die Schaffung von Spezialeinrichtungen für die Betroffenen aus.

sche Grundlage für Sucht und Schizophrenie sieht, daneben wird diskutiert inwieweit der Substanzmissbrauch Folge des sozialen Abstieges der schizophrenen Patienten sein könnte.

Ruf nach spezialisierten Angeboten wird in den letzten Jahren lauter

In den letzten Jahren wird der Ruf nach spezialisierten Angeboten immer lauter, was möglicherweise mit der veränderten Problemsicht und Diagnosegewohnheit zu tun hat. Schon in früheren Zeiten war bekannt, dass die Klientel der Schizophrenen mit Substanzmittelgebrauch in der Sozialpsychiatrie unzureichend zu versorgen war, die Compliance war schlecht, die soziale Situation unbefriedigend, Therapieabbrüche häufig. Es bestand ein erhöhtes Risiko für Delinquenz und Suizid. An dieser Situation hat sich wenig verändert, man vermutet in der Gruppe der Doppelerkrankten einen hohen Anteil der modernen Langzeitpatienten (Drehtürpatienten oder langfristige Hospitalisierung). Ich will hier eine Einschätzung zu dem Sinn von spezialisierten Angeboten für die besprochenen Patienten geben.

Psychoedukation versus konfrontative Suchttherapie

In der bisher üblichen psychiatrischen Behandlung mit Psychopharmaka, Milieuthérapie und Soziotherapie lag der Schwerpunkt in den letzten Jahren bei Psychoedukation. Im wesentlichen wurde damit auf die Behandlung der Schizophrenie gezielt, natürlich wurde im psychiatrischen Kontext eine Kontrolle ausgeübt die sich auch auf den Suchtmittelgebrauch bezog. Selten aber kam es zu der stärker fordernden auch konfrontativen Suchttherapie. Die in den letzten Jahren beworbenen Doppeldiagnosekliniken dagegen sind eher auf die Suchttherapie konzentriert. Deren hohe therapeutische Eingangsforderungen und das Abstinenzziel schließen viele Doppelerkrankte von der Behandlung aus, zudem ist die sozialpsychiatrische Nachbetreuung oft ungenügend und die Gemeindeferne hinderlich. Das vorhandene Angebot weist Lücken auf in der

Versorgung bei Obdachlosigkeit, starken Verhaltensauffälligkeiten und Sucht. Es fällt leicht die bestehenden Therapiekonzepte anzugreifen, da sie zumeist sehr wenig evaluiert sind. Mir geht es hier um die Frage, inwieweit die vorliegenden Therapiekonzepte verbessert werden könnten oder welche Erkrankung bevorzugt zu behandeln wäre. Ich wähle dafür einen Ansatz, der von der Seite der Schizophreniediagnose kommt, das Suchtproblem einzuordnen versucht.

Blick von der Schizophreniediagnose auf das Suchtproblem

Bei schizophrenen Menschen ist das kontinuierliche Zeiterleben gestört, es kommt zu einer Beschleunigung der Zeitorganisation mit dem Erleben von mehr Gleichzeitigkeit. Das macht es den Betroffenen schwer einzelnen Ereignissen eine sinnvolle Bedeutung zuzumessen und dadurch auch nutzbringend an der Kommunikation mit anderen teilzunehmen. Es gelingt weder die innerpsychische noch intrapsychische konflikthafte Auseinandersetzung, die Betroffenen fallen durch die Unfähigkeit Entscheidungen zu treffen und durch den Rückzug in der sinnreichen Kommunikation auf. Sie vermeiden Festlegungen und hinterlassen in ihrer Umgebung meist Verwirrung. Neuroleptika und Alkohol können zumeist die Zeitorganisation bremsen, bringen damit aber auch ein potentiell bedrohliches Bewusstsein über die anstehenden Konflikte und Entscheidungen mit sich. Die Benutzung von Halluzinogenen dagegen kann möglicherweise als gezielter Versuch gewertet werden, sich aus dem sozialen Kontext und der Kommunikation auszuklinken (im Falle des Alkoholkonsumes ist das Verhältnis oft genau umgekehrt). Auf der einen Seite steht also eine Möglichkeit zur Verfügung, sich aus Konflikten herauszuziehen, andererseits wird damit auch ein Konfliktfeld mit der Umgebung eröffnet.

Drogenkonsum und Autonomie

Der Drogenkonsum ist bei schizophrenen Menschen mit dem

größtmöglichen Gewinn an Autonomie verbunden. Es gelingt eine Abgrenzung von der Primärfamilie und damit gelingt der Familie die Lösung des Autonomie/ Abhängigkeits - Konfliktes ohne einem der Beteiligten eindeutig Schuld zuschreiben zu müssen. Letztere dagegen kann den Drogen zugeordnet werden. Der drogenabhängige Doppelerkrankte erreicht eine Pseudoautonomie, auf die Distanz läuft zumeist doch eine abhängige Kommunikation mit der Familie oder stellvertretenden Strukturen (z.B.Kliniken). Darüber hinaus gewinnt er eine neue peer-group und Identität. Die Ambivalenz bezüglich den Autonomiebestrebungen und Wünschen nach Versorgung wird nie wirklich erlebt bzw. bearbeitet, bei fast allen Betroffenen sieht man beide Persönlichkeitsanteile zu klar abgegrenzten Zeiträumen manchmal auch im schnellen Wechsel. Alle Doppelerkrankten zeigen eine überangepasste oftmals sogar devote Seite, ordnen sich den Regeln unter, akzeptieren auch Neuroleptikaeneinnahme bei gleichzeitiger Artikulierung von Abstinenzabsichten. Davon scheinbar völlig losgelöst existiert eine „rebellische“, sich abgrenzende, regelverletzende, drogenkonsumbefürwortende und letztlich autonome Seite. Diese zwei Pole sind eng verknüpft mit sogenannter Remission (Phase der Angepasstheit und Abhängigkeit) und Reexacerbation (Drogeneinnahme, Rebellion und Pseudoautonomie).

Möglicherweise kommt es gerade in den Familien zu der angesprochenen Lösung, in denen ein Konflikt droht bzw. nicht mehr vermieden werden kann. Inwieweit eine bessere prämorbidie Anpassung, spezifische Charakterzüge, zufällige Drogenerfahrungen oder andere Variablen diesen Lösungsweg mitverursachen ist nicht aufgeklärt. Der Weg selbst scheint aber außerordentlich attraktiv und führt oft zu einer recht stabilen Konstruktion.

Daraus ergeben sich nach meiner Einschätzung einige Folgen für die Behandlungssituation: Gemeinhin werden Krankheits-einsicht und Compliance bei schi-

Der Drogenkonsum ist bei schizophrenen Menschen mit dem größtmöglichen Gewinn an Autonomie verbunden



Dr. med. Winfried Oberhausen, Chef- arzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie an der Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie. Vorher leitete er über einige Jahre eine Abteilung in der Rheinessen Fachklinik Alzey, die auf die Behandlung von Patienten mit Schizophrenie und Sucht spezialisiert war. Der Autor ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und ausgebildeter Systemtherapeut

Wir sind aufgefordert, mehr Verständnis für die individuelle Krankheitstheorie unserer Klienten zu entwickeln und Respekt vor den von Ihnen gewählten Lösungen zu zeigen

Ein offener, weitgehend neutraler Gesprächsgruppenleiter erleichtert zwar die Kommunikation, hebt aber nicht das Potential für die kritische Reflektion

zophrenen Patienten eher niedrig eingeschätzt. Seit Jahren versucht man über das Konzept der Psychoedukation den Patienten mehr zu einem Partner aufzuwerten, der gut über seine Problematik aufgeklärt und damit auch einsichtig ist. Diese Zielsetzung greift in der somatischen Medizin nicht durchgängig und ist für den Bereich der Psychiatrie noch schwieriger anzuwenden. Ein großer Anteil an schizophrenen Menschen bleibt auch nach solcher Behandlung kritisch distanziert. Das gilt aus meiner Erfahrung für die Doppelerkrankten in noch stärkerem Maße. Die Noncompliance hat sehr viel mit der Beziehung des Patienten zur Psychiatrie zu tun. Sucht man die Ursache alleine in der individuellen Situation des Betroffenen, so kommt man nicht wirklich weiter.

Mehr Verständnis für individuelle Krankheitstheorie

Wir sind aufgefordert, mehr Verständnis für die individuelle Krankheitstheorie unserer Klienten zu entwickeln und Respekt vor den von Ihnen gewählten Lösungen zu zeigen. Unsere Edukationskonzepte geben zwar vor partnerschaftlicher agieren zu wollen, sind aber klar auf die Anpassung des Patienten an unsere Vorgaben ausgerichtet. Aus der Sicht des Patienten aber ist seine Noncompliance im Medizinsystem nicht immer eine schlechte Lösung, vor allem lässt er sich nicht nur auf die Krankenrolle reduzieren. Im Falle der Doppelerkrankung würde dies sogar bedeuten, eine peer-group und attraktive Identität zu verlieren. In der Psychoedukation sind die Schizophrenen mit Suchtproblematik, entsprechend der oben angesprochenen Persönlichkeitsanteile, sehr gut dazu in der Lage krankheitseinsichtig respektive compliant zu wirken. Beschäftigt man sich nur mit dieser Charakterseite, so läuft die Bemühung gänzlich in die Leere. Ich habe mich länger mit der Frage beschäftigt, inwieweit die Einbeziehung des anderen und wesentlichen Persönlichkeitsanteiles der Rebellion unter therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll und aussichtsreich sein kann. Der Versuch eine adaptierte Psychoedu-

kation zu entwickeln zeigte deutlich, dass die Doppelerkrankten zwar gerne über die von ihnen gesehenen Vorteile des Drogenkonsums ins Gespräch kommen, das daneben aber auch zeitgleich die „vernünftige reflektierte“ Seite gezeigt werden kann. Es gelingt jedoch nicht die kritische Auseinandersetzung über die an sich widersprüchlichen Anteile.

Ein offener, weitgehend neutraler Gesprächsgruppenleiter erleichtert zwar die Kommunikation, hebt aber nicht das Potential für die kritische Reflektion. Hier muß ergänzt werden, dass die von mir gesehenen Teilnehmer zumeist eine längere Krankheitsgeschichte vorzuweisen hatten und nicht seit längerer Zeit stabil bezüglich der Psychose aufgetreten waren. Zudem sahen wir die in psychiatrischen Kliniken typische vordergründige Compliance von Patienten, die das Instrumentarium der psychiatrischen Zwangsbehandlung kennen und fürchten. Diese Menschen können über ihre Angepasstheit die möglichst schnelle Entlassung erreichen, sind oft nicht für weiterführende Maßnahmen zu motivieren. Diesen Tatbestand für sich alleine betrachtet kann man durchaus als eine gelungene soziale Anpassung beschreiben. Nach meiner Einschätzung kann nur die Gruppe der Doppelerkrankten, deren psychotische Symptome schon längere Zeit remittiert sind, die keine wesentlichen intellektuellen Einbußen vorweisen oder sogenannte Residualsymptome, von einer Weiterbehandlung stationär profitieren. Für diese Menschen kommt auch eine Entwöhnung in Betracht, die sich dann nicht wesentlich unterscheiden muss vom Angebot für nicht Psychose-erkrankte. Für diese Klientel dürfte auch die Psychoedukation für Psychoseerkrankte keinerlei Hindernis darstellen. Hier kann man aber kritisch in Frage stellen ob die Bezeichnung Doppelerkrankung für diese Menschen überhaupt noch angemessen ist?

Für die von mir geschilderte Klientel mit relevanten psychotischen Symptomen dagegen kommt nach meiner Einschätzung eine Entwöhnung fast nie

in Frage. Genausowenig profitiert diese Klientel zunächst von der Schizophreniebehandlung mit ihren zumeist verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Dagegen ist die engmaschige Kontrolle und Grenzsetzung mit der Einforderung regelmäßiger Neuroleptikaeinnahme ein durchaus erfolgversprechender Behandlungsansatz. Nach neueren Erkenntnissen remittieren die so Betroffenen unter den Medikamenten eher besser und verfügen auch über eine meist bessere prämorbidie Anpassung. Das stützt eher die Vorstellung einer gesünderen bzw. gelungenen Anpassung der Menschen an ihre Umgebung, die aufgrund der Attraktivität aber auch nicht ganz einfach aufzugeben ist. Im Konzept der Psychoedukation steckt implizit noch zu sehr die Aufforderung, sich unter ein Regime unterzuordnen, also ein Stück der eigenen Autonomie aufzugeben. Daher ist nach meiner Einschätzung eine längere Phase der Entwicklung von Beziehung/Vertrauen zwischen Patient und Behandler vonnöten. Nach neueren Ergebnissen muss die Behandlung niederschwellig und auf einen längeren Behandlungszeitraum ausgerichtet sein. Langfristig sollen die Patienten dann auch deutlich profitieren.

Speziell adaptierte Behandlungsform erscheint nicht sinnvoll

Mir scheint es nicht sinnvoll, eine speziell adaptierte Behandlungsform für die beschriebene Klientel zu entwickeln. Es gibt schließlich keine homogene Gruppe der Doppelerkrankten, die von einem spezialisierten Angebot gleichermaßen profitieren könnte. Wie bei anderen Erkrankungen bekannt, kann auch hier von verschiedenen Stadien der Erkrankung gesprochen werden, wobei in jedem Stadium ein anderer Therapieansatz zu verfolgen wäre. Natürlich werden diese Stadien nicht regelmäßig und damit voraussagbar vom Patienten durchlaufen.

Zu Beginn und bei einem großen Anteil der Betroffenen auch dauerhaft ist der von mir besprochene Anpassungsmodus zu diskutieren. Diese Menschen sind vordergründig angepaßt, haben aber stabil

die pseudoautonome noncompliant Seite. Die Integration beider Anteile gelingt im Krankheitsverlauf nicht. Somit kommt nur die psychiatrische Basisversorgung in Frage, mit Kontrolle von Fehlverhalten und neuroleptischer Behandlung. Häufig finden sich in dieser Gruppe sogenannte Drehstürpatienten, zumeist gelingt es nicht das Suchtproblem kritisch zu beleuchten. Für den außerstationären Bereich ist zu berücksichtigen, dass eine sogenannte Therapiebereitschaft nicht vorhanden sein kann, dass es keine Abstinenzmotivation gibt und dadurch der Umgang mit Konsum sich nicht an den Richtlinien orientieren darf, die für Suchtkranke gelten.

Bei einer zweiten Gruppe von Patienten, gelingt es nach einer Vielzahl meist stationärer Behandlungskontakte, eine tragfähige Beziehung zu knüpfen. Mit diesen Menschen gilt es realistische Therapieziele zu ermitteln. Natürlich müssen dabei beide psychiatrischen Erkrankungen

gleichermaßen berücksichtigt werden. Gerade in diesem Bereich kommt es zu den größten Schwierigkeiten. Wird zu früh auf eine Suchtbehandlung fokussiert mit Konfrontation und Einforderung der Abstinenz, so resultiert leicht eine Überforderung die mit Zunahme von psychotischen Symptomen einhergeht. Werden dagegen die Suchtprobleme konsequent zurückgestellt, so kann eine nachhaltige verhaltenstherapeutische Korrektur und Compliance nicht gut gelingen.

Respekt vor der individuellen Lösung der Klienten

Nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der Patienten kommt eine wirkliche Entwöhnungsmaßnahme in Betracht. Sie sind von der Psychose her so stabil, dass dieser Bereich kaum noch der Berücksichtigung bedarf. Somit braucht es in der Behandlung nicht automatisch eine auf Doppelerkrankungen spezialisierte Einrichtung.,

Die Diskussion um die Notwendigkeit von spezialisierten Behandlungsangeboten spiegelt nach meiner Einschätzung einerseits die Schwäche vieler vorhandener Spezialangebote und andererseits die Probleme mit der nicht oder noch nichtbehandlungszugänglichen Gruppe der sogenannten Doppelerkrankten. Eine gut funktionierende psychiatrische Basisbehandlung, über einen längeren Zeitraum angelegt, kann hier für die Zukunft gute Früchte tragen, aber Zeit und Geduld stehen immer weniger zur Verfügung. Eine wesentliche Funktion der psychiatrischen Behandlung ist es, die Klienten zu erkennen, die von einer weiterführenden Behandlung profitieren können und sinnlose Versuche zu vermeiden. Der Respekt gegenüber dem einzelnen Menschen mit Doppelerkrankung erfordert auch die Akzeptanz der individuell vielleicht gewöhnungsbedürftigen aber doch gelungenen um nicht zu sagen gesunden Lösung, die er gefunden hat. ●

Nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der Patienten kommt eine wirkliche Entwöhnungsmaßnahme in Betracht

Designerdrogen

Brauchen wir neue Konzepte für die Doppeldiagnosen-Behandlung?

Von Markus Banger

In den letzten Jahren wurden von unserem psycho-medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem deutlich mehr Patienten mit psychischer Störung und gleichzeitig vorhandener Abhängigkeitserkrankung versorgt. Häufig handelte es sich dabei um schizophrene Patienten mit gleichzeitiger Suchtstörung. Diese Patienten mit den so genannten Doppeldiagnosen sind häufig schwierig zu diagnostizieren, gleichzeitig neigen sie zu ungünstigen Krankheitsverläufen, häufigen Rückfällen und zu vermehrten sozialen Schwierigkeiten. Daneben haben sich auch in der Drogenszene wesentliche Veränderungen ergeben. Mit dem Aufkommen der so genannten

„Neuen Drogen“ (heterogene Gruppe beinhaltet: Amphetamin und seine Derivate, Ekstasy, Partydrogen) hier im Weiteren als Designerdrogen bezeichnet, sieht sich die Bevölkerung neuen ge-

sundheitlichen Risiken gegenüber. Auch die Konsummuster haben sich hin zum steigenden Mischkonsum, zum früheren Beginn und zu riskanteren Einnahmeformen (intravenöser Konsum) weiter entwickelt. Diese Veränderungen machen sich auch bei den sogenannten „Doppel-Diagnosenpatienten“ bemerkbar.

Das klassische psychosoziale und medizinische Versorgungssystem ist von seiner Struktur her ausgerichtet für die Behandlung von

Abstract

Die Entwicklung neuer Drogen und neuer riskanter Mischkonsumformen wirkt sich auch auf die Gruppe der Patienten mit einer Doppeldiagnose aus. Eine spezifische Designerdrogen-Doppeldiagnose konnte bisher nicht beschrieben werden. Dennoch gibt es therapeutische Besonderheiten bei Designerdrogenkonsumenten mit komorbider Psychose, die die Entwicklung neuer, längerfristiger integrativer Behandlungsprogramme mit psychoedukativen, motivationalen, erlebnispädagogischen und altersadjustierten Modulen notwendig erscheinen lassen.



Professor Dr. med. Markus Banger, Chefarzt der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken Bonn, Professor an der Universität Duisburg-Essen

Die Designerdrogenkonsumenten sind zunächst häufig gut integrierte Jugendliche

Liegt bei einem Patienten eine Doppeldiagnose mit Designerdrogenkonsum vor, so ist es wichtig, im ambulanten wie im stationären Rahmen integrativ zu behandeln, um dauerhafte Verbesserungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich zu erzielen

Patienten mit psychischen Störungen oder auf die Behandlung von Patienten mit substanzgebundener Abhängigkeit. Erschwerend kommt noch hinzu, dass anders als etwa für die Behandlung der Heroinabhängigen für die Designerdrogenkonsumenten keine spezifische medikamentöse oder auch nicht medikamentöse Behandlungsstrategie oder Behandlungsstruktur entwickelt worden ist.

Die Konsumenten

Die Designerdrogenkonsumenten sind zunächst häufig gut integrierte Jugendliche. Diese Drogen kommen offenbar dem Lebensstil vieler Jugendliche entgegen. Damit können sie dem gesellschaftlichen Anspruch nachkommen, im richtigen Moment fit, dynamisch und gut gestimmt zu sein. Die Designerdrogen werden als Leistungsdroge wahrgenommen (Hurleman, 2003). Sie werden industriell gefertigt und vermitteln den Eindruck einer zielgenauen und erprobten Wirksamkeit. Die häufige Darreichungsform als Tablette gaukelt eine pharmazeutische Sicherheit vor, die absolut nicht gegeben ist. In Deutschland haben etwa 4% der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren Erfahrungen mit Ekstasy (BzGA, 2001). Auffällig dabei ist, dass in den neuen Bundesländern mehr Ekstasy konsumiert wird als in den alten. Gemessen an der gegenwärtigen großen Verbreitung besonders synthetischer Drogen durchläuft nur ein kleiner Teil der Jugendlichen die klassische Drogenkarriere, beginnend mit Nikotin, Alkohol, Cannabis, Halluzinogenen und synthetischen Drogen bis zum Heroin und Kokain. Dabei haben neue epidemiologische Untersuchungen gezeigt, dass für Nikotin und Alkohol, aber auch Cannabis, das Einstiegsalter auf unter 14 Jahre gesunken ist.

Eine problematische Einnahme erfolgt häufig in Kombination mit Alkohol, Cannabis oder Benzodiazepinen. Dabei ist charakteristisch die Assoziation des schädlichen Substanzgebrauches mit spezifischen Szenen in der Freizeit und ein polyvalentes Einnahmemuster. Die Typisierung kann grob erfolgen nach Probierkonsum, der im

Regelfall nicht zu größeren Auffälligkeiten führt. Daneben gibt es junge Konsumentengruppen, die auf eine Droge nicht festgelegt sind, häufig ist dies z.B. mit der Raverszene verknüpft und es findet eine Einnahme am Wochenende statt. Daneben gibt es einen Personenkreis mit fast täglichem polyvalenten problematischen Hochdosiskonsum. Doppeldiagnosen-Patienten können sich aus allen drei Gruppen rekrutieren.

Akut- und Langzeiteffekte der Designerdrogen

Die Amphetamine und Metamphetamine haben ein deutliches psychisches und physisches Abhängigkeitspotential insbesondere bei einem i.v. Konsum. Als Akuteffekte der Designerdrogen werden genannt: Euphorisches High-Gefühl, ein Gefühl der starken Leistungsfähigkeit, eine Unterdrückung von Schlaf und Müdigkeit, zudem auf der körperlichen Seite Herzrasen, erweiterte Pupillen, erhöhter Blutdruck, Schwitzen, eine körperliche Unruhe (bei gleichzeitiger großer innerer Ruhe), manchmal ängstlich-depressive Verstimmung. Bei chronischen Konsum kann es auch zu Nacheffekten im Sinne eines Katers, Erschöpfung, Kopfschmerzen, trauriger Verstimmung kommen, aber auch zu ausgeprägten Gedächtnisstörungen, so dass die Betroffenen sich kaum neue Informationen merken können. Dies ist gerade in der Ausbildungszeit, in der man Schlüsselqualifikationen erlernt, ausgesprochen problematisch. Auch Psychosen werden beobachtet, gelegentliche Flash-Back Phänomene (Thomasius 1999).

Die psychotischen Symptome entwickeln sich innerhalb von 48 Stunden nach der letzten Einnahme und klingen unter Abstinenz und vorübergehender Gabe von Neuroleptika in der Regel innerhalb von 7-10 Tagen, manchmal jedoch erst nach Monaten ab. Neuere Untersuchungen legen nahe, dass zumindest bei starken Amphetaminkonsumenten Hirnschäden mit funktionellen Auswirkungen auf Motorik und Kognition möglich sind. In amerikanischen Studien wurden

Prävalenzraten der Komorbidität mit der Schizophrenie von bis zu 25% berichtet (AWMF-Leitlinien). Im Gegensatz zu einer amphetamininduzierten Psychose bestehen bei der Komorbidität Amphetaminabhängigkeit und Schizophrenie psychotische Symptome auch noch über 6 Monate nach kontrollierter Abstinenz. Im weiteren Verlauf kann es bei einzelnen komorbiden Patienten, selbst nach einmaligem niedrigem Amphetaminkonsum, zu einem psychotischen Rezidiv kommen. Körperliche Komplikationen sind gemessen an der Verbreitung nicht häufig. Berichtet wird über ein Austrocknen (stundenlanges Tanzen ohne Flüssigkeitsaufnahme) und Herzrhythmusstörungen.

Behandlungskonzepte

Liegt bei einem Patienten eine Doppeldiagnose mit Designerdrogenkonsum vor, so ist es wichtig im ambulanten wie im stationären Rahmen integrativ zu behandeln um dauerhafte Verbesserungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich zu erzielen und so langfristig eine gute Lebensqualität zu erhalten. Für die spezifische Behandlung dieser Gruppe liegen bisher gute Ansätze, aber noch nicht spezialisierte und evaluierte Therapiemanuale vor (Gouzoulis-Mayfrank, 2002).

Die Patienten mit Doppeldiagnosen stellen heute keine Randgruppe mehr im Versorgungssystem dar. Inzwischen wird es schwierig sein, Patienten mit dem Erstauftreten einer Schizophrenie zu finden, die noch keinen Cannabis- und oder Designerdrogenkonsum hinter sich gebracht haben. In Deutschland gibt es noch keine allgemein akzeptierten Behandlungsleitlinien für diese Patientengruppe. Bezüglich der psychiatrischen Komorbidität und dem Designerdrogenkonsum liegen praktisch nur Einzelfallberichte vor. Diese zeigen eine hohe Komorbidität mit depressiven und Angststörungen sowie mit psychotischen Störungen. Eine spezifische Form einer Designerdrogen-Doppeldiagnose scheint bisher nicht nachweisbar. Die Doppeldiagnosenpatienten zeichnen sich klassisch aus durch eine geringere

Compliance aus. Es kommt häufiger zu akuten Ausbrüchen der Erkrankung, wiederholt erfolgen Unterbrechungen der Einnahme einer Langzeitmedikation, die Behandlung ist mit stärkeren finanziellen und familiären Problemen verbunden, die Wohnverhältnisse sind häufig schlechter, etablierte Arbeitsverhältnisse sind selten. Missbrauch und Abhängigkeit komplizieren den Verlauf einer Schizophrenie insgesamt. Entsprechend erfahrene Therapeuten sollten für ihre Patienten den Kontakt zur ARGE suchen um niederschwellige Arbeitsmöglichkeiten als tagesstrukturierende Maßnahme zu verwirklichen.

Die Behandlung sollte in entsprechend qualifizierten Einrichtungen erfolgen, möglichst mit einem langfristigen, integrativen und individualisierten Ansatz. Bei der qualifizierten Entzugsbehandlung mit psychiatrischer, somatischer und psychosozialer

Diagnostik und Behandlung sollte eine Hilfestellung erfolgen bei einer geplanten Langzeittherapie (Schwoon, 2000). Grundzüge der motivationalen Gesprächsführung müssten konzeptuell verankert sein. Die Kreativtherapien sollten eingesetzt werden, um im Rahmen von Projektarbeiten über den stationären Behandlungsrahmen hinaus, mehrmonatige ambulante therapeutische Kontakte unter Nutzung des peer-group Effektes realisieren zu können. Angestrebt wird eine möglichst autonome und kompetente Lebensführung. Regelmäßig bestehen bei den jungen Patienten erhebliche Entwicklungsdefizite im schulischen und beruflichen Bereich – die Bearbeitung eines realistischen beruflichen Lebensweges gehört bei ihnen mit zum Behandlungsauftrag. Erlebnispädagogische Elemente scheinen hier vielversprechend zu sein. Im Rahmen der psychoedukativen Behandlung sollten grundsätzliche Informationen über

die psychischen Störungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, daneben aber auch basale Informationen zum Suchtverständnis vermittelt werden.

Ausblick

Es ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Zunahme der Doppeldiagnoseproblematik zu rechnen. Dabei sollten gut die Langzeiteffekte der Designerdrogen auf die individuelle Lebensgeschichte der Konsumenten beobachtet werden, da hier noch wesentliche Erkenntnisse fehlen. Die Einführung von Spezialsprechstunden mit dem Angebot von speziellen Gruppenangeboten unter Einbeziehung der Familie wird grundsätzlich empfohlen. Entsprechende größere Einrichtungen sollte längerfristige integrative Behandlungsprogramme mit psychoedukativen, motivationalen, erlebnispädagogischen und altersadjustierten Modulen aufbauen. ●

Es ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Zunahme der Doppeldiagnoseproblematik zu rechnen

Stationsambulante Gruppe für suchtmittelabhängige Frauen

Ein geschlechtersensibles, integratives Modell

Von Hannelore Vater, Sieglinde Buchwald und Alfred Diefenbacher

„Tatsächlich ist die Gleichwertigkeit der Geschlechter mit ihrer Verschiedenartigkeit verbunden, einer Verschiedenartigkeit, die tiefer liegt, als es der Begriff ‚Rolle‘ nahelegt“ (Klaus Wanke). Die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit von Menschen mit Suchtmittelproblemen für das Entstehen, den Verlauf und die Überwindung einer Abhängigkeitserkrankung, rückte in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit. In diesem verstärkten Interesse spiegelt sich wohl auch eine Entwicklung, die vor dem Hintergrund von Erkenntnissen aus der neurobiologischen, psychologischen und Psychotherapie-Forschung eine stärkere Berücksichtigung der Geschlechtsunterschiede in der

psychiatrischen Versorgung insgesamt angestoßen hat.

Diese geschlechtsspezifische Dimension ist bestimmt durch biologische Faktoren, durch die Ich-Identität, die psychosexuelle Entwicklung und die gelebte Sexualität, durch geschlechtsspezifische Sozialisation, Rollenerwartungen sowie sozioökonomische Faktoren. Suchtkranke Frauen und Männer unterscheiden sich voneinander hinsichtlich vieler therapeutisch relevanter Variablen. Für die Frauen sind insbesondere eine wesentlich höhere Belastung durch Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen, geringeres Selbstwertgefühl, schlechtere Bewältigungsstrategien, das selteneres Aufsuchen einer Therapie

und höhere Therapieabbruchraten zu nennen. Sie werden von ihren Partnern eher verlassen als suchtkranke Männer von ihren Partnerinnen, und sie leben häufiger mit einem gleichfalls suchtkranken Partner zusammen, haben außerdem häufiger für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige zu sorgen. Ein weiterer Umstand, der in der Gestaltung von Behandlungsangeboten für suchtkranke Frauen berücksichtigt werden muss, sind die überproportional häufig erlebten Gewalterfahrungen überwiegend durch Männer, früherer oder fortbestehender physischer, emotionaler oder sexueller Missbrauch.

Frauenspezifische Ansätze waren in der fast ausschließlich ge-

Dipl.-Med. Hannelore Vater, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Oberärztin des Bereiches für Suchterkrankungen an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH). E-Mail: H.Vater@keh-berlin.de

Sieglinde Buchwald, Suchttherapeutin am KEH. E-Mail: S.Buchwald@keh-berlin.de

In ihren Ursprüngen waren frauenspezifische Sucht hilfeprojekte immer auch als feministisch-emanzipatorische Ansätze zu verstehen

Abstract

Frauen und Männer mit Suchtmittelproblemen sind bei der Inanspruchnahme von Therapieangeboten aller Art sowie in der Sucht-Selbsthilfe nicht nur zahlenmäßig sehr unterschiedlich repräsentiert. Das komplexe bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge der Entstehung und der Folgen von Suchtkrankheiten und auch das Erscheinungsbild des Suchtmittelproblems ist geprägt vom Geschlecht des oder der Betroffenen. Daher sind auch die Zugangschancen und die jeweiligen Bedürfnisse in einer Behandlung nicht einheitlich. Eine geschlechtersensible Sichtweise und die grundsätzliche konzeptionelle Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von Frauen und Männern in den Einrichtungen der Suchtkrankenilfe wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) inzwischen als Standard gefordert. Wir stellen unser seit 1998 praktiziertes Modell einer geschlechtsspezifischen, für suchtkranke Frauen eingerichteten Gruppe vor. Die Besonderheit besteht in der sektorenübergreifenden Integration eines stationären und ambulanten Angebots und der systematischen Unterstützung der Weiterentwicklung zu einer Selbsthilfegruppe der ambulanten Besucherinnen.

mischgeschlechtlich arbeitenden, jedoch von einer Überzahl männlicher Nutzer geprägten Sucht hilfereits in den 70er Jahren diskutiert und etwa seit Anfang der 80er Jahre in der Bundesrepublik in konkrete Projekte umgesetzt worden. Negative Effekte der vorherrschenden Therapiesituation für viele Frauen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen, wie beispielsweise Reinszenierung traumatischer Erfahrungen oder Wiederholung abhängiger Beziehungsmuster, waren erkennbar geworden und standen dem deklarierten Behandlungsziel der Er-

langung von Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit entgegen.

Die geschlechtersensible Betrachtungsweise

In ihren Ursprüngen waren frauenspezifische Sucht hilfeprojekte aber immer auch als feministisch-emanzipatorische Ansätze zu verstehen in einem noch immer stark von männlichem Selbstverständnis und männlicher Dominanz in jeder Hinsicht geprägten Sucht hilfesystem im entsprechenden gesamtgesellschaftlichen Kontext, sie trafen in der Umsetzung auf erhebliche Widerstände.

Jedoch hat diese frühe Einbeziehung der Geschlechterspektive zu einem deutlichen Vorsprung in der Entwicklung theoretischer Grundlagen und therapeutischer Konzepte für suchtkranke Frauen mit ihren spezifischen Problemlagen, Lebensbedingungen und Identitätskonzepten geführt, während eine ähnlich bewusste, geschlechtersensible Herangehensweise an die Probleme und Therapiebedürfnisse suchtkranker Männer noch am Anfang steht.

Die Datenlage zu den Ergebnissen frauenspezifischer gegenüber gemischtgeschlechtlichen Therapiemaßnahmen bei Suchtmittelproblemen ist aufgrund der schlechten Vergleichbarkeit der wenigen durchgeführten Untersuchungen uneinheitlich. Der Nutzen spezieller, für Frauen eingerichteter Therapieangebote konnte bei mindestens gleicher Wirksamkeit vor allem dadurch belegt werden, dass Frauen erreicht werden konnten, die sich von den geschlechtergemischten Therapiesettings nicht angesprochen fühlten (Karren-Derber und Hank 1999), und dass Frauen bereits in früheren Phasen der Abhängigkeitsentwicklung Unterstützung suchten (Dahlgren und Willander 1989).

Der Anteil an Frauen in verschiedenen Behandlungsformen

Auch heute sind Frauen in den Selbsthilfegruppen, den Beratungsstellen, den ambulanten und stationären Therapieangeboten für Menschen mit Suchtmittelproblemen fast immer stark in der Minderheit. In ambulanten Einrich-

tungen liegt ihr Anteil bei etwa 22-28 Prozent, in stationären Entwöhnungsbehandlungen bei 19 Prozent. Für Selbsthilfegruppen liegen uns keine statistischen Angaben vor, jedoch sind uns Beispiele von nur einer oder zwei Frauen unter 10 und mehr Männern bekannt. Diese Zahlen zur Inanspruchnahme der Sucht hilfangebote sind nicht allein durch eine geringere Prävalenz der suchtmittelbezogenen Störungen bei Frauen zu erklären, sondern sie weisen noch immer deutlich auf eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme vorhandener suchttherapeutischer Hilfsangebote durch die betroffenen Frauen hin.

Durch die männliche Dominanz in den Gruppen kommen sie mit ihren eigenen Themen und Bedürfnissen nicht zum Zuge. Die Frauen schildern das Erleben der gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen häufig mit negativen Gefühlen und Kognitionen wie z. B. Unterlegenheitsgefühlen, Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, Scham. Diese Stressoren stellen einen Risikofaktor für psychische Destabilisierung bis hin zur Retraumatisierung dar und behindern den therapeutischen Prozess erheblich.

Um dem abzuwehren, genügt es jedoch nicht, lediglich Frauen mit Frauen und durch Frauen zu behandeln, sondern es wird ein möglichst vielfältiges, Wahlmöglichkeiten bietendes, inhaltlich an den konkreten Problemlagen der betroffenen Frauen orientiertes Angebot benötigt. Dies kann in unterschiedlicher Form realisiert werden: das Spektrum reicht von der speziell an Frauen adressierten Einzelberatung über die Ergänzung eines herkömmlichen Therapieprogramms in der gemischten Gruppe durch einzelne, frauenspezifische Angebote bis hin zur gänzlich Frauen vorbehaltenen Therapieeinrichtung. Die Behandlung, Beratung oder Betreuung erfolgt vorwiegend, teils auch ausschließlich, durch weibliches Personal.

Ein frauenspezifisches Behandlungsangebot schafft gezielt Rahmenbedingungen, welche Schwellenängste vermindern und die Entscheidung der Frauen für



Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am KEH

eine Therapie erleichtern sollen. Hier ist sehr wesentlich auch die Möglichkeit der Kinderbetreuung während der Therapie zu nennen. Es schützt in der Therapiesituation vor von Männern ausgehender Abwertung oder Gewaltausübung jeglicher Art. Es orientiert sich thematisch an den Lebenswirklichkeiten und Bedürfnissen der Frauen, die therapeutische Arbeitsweise ist oft eher supportiv und ermutigend als konfrontativ geprägt (Winkler 2004).

Einrichtung einer stations- und sektorenübergreifenden Frauengruppe

Die Gruppe für suchtmittelabhängige Frauen an unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie entstand 1998 aus einer typischen Situation heraus: auf den beiden suchttherapeutischen Stationen werden jeweils etwa 19 Patienten mit Suchterkrankungen behandelt, in der Regel nur 2 – 4 davon sind Frauen. Wir führen Akutbehandlungen durch, in der Hauptsache qualifizierte Entzugsbehandlungen mit Motivations- und Informationsgruppen, dazu Kriseninterventionen und Behandlung der neben der Suchtmittelabhängigkeit vorhandenen psychischen Störungen wie Depressionen und Angsterkrankungen. So stand am Beginn eine wöchentliche, stationsübergreifende Motivationsgruppe für alle gerade bei uns in stationärer Behandlung befindlichen suchtmittelabhängigen Frauen, als Ergänzung des Therapieangebots einer qualifizierten Entzugsbehandlung in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Die Frauengruppe wurde von Anfang an nur von Therapeutinnen geleitet.

Schon bald zeigte sich, dass bei einigen der teilnehmenden Frauen ein starker Wunsch entstand, die Gruppe auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter besuchen zu können. Einerseits fehlte es in der näheren Region an einer entsprechenden ambulanten Frauengruppe, andererseits wurden die gerade in der besonders sensitiven Phase des Entzugs neu entstandenen Beziehungen der Frauen untereinander und zu den Therapeutinnen als hilfreich

und stabilisierend erlebt und sollten aufrechterhalten werden.

Eine praktikable Lösung konnte gefunden werden, indem durch nachstationäre Termine und die Überweisung vom niedergelassenen Arzt in die Psychiatrische Institutsambulanz unseres Hauses eine nahtlos anschließende, ambulante suchtttherapeutische Weiterbehandlung in der Frauengruppe ermöglicht wurde. Eine zeitliche Begrenzung für die ambulante Gruppenteilnahme besteht nicht.

In der einmal wöchentlich stattfindenden Gruppe treffen nun regelmäßig die in stationärer Entzugs- und Motivationsphase befindlichen und die schon länger suchtmittelabstinenten Frauen zusammen. Diese ungewöhnliche Konstellation erscheint uns als besonderer Wirkfaktor in der therapeutischen Arbeit zum Vorteil beider Patientinnengruppen.

Wirkfaktoren in der Gruppe

Die stationären Patientinnen, oftmals noch ganz am Beginn der Veränderungsprozesse und nach Lösungen suchend, begegnen nicht selten erstmals Frauen, die selbst in ähnlicher Situation gewesen waren, aber auf dem Weg der Suchtbewältigung bereits vorangekommen sind, und die ihre Erfahrungen einbringen können. Andererseits bereichert und vertieft das sich Einlassen der bereits länger abstinent lebenden Frauen auf die Frauen in der akuten Situation des Entzugs oder der Rückfallbewältigung auch immer wieder deren Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitsproblematik.

Das Klima in der Gruppe wird als sicher und ungezwungen erlebt. Betont wird in den Rückmeldungen die große Bedeutung, die der Schutzraum der geschlechtsspezifischen Gruppe hat. Erst in diesem Rahmen sei für die meisten die Vertrauensbildung und Öffnung möglich geworden.

Thematisch stehen genau wie in den gemischten Gruppen Fragen zur Bewältigung der Suchtproblematik im Mittelpunkt, der Austausch der Erfahrungen ist

geprägt von der gemeinsamen Suche nach unterstützenden Faktoren zu einer suchtmittelfreien Lebensweise und den nötigen Veränderungen bei sich selbst und in den Beziehungen zum sozialen Umfeld. Geschätzt wird besonders, dass genügend Raum vorhanden ist für die Bearbeitung von Themen, die mit der weiblichen Rolle in Partnerschaft, Familie und Beruf verknüpft sind. Gezielt gefördert werden die Fähigkeiten zur Stress- und Konfliktbewältigung in familiären Belastungssituationen.

Weiterentwicklung zur Selbsthilfegruppe

Unter den ambulanten Teilnehmerinnen hatte sich nach einiger Zeit ein stabiler Kern von Frauen herausgebildet, die bereits langfristig abstinent sind und auch außerhalb der Gruppentreffen in Kontakt stehen. Deren Bedürfnisse sowohl an die inhaltliche Gestaltung als auch an die therapeutische Unterstützung in der Gruppe differenzierten sich immer stärker, die eigenen Fragen und Themen mussten im Interesse der stationär behandelten Frauen aber häufiger zurückstehen.

Der deutlich anstehende Entwicklungsschritt hin zu mehr Autonomie, die Ablösung von der vertrauen und therapeutisch unterstützten Gruppe, wurde jedoch noch als riskant und bedrohlich empfunden und bedurfte der vielfältigen Ermutigung und einer mehrmonatigen Vorbereitungsphase mit Informationen über die Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen. Bei der Abwägung verschiedener Möglichkeiten wurde von den Teilnehmerinnen und den Therapeutinnen rasch festgestellt, dass die oben genannten Vorteile der gemeinsamen Gruppe für stationär und ambulant behandelte Frauen auf jeden Fall erhalten werden sollten.

Das Resultat ist nun wiederum ein Schnittstellen überspannendes Modell mit Alternieren von Selbsthilfegruppe und therapeutisch geleiteter Gruppe. Während für die stationär behandelten Frauen die Gruppe weiter wöchentlich stattfindet, nehmen die

Unter den ambulanten Teilnehmerinnen hatte sich nach einiger Zeit ein stabiler Kern von Frauen herausgebildet

Das Klima in der Gruppe wird als sicher und ungezwungen erlebt. Betont wird in den Rückmeldungen die große Bedeutung, die der Schutzraum der geschlechtsspezifischen Gruppe hat

Wir betrachten diese Therapiephase als Übergangsphase auf dem Wege zur perspektivisch völlig eigenständig arbeitenden Selbsthilfegruppe

Achim Dochat, Diplom-Psychologe, Soziologe M.A., Psych. Psychotherapeut, Abteilungsleiter im Sozialtherapeutischen Verbund der Bergischen Diakonie Aprath, Wuppertal, E-Mail: achimdochat@web.de

ambulanten Teilnehmerinnen nur noch 14-tägig daran teil und treffen sich in der Woche dazwischen zum gleichen Termin als Selbsthilfegruppe im Patientenklub unseres Krankenhauses. Die Selbsthilfegruppe ist mittlerweile in einer stabilen Handlungsphase, die Frauen führen die Gruppentreffen regelmäßig und völlig eigenverantwortlich durch. Die räumliche Nähe und der fortbestehende Kontakt zur therapeutisch geleiteten Gruppe kann in schwierigen Situationen oder Notfällen rasche Unterstützung gewährleisten.

Wir betrachten diese Therapiephase als Übergangsphase auf

dem Wege zur perspektivisch völlig eigenständig arbeitenden Selbsthilfegruppe, neue Patientinnen werden dann in diese stationen-ambulante Gruppe mit Selbsthilfeanteil nachrücken.

Abschließend möchten wir Fr. M, eine 47jährige Patientin, die schon seit einigen Jahren an der Gruppe teilnimmt, zu Wort kommen lassen: „Es tut mir sehr gut, mit meinen Erfahrungen – und das sind inzwischen wirklich nicht wenige – anderen Frauen Mut und Hoffnung zu machen. Es hat für mich den Effekt, mit dem Thema nicht allein dazustehen, aber jetzt auch geben zu können“.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2004) : Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten. DHS-Vorstandsbeschluss vom 05.10.2004, erstellt vom DHS-Fachausschuss „Geschlechterspezifische Suchtarbeit“

Gmel G (2000) Women's Roles and Women's Drinking. A Comparative Study in Four European Countries. Substance abuse 21(4) 249-264

Leune J (2003) Die Versorgung suchtkranker Menschen - Daten, Fakten und allgemeine Behandlungszahlen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004, Geesthacht: Neuland. 137-150

Wanke K (1981) Unterschiedliches Suchtverhalten bei Frau und Mann. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) Frau und Sucht, Band 23 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Hamm: Hohneck. 11-27

Welsch K, Sonntag D (2003) Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. Trends, Ergebnisse und Zahlen aus Dokumentationen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004, Geesthacht: Neuland. 151-170

Winkler C (2004) Frauenspezifische Behandlung bei substanzbezogenen Störungen. Sucht 50(2) 121-127

Neue Anforderungen an Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe

Zwang zu interdisziplinärer Kooperation

Von Achim Dochat

Dass das Thema Sucht ein Teil der Psychiatrie ist und psychiatrische und Suchtfacheinrichtungen eng zusammenarbeiten müssen, wird ja häufig und gern beschworen. Trotzdem sorgen unterschiedliche Geschichte, unterschiedliche Kulturen und unterschiedliche Handlungskonzepte bis heute für einen gewissen Abstand. In letzter Zeit scheinen aber die Aufgaben, die die Praxis stellt, mehr Nähe zu erzwingen. Das Thema Sucht ist in psychiatrischen Einrichtungen präsenter geworden. Und eine standardisierte Aufgabenverteilung zwischen Suchthilfe und Psychiatrie als zwei fachlich bewährten, aber relativ getrennt arbeitenden Hilfesystemen, ist angesichts des multiplen Hilfebedarfs mancher Klienten nicht mehr zeitgemäß.

Die Bergische Diakonie Aprath bietet in ihrem sozialtherapeutischen Verbund ambulante und stationäre Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen an. 1992 kam ein Wohnheim für alkoholgeschädigte Menschen hinzu. Zielgruppe waren zunächst

Patienten mit Korsakowkrankungen als Folgeschäden langzeitigen Alkoholmissbrauchs. In den letzten Jahren hat sich die Arbeit in diesem Haus verändert. Wir erhalten immer mehr Aufnahmeanfragen für chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholkrankte Menschen. Sie sind desintegriert und gesundheitlich stark beeinträchtigt (bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen), haben aber bisher keine Hilfe gesucht oder lehnen Suchthilfeeinrichtungen ab.

Neue Klienten erfordern neue Konzepte

Es ist aber keineswegs nur dieses Spezialangebot, das uns mit dem Thema Sucht konfrontiert. Auch in unseren ambulanten und stationären psychiatrischen Wohneinrichtungen gehört problematischer Umgang mit Alkohol und Drogen mehr als früher zum Alltag der Betreuungsarbeit. Und wir erhalten vermehrt Aufnahmeanfragen für junge Menschen mit Doppeldiagnosen von Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen.

Wir machen dabei Erfahrungen, die offensichtlich auch andere psychiatrische und Suchthilfeeinrichtungen beschäftigen. Institutionen und Mitarbeiter sind zunehmend mit Hilfebedürftigen konfrontiert, die massive Verhaltensstörungen, soziale Desintegration und Dissozialität, erhebliche gesundheitliche Sekundärschäden, aber keine Motivation zur aktiven Arbeit am Suchtproblem mitbringen.

Diesem neuen Klientel werden weder die klassischen Konzepte der Suchthilfe noch der Wohnbetreuung psychisch kranker Menschen gerecht. Mit folgenden Grundsätzen haben wir versucht, unsere Arbeit an die veränderte Situation anzupassen:

■ Akzeptierender Umgang mit vorerst mangelnder Veränderungsbereitschaft und anhaltendem Suchtverhalten. Therapiemotivation ist nicht Voraussetzung für eine Aufnahme, sondern Ziel der Zusammenarbeit. Das Heim bietet zunächst Wohnort, Überlebenssicherung, Schadensbegren-

zung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung.

■ Aufbau einer tragfähigen Beziehung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung als Einstieg in die Erschließung weiterer Hilfen. Abstinenz ist Ziel, nicht Voraussetzung der Hilfe. Rückfälle auf dem Weg dahin müssen aktiv bearbeitet statt disziplinarisch verfolgt werden.

■ Begleitung mit flexibler individueller Hilfeplanung und Zielsetzung statt anforderungsreicher Therapieprogramme.

■ Klar definierte Rahmenbedingungen und Tagesstruktur, wobei zu beachten ist, dass es hier um diejenigen geht, die bisher an den Strukturvorgaben und Gruppenanforderungen von Hilfeeinrichtungen gescheitert sind.

■ Die heterogeneren Gruppenkonstellationen erfordern viel Raum für individuelle Arrangements, persönlichen Rückzug und Vermeidung von eskalierender Konfrontation.

■ Einzelappartements und eine kleine Außenwohngruppe machen die Erprobung gemeindeintegrierter Lebens möglich und sind doch nahe genug, um eng betreut zu werden.

■ Eine besondere Chance eines großen Trägers liegt in der Vielfältigkeit von Milieus und Rahmenbedingungen, die sehr individuelle bedarfsorientierte Lösungen im Einzelfall ermöglichen. Ein abstinentes Milieu steht ebenso zur Verfügung, wie ein niederschwellig tolerantes Milieu. Ein primär suchbezogenes Setting ist ebenso möglich, wie die Integration in Einrichtungen der psychiatrischen Rehabilitation. In Verbindung mit einem differenzierten therapeutischen Angebot können so komplexe individuelle Hilfen gestaltet werden.

Schwer Erreichbares besser erreichen

Das System von beratenden, therapeutischen und rehabilitativen Suchthilfeeinrichtungen ist gut entwickelt und differenziert. Seine Qualität steht außer Zweifel. Es erreicht jedoch nur bestimmte Klienten. Das größere Problem stellen heute diejenigen dar, die dort nicht landen. Der größere Teil behandlungsbedürftiger Alko-

holkranker nimmt keine abstinenzorientierten Hilfen oder Behandlungsangebote wahr.

Unter dem Eindruck solcher Ergebnisse, kommt in den letzten Jahren Bewegung in die Fachdiskussion. Der Sinn des Abstinenzgebots als Grundlage suchttherapeutischer Arbeit gerät in Frage; weichere Therapieansätze (harm reduction, motivierende Gesprächsführung, kontrolliertes Trinken) werden vorgeschlagen. Und ... es gibt viele Auseinandersetzungen um den richtigen Weg.

Dies ist schwer verständlich, denn angesichts der Größe des Problems und des kleinen Anteils, den bestehende Institutionen bisher an seiner Lösung haben, kann jede Initiative zur Erreichung bisher nicht Erreichter nur begrüßt werden.

Betreutes Trinken beziehungsweise niederschwelliger Zugang

Selbstverständlich ist die Aufgabe des Wohnheims und des ambulant betreuten Wohnens im Hilfesystem eine vollkommen andere, als die der klinischen Akutbehandlung, der qualifizierten Entgiftung oder Rehabilitation.

Sie haben immer einen Doppelauftrag: Betreuung gemäß aktuellen Behandlungs- und Rehakzepten und Anbieten von Lebensraum, Hilfe bei der Wiedergewinnung von Privatheit und Alltag. Auch wenn Menschen mit Suchterkrankungen oder Doppeldiagnosen in zugespitzter, manchmal lebensbedrohlicher gesundheitlicher Situation eine gezielte Behandlung ablehnen, bleibt natürlich immer noch Überlebenshilfe der Auftrag des Kostenträgers.

Entsprechend erleben wir eine verstärkte Nachfrage nach Plätzen für Suchtkranke im ambulant betreuten Wohnen. Dabei wird ein verändertes Verständnis der Rolle dieser Unterstützungsform deutlich. Sie gilt nicht mehr nur als Rehaschritt für Menschen, die intensivere Betreuung nicht oder nicht mehr brauchen. Vielmehr wird es vermehrt angefragt mit dem Ziel, über ambulante Betreu-

ung eine erste Kontaktaufnahme, Schadensreduzierung und einen niederschweligen Einstieg ins Hilfesystem zu schaffen. Und schließlich ist bei gesundheitlichem Abbau die Sicherstellung von Unterkunft, regelmäßiger Ernährung und medizinischer Grundversorgung ein ernstzunehmender Hilfebedarf.

Ein niederschwelliger Zugang bedeutet nicht die Aufgabe der Ziele Abstinenz und Rehabilitation bzw. Reintegration. Es geht darum, eine Beziehung aufzubauen und den Zugang zu Hilfen erst zu erschließen. Betreuer müssen sich auf einen langwierigen Weg mit Umleitungen einstellen. Was sollte dagegensprechen? Etwa die Befürchtung, das eine Verbesserung der Situation die Bereitschaft zur Veränderung verringert?

Integration von Gemeindepsychiatrie und Suchthilfe

Behandlungsmodelle für chronisch kranke Menschen und die Notwendigkeit niederschweligen Zugangs zur Erreichung wenig motivierter schwieriger Klientel sind in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vertraute (wenn auch nicht unbedingt gelöste) Themen.

In der Suchthilfe scheinen die Themen Niederschwelligkeit und Chronizität lange Zeit weniger beachtet und auch kontroverser diskutiert worden zu sein. Arbeit mit nicht trockenen, existentiell bedrohten Abhängigen erscheint von geringerem Wert oder wird sogar fachlich in Frage gestellt. Dabei ist die Sicherung basaler Bedürfnisse im Einzelfall ebenso bedeutsam wie stationäre Behandlungsmaßnahmen. Sie können nicht gegeneinander bewertet werden, sondern ergeben zusammen sinnvolle Hilfe.

Lange hat man um die Anerkennung von Sucht als Krankheit gekämpft. Sie ist zwar bereits seit 1963 erreicht, aber anscheinend doch noch nicht so ganz in allen Diensten der Suchthilfe angekommen. Die Annahme von Eigenverantwortlichkeit hat nach wie vor einen hohen Stellenwert. Immer wieder taucht die Frage auf, ob

Ein niederschwelliger Zugang bedeutet nicht die Aufgabe der Ziele Abstinenz und Rehabilitation bzw. Reintegration. Es geht darum, eine Beziehung aufzubauen und den Zugang zu Hilfen erst zu erschließen

Lange hat man um die Anerkennung von Sucht als Krankheit gekämpft. Sie ist zwar bereits seit 1963 erreicht, aber anscheinend doch noch nicht so ganz in allen Diensten der Suchthilfe angekommen

Im Umgang mit chronisch psychisch kranken Menschen fällt akzeptierende Anteilnahme und die Entschuldigung von Fehlverhalten als krankheitsbedingt anscheinend leichter

In den letzten 25 Jahren hat sich die Versorgung suchtkrank Menschen ausdifferenziert, sie ist von dem auf „Königswegen“ in Fachkliniken ausgerichteten Behandlungssetting zu einem breiten ausdifferenzierten Modell der integrierten Versorgung über Versorgungsgrenzen hinweg weiterentwickelt worden

bei selbstverschuldetem Elend und fehlender Änderungsmotivation Hilfestellung überhaupt sinnvoll und aussichtsreich ist, ob der Mitteleinsatz sich lohnt, ob der Betroffene ihn überhaupt verdient. Krank ist nur, wer sich krank fühlt und motiviert ist zu Behandlungsmaßnahmen? Diese Gleichung geht auch in der somatischen Medizin nicht ohne Rest auf.

Im Umgang mit chronisch psychisch kranken Menschen fällt akzeptierende Anteilnahme und die Entschuldigung von Fehlverhalten als krankheitsbedingt anscheinend leichter. Obwohl auch Psychotiker mitunter den Eindruck erwecken, am Entstehen neuer Krisen aktiv beteiligt zu sein. Und doch dächte hier niemand an disziplinarische Entlassung und Verweigerung einer Behandlung wegen Mitverantwortung.

Selbstverständlich sind Mitverantwortung und Autonomie des Klienten unverzichtbare Elemente einer zeitgemäßen Arbeit mit psychisch oder suchtkranken Menschen. Gerade im Umgang mit den Schwächsten, die zu Kunden nicht taugen, ist jedoch darauf zu achten, dass diese Vokabeln nicht missbraucht werden, um zynisch die Verweigerung von Hilfeleistungen zu begründen. Die Autonomie des Klienten enthebt uns nicht der fachlichen Verantwortung.

Dass angesichts der Aussichten, die am Ende der Therapie warten, Veränderungsmotivation oft nicht zustande kommt, dass trinkende Menschen immer schwieriger werden und schwierige Menschen immer mehr trinken, ist ein Problem, mit dem beide Hilfesysteme leben müssen. Gegenseitige fachliche Infragestellung oder Vorwürfe helfen dabei nicht weiter. Notwendig ist nicht die Abgrenzung, sondern die bessere Verknüpfung von Kompetenzen und die Vereinfachung von Übergängen. Angesichts der Herausforderungen für Suchthilfe und psychiatrische Einrichtungen sind traditionelle Sichtweisen auf beiden Seiten nur begrenzt tauglich. Stattdessen gilt es, sich den neuen Kooperationsanforderungen zu stellen und Lö-

Wofür eine eigenständige Suchtkrankenhilfe?

Kernaufgaben der Basisversorgung suchtkrank Menschen

Von Helmut Urbaniak

Die Versorgung suchtkrank Menschen kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln gesehen werden. Und oft unterscheiden sich die Betrachtungsebenen aus dem Blick der Sozialpsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe (SKH). Aus meiner Sicht Ursache mancher Missverständnisse. Und so stellt sich für die Suchtkrankenhilfe auch die mir gestellte Frage nach einer eigenständigen Suchtkrankenhilfe nicht!

Die Sicht der SKH ist vor allem geprägt durch die guten Rehabilitationserfolge sowohl im ambulanten wie stationären Setting. Weniger ausgebildet ist bisher der Blick auf eine möglichst niedrigschwellige und frühzeitige Erreichbarkeit suchtkrank Menschen. Die Versorgung, Beratung, Behandlung und Nachbetreuung suchtkrank Menschen ist eine versorgungspolitische Querschnittsaufgabe. Diese in regionalen Versorgungsregionen noch verbindlicher als bisher zu etablieren, ist eine der wesentlichen Zukunftsaufgaben der Suchtberatungsstellen und aller daran beteiligten Einrichtungen einer Region. In dem Papier des GVS „Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung“ haben wir diese Aufgabe als eine Kernaufgabe der Basisversorgung suchtkrank Menschen beschrieben. Ich gehe zum Schluss genauer darauf ein.

Die Versorgung suchtkrank Menschen: ein effizientes integriertes Versorgungsmodell

In den letzten 25 Jahren hat sich die Versorgung suchtkrank Menschen ausdifferenziert, sie ist von dem auf „Königswegen“ in Fachkliniken ausgerichteten Behandlungssetting zu einem breiten ausdifferenzierten Modell der integrierten Versorgung über Versorgungsgrenzen hinweg wei-

terentwickelt worden, lange bevor der Begriff von der Politik entdeckt wurde.

Die Suchtkrankenhilfe ist ein eigenständiges Versorgungssystem. Den Bedarf, die Versorgungssituation und die notwendigen weiteren Entwicklungsschritte möchte ich nachfolgend aufzeigen:

Epidemiologische Grunddaten

Suchtprobleme sind eines der größten gesellschaftlichen Gesundheitsprobleme. Hier einige Zahlen, entnommen dem neuen Buch von Barbor et.al. „Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut“. Schätzungen zu alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinbevölkerung kommen unter Berücksichtigung der methodischen Probleme auf untere Grenzwerte von etwa 1,6 Mio. Personen mit einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV (12-Monats-Prävalenz) und auf etwa 2,7 Mio. Personen mit einer DSM-IV-Missbrauchsdiagnose, so dass insgesamt bei etwa 4,3 Mio. Personen in Deutschland eine aktuelle Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vorliegen. Nach John und Hanke (2002a) sind 2,3% der Gesamtmortalität ausschließlich auf Alkohol und weitere 6,3% sowohl auf Alkohol als auch auf Tabakkonsum zurückzuführen, was insgesamt 55.000 Todesfällen unter Männern und 18.000 Todesfällen unter Frauen entspricht. Bei Männern treten 31% und bei Frauen 12,8% aller alkoholattributablen Todesfälle im Alter unter 65 Jahren ein.

Weiterhin spielte Alkohol bei etwa 60% der jährlich 150.000 Verurteilungen wegen Straftaten im Straßenverkehr eine Rolle: bei rund 33.000 Verkehrsunfällen mit Personenschaden war Alkohol beteiligt und etwa 1500 Personen wurden bei Verkehrsunfällen mit

Alkoholeinfluss getötet. Schließlich wird der volkswirtschaftliche Schaden, der durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität entsteht, auf etwa 20 Mrd. pro Jahr geschätzt. Aus dieser Übersicht wird deutlich, dass insgesamt ein erhebliches Ausmaß an alkoholbezogenen Schäden in Deutschland vorliegt. Die genannten negativen Auswirkungen sind empirisch belegt und unter Fachleuten wenig strittig.

Krankheitsverständnis

Zu Grunde liegt ein bio-psycho-soziales Verständnis der Erkrankung mit häufig chronifizierendem Verlauf. Genesungsprozesse setzen eine Bereitschaft zur Veränderung der Lebenshaltungen voraus. Die Behandlungsansätze basieren schon lange auf den nun im ICF beschriebenen Prinzipien insbesondere der ressourcenorientierten Förderung und Stärkung. Über die breite Definition des Behindertenbegriffs im SGB IX ist eine Suchterkrankung einerseits in der chronischen Phase als Behinderung codifiziert, andererseits durch das Urteil des Bundessozialgerichts von 1963 als Krankheit anerkannt.

Hieraus ergeben sich unterschiedliche versicherungsrechtliche Zuständigkeiten zwischen der GKV und der RV. In der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom Mai 2001 wurden die Zuständigkeiten noch vor dem SGB IX zwischen den KV und den RV geklärt. Allerdings nur für den Erkrankungs- und Behandlungsfall. Die Phasen der Beratung, Betreuung und Motivationsentwicklung sind weiterhin freiwillige Leistungen der Länder und Kommunen, nur abgesichert durch die Vorgabe zur kommunalen Daseinsvorsorge. (Nur in Sachsen sind diese gesetzlich geregelt).

Die ausdifferenzierte Versorgungslandschaft ist im Wesentlichen durch die Bereiche: Selbsthilfe, Beratung, Behandlung, Nachsorge in verschiedenen Einrichtungsformen abgedeckt. Insbesondere in der Verbindung mit dem niedergelassenen medizinischen Versorgungssystem schlummert ein noch wenig erfolgreich praktiziertes

Potential an Früherkennung von Suchtproblemen. Hier werden zukünftig verstärkt auch Angebote für Risikokonsumenten vorgehalten werden müssen.

Selbsthilfe

Geschichtlich haben alle Selbsthilfebewegungen ihren Ursprung in den Abstinenz- und Selbsthilfebewegungen der Suchthilfe. In Deutschland arbeiten die fünf großen Selbsthilfeverbände der Suchthilfe intensiv zusammen (bis auf die AA, die auf Grund ihrer Grundhaltung jeder Organisationsform fern bleibt). In einer Erhebung aus dem Jahr 2003 wurde die weite Verbreitung und Effizienz der Selbsthilfe deutlich. Alleine im Rahmen der drei Selbsthilfeverbände des GVS / der Diakonie (Blaues Kreuz, Blaues Kreuz in der evang. Kirche, Freundeskreise für Suchtkranke) treffen sich 2.171 Gruppen überwiegend wöchentlich mit ca 35.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Beeindruckend ist die Integrationskraft der Gruppen, dargestellt an der Frage eines Rückfalls. Etwa 16 % der abhängigen Gruppenbesucher gaben an, einen Rückfall gehabt zu haben und davon konnten sich 86% durch die weitere Teilnahme an den Gruppen stabilisieren.

Beratung

Einen offenen möglichst niederschweligen Zugang zur Beratung ist ein Kernsegment in der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen. Die komplexen Krankheitsbilder mit allen psychischen und sozialen Folgen benötigen von Anfang an eine umfassende Basiskompetenz der Diagnostik auf Basis des ICD10, der sozialarbeiterischen Betreuung und Unterstützung sowie therapeutischer Grundkompetenzen. Diese Kernaufgabe einer Beratungsstelle wird wesentlich mit Methoden des Casemanagements erfüllt. Insbesondere durch die Forschungen von Prochaska und DiClemente wurde deutlich, dass Menschen in unterschiedlichen Stadien ihres individuellen Veränderungsprozesses unterschiedliche Interventionsformen und Unterstützungen benötigen. Durch die Erweiterung

des Blicks auf Menschen mit riskantem Suchtmittelgebrauch, werden wir zukünftig vermehrt von „Suchthilfe“ reden müssen.

Behandlung

Auf der Basis des SGB VI werden Maßnahmen zur med. Rehabilitation Suchtkranker durchgeführt. Neben den traditionellen stationären Behandlungsformen, deren Praxis sich aber wesentlich geändert hat, haben sich die ambulante Rehabilitation und seit kurzem die Kombinationsbehandlung als sehr effizient erwiesen. Katanesezahlen der (alten) BfA zeigen dass 2 Jahre nach der Reha-Maßnahme 89% der stationären Klienten und 92% der ambulanten Klienten wieder RV-Beiträge gezahlt haben (Zahlen aus 2001). Neuere Forschungen belegen die große Bedeutung der Arbeit für eine langfristige Abstinenz.

Komplementäre Einrichtungen

Die Versorgung von mehrfach beeinträchtigten suchtkranken Menschen hat ein differenziertes System an Einrichtungen zur Basis. Auch hier ist eine starke Gemeindenähe intendiert und vorhanden. In der Schnittstelle mit der Wohnungslosenhilfe, bieten Einrichtungen eine beschützende stabilisierende Langzeitversorgung an, mit dem Ziel der sukzessiven Einbindung in die Gemeinden. Auf Grund der multiplen Schädigungen und oft körperlicher und psychischer Behinderungen, sind hier besondere Integrationsbemühungen notwendig. Dies setzt eine fachliche und regionale Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrie voraus. Auch hier haben sich vielfältige Kooperationsformen mit Beratungsstellen und Fachklienten entwickelt.

Zusammenfassung

Aus Sicht des GVS sind die regionalen wohnortnahen Versorgungsverbände wesentlich weiter zu entwickeln. Im Interesse einer personenzentrierten, wohnortnahen Versorgung müssen die Strukturen der Suchthilfe zunächst intensiver und verbindlicher nach

Geschichtlich haben alle Selbsthilfebewegungen ihren Ursprung in den Abstinenz- und Selbsthilfebewegungen der Suchthilfe



Helmut Urbaniak, Geschäftsführer des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe (GVS) im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, Altensteinstr. 51, 14195 Berlin, Tel: 030-843 123-57 oder -55, Fax: 030-844 183 36, E-Mail: urbaniak@sucht.org

Für bestimmte Subgruppen der Erkrankten müssen Formen der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder der Altenhilfe weiter ausgebaut werden

Kritische Anfragen an die realen Kooperationsbereitschaften insbesondere aus der Sozialpsychiatrie, der Suchtmedizin aber auch aus der Wohnungslosenhilfe sind berechtigt und angebracht

innen kooperieren, darüber hinaus müssen Kooperationsformen mit niedergelassenen (Haus-)Ärzten und Krankenhäusern gesucht und ausgebaut werden. Für bestimmte Subgruppen der Erkrankten müssen Formen der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder der Altenhilfe weiter ausgebaut werden.

Aufgaben einer integrierten Grundversorgung Sucht

Um dies auch zukünftig zu gewährleisten, hat der GVS folgende Grundversorgungsaufgaben zur Diskussion gestellt. Zu einer regionalen integrierten Grundversorgung Sucht gehören grob folgende Elemente:

- ein psychosoziales Programm zur ersten Hilfe und Befähigung leistungsrechtliche Hilfen (Substitution, Entzug, Rehabilitation u.a.) zu nutzen,
- Vermittlung in leistungsrechtliche Hilfen,
- einzelfallbezogenes, umfassendes Case-Management,
- strukturelles Case-Management im Sinne einer Querschnittsfunktion gegenüber den Leistungsrechten (medizinische Leistungen, Rehabilitation, Jugendhilfe, Leistungen zur Integration in Arbeit und Beruf, Sozialhilfe).

Die vorgeschlagene Definition schließt einen integrierten suchtmittelübergreifenden Ansatz ein. Im Einzelnen lassen sich folgende Aufgaben einer Grundversorgung Sucht benennen:

- wohnortnahe, regional gegliedertes Hilfsangebot;
- voraussetzungsfreier, niederschwelliger Zugang für alle Hilfesuchenden;
- Wahrnehmung einer Grundversorgungsverantwortung für suchtkranke Menschen (!) in der Region;
- Sicherstellung fachlich qualifizierter und verständlicher Informationen über alle verfügbaren Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten;
- Wahrnehmung zielgerichteter Beratung und einer kontraktbezogenen, bei Bedarf langfristigen Betreuung, die dem Ziel dient, die individuelle Lebensqualität und

soziale Teilhabe zu verbessern. Dazu gehört nachgehende Sozialarbeit bei Kontaktabbrüchen;

- Förderung und Stützung einer Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft (Compliance) zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsleistungen;
- umfassende Feststellung des Hilfebedarfs auf der Grundlage eines ganzheitlichen Suchtverständnisses und unter Berücksichtigung der persönlichen Veränderungsbereitschaft;
- personenzentrierte integrierte Hilfeplanung;
- nach Absprache unter den Leistungserbringern, Übernahme eines fallbezogenen Case-Managements, insbesondere bezüglich Suchtrehabilitation;
- Wahrnehmung von sektorenübergreifendem Case-Management auf der Grundlage von leistungsbereichsübergreifenden Leitlinien oder Versorgungspfaden;
- Wahrnehmung eines strukturellen Case-Managements in Bezug auf die Schnittstellen zu den einzelnen Leistungsrechten;
- Sicherstellung qualifizierter Suchtpräventionsmaßnahmen insbesondere im Bereich der Früherkennung und Früherreichung von Hochrisikogruppen;
- Aufbau einer engen Kooperation und fachlichen Begleitung für die vor Ort tätigen Suchtselbsthilfegruppen.

Auf der Basis eines integrierten, ganzheitlichen Beratungs- und Behandlungskonzepts sind die ergänzenden Leistungen (z.B. ambulante med. Rehabilitation), die auf der Grundversorgung aufbauen, mit ihr strukturell vernetzt vorzuhalten, wie dies in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung“ beschrieben ist.

Kritische Anfragen an die realen Kooperationsbereitschaften insbesondere aus der Sozialpsychiatrie, der Suchtmedizin aber auch aus der Wohnungslosenhilfe sind berechtigt und angebracht. Doch dürfen damit die vorhandenen und effizienten (bereits bisher integriert) arbeitenden Versorgungsstrukturen der Sucht(kranken)hilfe nicht aus markt- und ideologischer Sicht zerstört werden. ●

Trauer um Ulrich Siebenbrock

Wir trauern um unseren Freund und Kollegen Ulrich Siebenbrock, der nach langer und schwerer Krankheit am 2. Dezember 2005, mit 53 Jahren, viel zu früh gestorben ist.



Er hinterlässt seine Ehefrau, Hiltraud Varnholt-Siebenbrock und seine drei erwachsenen Kinder: Anne,

Lena und Jan. Ulrich Siebenbrock wurde am 1. Mai 1952 in Münster geboren. Nach dem Studium der Sozialpädagogik war er zunächst in der Jugendarbeit in Neuss tätig; danach rund 10 Jahre als Psychiatrie-Koordinator in Mönchengladbach. Dort hat er die Gemeindepsychiatrie an federführender Stelle mit aufgebaut. Von 1992 bis 1998 war Ulrich Siebenbrock Psychiatrie-Referent im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland, in Düsseldorf und von 1993 bis 1998 Mitglied in der Redaktion der KERBE. Wir werden Ulrich Siebenbrock als einen außergewöhnlich kompetenten, toleranten und liebenswerten Kollegen in unserer Erinnerung behalten. Die Weiterentwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie war für ihn Herzenssache. Er hat sich von Anfang an dafür eingesetzt, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige als „Experten in eigener Sache“ zu würdigen; so hat Ulrich Siebenbrock die „Kultur des Dialogs“ auch stets als sozialpsychiatrische Denk- und Handlungsgrundlage in die Redaktionsarbeit der KERBE eingebracht. Wir wünschen seiner Frau und seinen Kindern, die in bewundernswerter Weise, bis zur letzten Sekunde mit Ulrich Siebenbrock gegen seine Krankheit gekämpft haben, für die Zeit der Trauer viel Kraft und liebevolle Begleitung. Wir werden uns in seinem Sinne für die Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie einsetzen.

Jürgen Bombosch
für die Redaktion der KERBE

Die Kontroverse um die Personenzentrierung

Eine Annäherung aus sozialetischer Perspektive

Von Annette Noller

Personenzentrierung und ethischer Diskurs

Das Konzept der Personenzentrierung hat in der Sozialpsychiatrie eine kontroverse Debatte ausgelöst. Diskutiert werden fachliche Gesichtspunkte: Die individuelle Hilfeplanung, die Verbund- und Ressourcenorientierung und die Assistenz zur Selbstbestimmung. Zur Debatte stehen auch ethische Fragen, die insbesondere von Klaus Dörners angeregt wurden. Diskutiert wird die Angemessenheit der zugrundeliegenden anthropologischen Konzeption, insbesondere die Orientierung an der Selbstbestimmung. Gefragt wird, ob Personenzentrierung die Schwächsten („die Letzten“, K. Dörner) aus dem Blick verliert. Dann würden diejenigen, die am meisten auf Hilfe angewiesen sind am wenigsten von den neuen Entwicklungen profitieren. Ethische Fragen sind berührt in der Diskussion um Verantwortung und Vertrauen als Grundlagen der helfenden Beziehung. Gefragt wird, ob die Darstellung der Defizite in der Hilfeplanung zu einer Stigmatisierung und Technokratisierung von Personen führt. Alle diese Kritikpunkte sind aus der Perspektive der Ethik gewichtig. Sie stehen den ethisch manifesten Zielen der Vertreter/innen der Personenzentrierung gegenüber.

Die sozialpsychiatrische Kontroverse im Kontext des gegenwärtigen Diskurses um die Menschenwürde

Die Kontroverse um die Personenzentrierung steht im Zusammenhang eines größeren gesellschaftlichen Diskurses um Person und Menschenbild, der sich im ethischen Prinzip der Menschenwürde konzentriert. Die Menschen- oder Personwürde gilt als Wertungsmittelpunkt des Grundgesetzes. Sie gilt auch in der Sozialen Arbeit als

„Richtmaß allen verantwortlichen Handelns.“ Im derzeitigen ethischen Diskurs der Bundesrepublik – insbesondere in der Medizinethik – vollzieht sich ein signifikanter Paradigmenwechsel, der sich m.E. auch in der sozialetischen Debatte der Sozialpsychiatrie niederschlägt. Dieser Paradigmenwechsel äußert sich darin, dass Menschenwürde primär im Sinne von Autonomie und Selbstbestimmung ausgelegt wird. In der traditionellen Rechtsauffassung konkretisierte sich der Art. 1,1 GG (die Würde des Menschen ist unantastbar) in den im zweiten Artikel (Art. 2 GG) ausgeführten grundlegenden Rechten: Im Recht auf Leben, Freiheit und körperlicher Unversehrtheit. In dieser Konkretisierung wird deutlich, dass die Norm der Menschenwürde zwei grundlegende Richtungen aufweist: Jeder Mensch hat, unabhängig von seinen Leistungen, Begabungen, Gesundheit und sozialem Status, unabhängig von Rasse, Klasse und Geschlecht erstens ein Recht auf Freiheit (Abwehrrechte) und zweitens ein Recht auf Schutz der eigenen Person (Schutzrechte). In den sogenannten Abwehrrechten wird die Person vor Eingriffen in die individuelle Freiheit geschützt in den sogenannten Schutzrechten wird die körperliche und soziale Gesundheit geschützt. Beide Linien der bisherigen Rechtsauslegung haben dazu geführt, dass mit der Menschenwürde vielfältig argumentiert wurde, z.B. in der Diskussion um menschenwürdige Pflege, menschenwürdige Ausstattung von Sozialhilfe, menschenwürdiges Sterben (Schutzrechte), aber auch in der Diskussion um Lauschangriffe und Schutz der privaten Wohnung etc. (Abwehrrechte).

Im aktuellen ethischen Diskurs zeichnet sich eine Verschiebung

der bisherigen doppelten Interpretation ab. In der Debatte um Selbsttötung und assistierten Suizid beispielsweise zeigt sich eine Tendenz, Menschenwürde im Sinne der autonomen Entscheidung des Einzelnen über sein Leben auszulegen. Schützenswert ist nicht mehr das Leben an sich, sondern der Schutz gilt der Autonomie der über ihr Leben frei verfügenden Person. Diese Auffassung begegnet auch im Kommentar des Staatrechtlers Matthias Herdegen zum Art. 1,1 GG. In dem renommierten Kommentar von Maunz/Dürig kommt er zu dem Ergebnis, dass sich aus Art 1 GG ein „verfassungsrechtlich verbrieftes positives Recht auf Selbsttötung ergebe“. Mit dem Theologen Ulrich Eibach sehe ich hier eine Reduktion des Menschenwürdebegriffs allein auf die Selbstbestimmung. Bisher galt die Auffassung, dass der Schutz des Lebens als so hoch anzusehen ist, dass bei Fremd- oder Selbstgefährdung die Abwehrrechte außer Kraft gesetzt sind und eine Zwangshandlung im Sinne des Schutzes des Lebens nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten ist.

Die Dominanz der Selbstbestimmung in der modernen ethischen Diskussion wird auch in der Diskussion um die aktive Sterbehilfe erkennbar (assistierter Suizid). In der Argumentation des nationalen Ethikrates zur aktiven Sterbehilfe tritt der Schutz des Lebens in den Hintergrund gegenüber der freien Selbstverfügung über das Ende des Lebens. Selbstbestimmung und Autonomie dominieren auch die medizinethische Diskussion um den informed consent (freiwillige, informierte Einwilligung). Die ursprüngliche Intention, die Zustimmung des/der Patient/in durch fachliche Information für eine Behandlung zu gewinnen, tritt zunehmend in den Hintergrund. Medizinethische Ansätze, die die Tugend der ärztlichen Fürsorge betonen, geraten unter den Verdacht der paternalistischen Bevormundung von Patient/innen. Der Schutz des Lebens (Unversehrtheit der Person, Patient/innenwohl) degeneriert zum Schutz der Autonomie. Schützenswert ist die Patient/in weil ihre/seine Autonomie geschützt werden muss.



Prof. Dr. Annette Noller, Professorin für Theologie und Diakoniewissenschaft, Evangelische Fachhochschule Reulingen-Ludwigsburg, E-Mail: a.noller@efh-ludwigsburg.de

Immanuel Kants (1724 – 1804) philosophische Interpretation der Würde hat bis heute maßgeblichen Einfluss auf die ethischen und juristischen Diskurse

Die doppelte Interpretationslinie der Menschenwürdenorm wurzelt in einer langen, facettenreichen Tradition. Die Menschenwürde als fundamental ethisches Prinzip wurde zuerst in der Antike formuliert: Griechen und Römer hatten den selbstbewussten, durch besondere Qualitäten ausgezeichneten Bürger

Die Debatte um Personenzentrierung weist Parallelen zu dem sich gegenwärtig im ethischen Diskurs vollziehenden Paradigmenwechsel auf. Steht auf der einen Seite die Betonung der Selbstbestimmung, so werden auf der anderen Seite von den Kritiker/innen des Ansatzes die Schutzrechte betont und Argumente der Fürsorge und Verantwortung ins Feld geführt (von den Letzten ausgehen, Vertrauen). In der sozialpsychiatrischen Kontroverse geht es nicht nur um die Praxis in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken, sondern auch um die gesellschaftlich geteilte Auffassung von der Person und Würde des Menschen. Meine Position ist, dass in der einseitigen Betonung der Selbstbestimmung eine Engführung des bisherigen abendländisch-europäischen Person- und Würdebegriffs vollzogen wird.

Traditionen und Konzeptionen der Personwürde

Die doppelte Interpretationslinie der Menschenwürdenorm wurzelt in einer langen, facettenreichen Tradition. Die Menschenwürde als fundamental ethisches Prinzip wurde zuerst in der Antike formuliert: Griechen und Römer hatten den selbstbewussten, durch besondere Qualitäten ausgezeichneten Bürger (nicht die Bürgerin und nicht die Sklavinnen und Sklaven) vor Augen, wenn sie von Würde sprachen. Würde (lat. Dignitas) ist der Begriff für das gesellschaftliche Ansehen des freien Bürgers, das z.B. durch ein öffentliches Amt erworben wird. Würde wird nach Ansicht des Philosophen Aristoteles durch Eigenschaften konstituiert, die bei den Mitmenschen Ehrerbietung hervorrufen: Tugendhaftigkeit, Großmut, Mäßigkeit und auch durch äußere Schönheit. Würde ist das Privileg der adligen Schicht der antiken Polis (Stadt/Gemeinwesen).

Die antike Vorstellung der Würde wurde seit dem Mittelalter im Christentum rezipiert und mit der biblischen Vorstellung von der Gottebenbildlichkeit des Menschen verbunden. Es ist das Verdienst der scholastischen, insbesondere aber der reformatorischen Theologie, dass die Vorstellung

von der Gleichheit aller Menschen und ihrer besonderen Würde als Person im anglo-amerikanischen und europäischen Kulturraum Einzug hielt. Seither lassen sich beide Interpretationslinien der Personwürde belegen: Der Rekurs auf Vernunft und Autonomie einerseits und die Betonung der absoluten Wertigkeit und Schutzbedürftigkeit andererseits. Maßgeblich war für diese Auslegung erstens die Philosophie Immanuel Kants und zweitens die christliche Interpretation der Gottebenbildlichkeit.

Immanuel Kants (1724 – 1804) philosophische Interpretation der Würde hat bis heute maßgeblichen Einfluss auf die ethischen und juristischen Diskurse. Der Mensch besitzt nach Kant Würde, weil er begabt ist mit Vernunft und fähig, sittlich zu denken und zu handeln. Die Fähigkeit zur Vernunft unterscheidet den Menschen von anderen Lebewesen. Aufgrund seines Sonderstatus kann für den Mensch kein Äquivalent, kein Preis festgesetzt werden. Kant unterscheidet im Bereich menschlicher Zwecksetzungen zwischen dem, was einen Preis und dem, was eine Würde hat: „Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als ein Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstatet, das hat eine Würde.“ Es sind also nach Kant zwei Merkmale, die die Würde konstituieren: Erstens die Unvergleichlichkeit des Menschen. Sie gründet in seiner ‚Selbstzwecklichkeit‘, die mit keinem Gegenwert aufgewogen werden kann. Diese Unvergleichlichkeit des Menschen basiert zweitens auf der sittlichen und vernünftigen Begabung des Menschen. Bis heute hat sich aus Kants Formulierungen die Überzeugung gehalten, dass Würde eine nicht begründungsbedürftige Setzung ist. Auf Kant gehen diejenigen Würdeinterpretationen zurück, die die Selbstbestimmung und Vernunft des Menschen als Inbegriff menschlicher Würde definieren. Kants aufklärerische Definition der Menschenwürde ist paradigmatisch für alle späteren und noch heute verwendeten Würdeinterpretationen, die auf

eine religiöse Begründung verzichten. Mit dem Bonner Grundgesetz wurde nach dem zweiten Weltkrieg die Menschenwürde als Wertungsmittel des Grundgesetzes verankert. Es waren die Erfahrungen von Diktatur, Holocaust, Krieg und Verfolgung, die zu einer Wiederaufnahme der Menschenrechtstradition in der BRD führte. Die „nicht interpretierte These“ (Th. Heuss) wurde als Bollwerk gegen die Verletzung fundamentaler Menschenrechte eingesetzt. Im Zuge der Verankerung im Grundgesetz haben sich auch die Kirchen der Menschenwürde verstärkt zugewandt. Der Verfassungsrechtler Paul Kirchhof nennt die christliche Gottebenbildlichkeit als gedanklich hermeneutischen Auslegungshorizont von Art. 1,1 GG. Er hat damit die theologische Deutung aufgegriffen, die in der evangelischen und katholischen Kirche übereinstimmend als christliche Interpretation der Menschenwürde gesehen wird.

Im ersten Schöpfungsbericht der Bibel heißt es: „Und Gott schuf den Menschen nach seinem Bilde, zum Bilde Gottes schuf er ihn; und schuf sie als Mann und Frau“ (1. Mose 1, 27). Mit dem hebräischen Wort für Bild (zälām) wird das Götterbild/Götzenbild (Plastik/Statue) bezeichnet. Diese Götterstatuen galten als Repräsentant/innen des Gottes/der Göttin auf Erden. Im Götzenbild, das im Tempel verehrt wird, begegnet die Gottheit selbst. In Analogie zu den Götter/innenbildern ließen die orientalischen Herrscher ihre Statuen als Zeichen ihrer Herrschaft in den von ihnen regierten Gebieten aufstellen. Sie bezeichneten sich selbst als Abbilder bzw. Repräsentant/innen der Götter auf Erden. Der biblische Schöpfungsbericht wurde im Umfeld dieser Kulturen formuliert. Man geht davon aus, dass die biblischen Erzählungen die religiösen Interpretationen aus den sie umgebenden Kulturen aufgriffen, um ihr eigenes Verständnis der Schöpfung zu formulieren. Mit der Formulierung der Gottebenbildlichkeit des Menschen in Gen 1, 26ff wurde zum Ausdruck gebracht, dass der Mensch – und zwar alle Menschen und nicht nur der König/die Königin – Repräsentationen

Gottes auf Erden sind. Gott hat die Menschen als Zeichen seiner Herrschaft auf die Erde gesetzt.

Revolutionär ist im Jahr 600 v. Chr. – als das erste Buch Mose verfasst wurde – der Gedanke, dass diese Gottebenbildlichkeit allen Menschen, Männern und Frauen gleichermaßen zukommt. Die unbedingte Werthaftigkeit des Menschen wird nicht aus dem Menschseins selbst abgeleitet, sondern gewinnt durch die religiöse Begründung ein Gewicht in Richtung ‚Heiligkeit des Lebens‘. Der Mensch erhält seine Würde aus der einzigartigen Beziehung zwischen Gott und Geschöpf: Jeder und jede ist so wie er/ sie ist von Gott gewollt und ein Zeichen der Herrschaft und Liebe Gottes auf der Erde. Die biblische Interpretation der Würde verlagert das Gewicht von der Autonomie auf den Dialog, die Beziehung zwischen Gott und Geschöpf und die Beziehungsfähigkeit und Schutzwürdigkeit der Person.

Revolutionär war die Formulierung der Gottebenbildlichkeit vor 2500 Jahren. Unaufgebbar ist diese Interpretation der Personwürde aber auch noch im Jahr 2005 angesichts von ‚philosophischen Ethiken‘ wie der Peter Singers, der nicht einwilligungsfähigen, nicht artikulationsfähigen Menschen das Lebensrecht abspricht. Singers utilitaristische Ethik ist ein bis heute isolierter und umstrittener ethischer Ansatz. Er zeigt als extremes Einzelbeispiel die Irrwege, die entstehen, wenn Lebensrecht und Würde (bei Singer Personhaftigkeit) ausschließlich von Leistungsmerkmalen wie z.B. Autonomie und Willensbekundung abhängig gemacht werden. Dass die elementaren Rechte der Würde und des Lebens verletzt werden, wenn der Mensch nur noch unter der Maßgabe von Vernunft und Autonomie gesehen wird, zeigen auch die Verirrungen des Nationalsozialismus. Auch hier wurde die Ethik nicht mehr auf der Grundlage der Heiligkeit des Lebens und der unbedingte Wertschätzung des Einzelnen formuliert. Es liegt in der Logik der Geschichte, dass die Menschenwürdenorm nach dem zweiten Weltkrieg eine Renaissance er-

lebte. Sie galt als ethischer Garant gegen die Massenvernichtung von Menschen, die als ‚lebensunwert‘ angesehen wurden. Micha Brumlik ist zu stimmen, wenn er schreibt: „Gerade die Erfahrungen des Nationalsozialismus haben dazu geführt, in der Würde des Menschen einen Wert zu sehen, der sich alleine aus der Zugehörigkeit zur Gattung Mensch (ableitet, A.N.) und gerade nicht auf bestimmte, als wesentlich angesehene personale Eigenschaften.“

In der Tradition der Würdeinterpretation finden sich beide Interpretationslinien wieder, die auch die derzeitige, bundesrepublikanische Diskussion bestimmen: Einerseits die Betonung der Selbstbestimmung, abgeleitet aus der Autonomie und Vernunft, andererseits aber auch die unhinterfragbare Einmaligkeit und Schutzwürdigkeit der Person. Betrachtet man die Kontroverse um die Personenzentrierung, so ist auffallend, dass bei der Konzeptionierung zunächst die (Assistenz zur) Selbstbestimmung im Vordergrund stand. Wenn der Vorwurf stimmt, dass die neue Konzeption die Heilungs- und Schutzbedürfnisse der Schwächsten nicht berücksichtigt, dann könnte sie den Maßstäben einer Ethik der Personwürde nicht genügen, wie aber auch andersherum ein Konzept, das die Selbstbestimmung und Autonomie von Patient/innen in unangemessener Weise einschränkt nicht akzeptabel ist.

Ergänzende Aspekte: Menschenwürde und Interpretation von Defiziten

Die gegenwärtige Diskussion um die Personwürde muss um zwei Aspekte ergänzt werden, die m.E. in der Auslegung der Würde in der Regel zu kurz kommen: Betrachtet man die Tradition der Menschenwürde so begegnet ein augenfälliges Paradox: Trotz der in der Ethik behaupteten Autonomie und Rationalität erweist sich der Mensch in der Praxis erstens als Fehler anfällig, beeinflussbar und auch destruktiv gegen sich selbst und andere. Ebenso paradox ist die Wahrnehmung, dass die Personenwürde zwar als unantastbar gilt, Menschen aber in ih-

rem Leben zweitens auf vielfältige Weise versehrt, angetastet, und deformiert werden können. Eine Interpretation der Personwürde ist m.E. unvollständig und in der Praxis wenig tragfähig, wenn sie diese beiden ‚Antipoden‘ von Autonomie und Schutzwürdigkeit nicht integriert.

Der reformatorische Gedanke von der Rechtfertigung des/der Sündlerin beschreibt das der Menschenwürde innewohnende Paradox der Fehler- und Versagensanfälligkeit. Die Bibel geht davon aus, dass der Mensch, mit Gnade und Herrlichkeit gekrönt, zugleich unfähig ist, immer das Gute zu tun. In Brief des Apostels Paulus an die Römer (7,18) heißt es: „Wollen habe ich wohl, aber das gute vollbringen vermag ich nicht“. Diese Unfähigkeit des Menschen ist nach biblischer Auffassung prinzipiell. Die einzelnen Fehlleistungen des Menschen sind Ausdruck einer grundsätzlich im Menschen angelegten verkehrten Richtung. In allen Konfessionen des Christentums herrscht Übereinstimmung darin, dass des Menschen Gottebenbildlichkeit durch die Sünde zwar nicht zerstört, aber getrübt ist. Trotz seiner Gottebenbildlichkeit bleibt der Mensch auf Gnade angewiesen. Diese schenkt Gott seinen Geschöpfen in Christus. Auch im Zusammenleben sind Menschen darauf angewiesen in ihrer Verletzlichkeit und in ihrem Versagen angenommen und akzeptiert zu sein. Die christliche Interpretation der ‚dignitas humana‘ durch den Rechtfertigungsgedanken ist m.E. für die soziale Arbeit deshalb hilfreich, weil sie gedanklich erklären kann, dass der Mensch in allen Situationen des Versagens (gegen sich selbst und andere) zwar schuldig werden kann, dennoch aber als von Gott Gerechtfertigter die Würde nicht verliert. Jeder Mensch hat aufgrund seiner unverlierbaren Würde das Recht auf Leben und professionelle und soziale Unterstützung. Kein Mensch (weder Therapeut/in noch Klient/in) kann aber zugleich – trotz seiner Personwürde – für sich in Anspruch nehmen autonom und selbstbestimmt unfehlbare Entscheidungen zu treffen.

Integriert man das Paradox in das Verständnis der Personwürde, so

Revolutionär ist im Jahr 600 v. Chr. – als das erste Buch Mose verfasst wurde – der Gedanke, dass diese Gottebenbildlichkeit allen Menschen, Männern und Frauen gleichermaßen zukommt

Der Mensch erhält seine Würde aus der einzigartigen Beziehung zwischen Gott und Geschöpf: Jeder und jede ist so wie er/ sie ist von Gott gewollt und ein Zeichen der Herrschaft und Liebe Gottes auf der Erde

In der philosophischen, insbesondere in der feministischen Ethik wurde übereinstimmend mit der theologischen Tradition die geteilte Verletzlichkeit und das gegenseitige Angewiesensein beschrieben

Eine einseitige Betonung der Selbstbestimmung und Autonomie ist fachlich und ethisch ein Irrweg. Dieser wird m.E. von keinem der diskutierenden Parteien beschränkt, vielmehr betonen im Diskurs beide Seiten wichtige ethische Aspekte der Personwürde

bedeutet das auch, dass bei der ethischen Reflexion der Praxis gefragt werden muss, wie mit der Fehleranfälligkeit, der destruktiven und defizitären Anlage aller im Hilfeplan beteiligten verfahren wird. Diese Interpretation der Personwürde hat darüber hinaus ein entlastendes Moment: Sie lässt erstens die inkriminierte Diagnostik des Hilfeplans in einem milderen Licht erscheinen, solange sie im Bewusstsein gemeinsamer Defizite angewandt wird. Vor dem Hintergrund einer als ‚conditio humana‘ geteilten Sündhaftigkeit erscheinen zweitens soziale und medizinische Diagnosen weniger als Stigmata, sondern vielmehr als situative Momentaufnahmen in einem therapeutischen Heilungsprozess.

Defizite widersprechen nicht der Personwürde. Ein zweiter zu ergänzender Aspekt der Würdeinterpretation betrifft die Schutzwürdigkeit. In der philosophischen, insbesondere in der feministischen Ethik wurde übereinstimmend mit der theologischen Tradition die geteilte Verletzlichkeit und das gegenseitige Angewiesensein beschrieben. Jean-Pierre Wils bezeichnet Verletzlichkeit und Abhängigkeit als „anthropologische Urszene“. Während Autonomie und Selbstbestimmung den Menschen als in sich selbst und nach eignen Maßstäben agierendes Subjekt betrachten, kommt die vor allem in der feministischen Philosophie diskutierte Ethik der Fürsorge zu dem Ergebnis, dass Menschen radikal aufeinander angewiesen sind. Der Mensch in seiner Personwürde ist auf sein Gegenüber angewiesen, mitunter abhängig. Das Individuum existiert nicht autonom, sondern stets in Beziehung und Bedeutung für andere. Der Theologe Hennig Luther hat in einem Plädoyer für die Fragmentarität in der anthropologischen Konzeption gezeigt, dass erst die Fähigkeit zu leiden, verletzlich und fehlbar zu sein die Fähigkeit zu lieben, eröffnet. Sie eröffnet die Fähigkeit Beziehungen einzugehen, und sie eröffnet Zukunft. Personzentrierung ist aus der Perspektive der Ethik ein gelungenes Konzept, wenn sie die Maxime der Personwürde nicht ausschließlich im Sinne der

Selbstbestimmung interpretiert, sondern auch im Sinne der Fragmentarität des Lebens, des Ausgesetztseins der Person und „als Zeichen einer geteilten Verletzlichkeit und Verletzbarkeit des Menschen“, die auch das Ungewollte und nicht rationale des Handelns von Individuen in Rechnung stellt.

Abschließende sozialetische Reflexion der Personenzentrierung

Aus der sozialetischen Reflexion der Personenzentrierung lassen sich abschließend sechs Beobachtungen formulieren: In der Erschließung von sozialen Ressourcen wird auf der Grundlage des gegenseitigen Angewiesenseins erstens die gegenseitige Verantwortung und Fürsorge gestärkt – das ist begrüßenswert. Wenn sich zweitens in der Praxis bewahrheitet, dass durch Motivierung der Klient/innen und durch frühzeitige Integration (z.B. in Arbeitsbereiche) eine höhere Integration und Autonomie von Klient/innen verwirklicht werden kann, dann ist das Konzept der Personenzentrierung sozialetisch betrachtet sinnvoll. Die Stärkung der Selbstbestimmung ist ein wesentlicher Inhalt der Verwirklichung der Personwürde. Dieser Stärkung der Selbstbestimmung steht drittens die prinzipielle Gefährdung des Hilfeprozesses durch Fehlbarkeit, Trägheit und Vermeidung (aller Beteiligten) gegenüber. Die Herausforderung der Hilfeplanung besteht deshalb viertens darin, trotz Vermeidungen (z.B. unliebsamer Therapien) und Fehleranfälligkeit die fachliche Verantwortung der Betreuenden und die selbstbestimmte Selbstwahrnehmung der Klient/innen in einen entwicklungsorientierten Konsens zu bringen (im Sinne des informed consent). Dass dabei im Krisenfall der unbedingte Schutz der Person höher zu gewichten ist als die Selbstbestimmung der/des Klient/in gehört m.E. fünftens zum unaufgebbaren Gedankengut einer christlichen Ethik.

Die sozialpsychiatrische Konzeption der Personenzentrierung steht im Kontext einer umfassenden Neuorientierung, die die Autonomie und Selbstbestimmung in der

Personwürde stärker betont als die Schutz- und Fürsorgeanforderungen. Sollte sich in der Praxis erweisen, dass die von Kritikern befürchtete Situation eintritt, dass gerade die Schwächsten nicht mehr ausreichend gefördert werden, dann muss sechstens in der Praxis nach Konzepten gesucht werden, die beides, Förderung der Autonomie und Schutz ‚der Letzten‘ gleichermaßen verwirklichen können. Die in der Personwürde enthaltene Schutzgarantie bezieht sich weniger auf den Schutz der Autonomie, sondern vorwiegend auf den Schutz der körperlichen Unversehrtheit und des Lebens der Klient/innen. Eine einseitige Betonung der Selbstbestimmung und Autonomie ist fachlich und ethisch ein Irrweg. Dieser wird m.E. von keinem der diskutierenden Parteien beschränkt, vielmehr betonen im Diskurs beide Seiten wichtige ethische Aspekte der Personwürde. Ideal ist eine Konzeption – und das könnte auch das Ziel des Diskurses sein –, die beide Pole der Personwürde (Schutzwürdigkeit und Autonomie) in der Praxis in einen ausgewogenen Ausgleich bringt. Dazu ist nicht nur ethische Reflexion notwendig, sondern auch die Evaluation der jeweiligen Praxis. Ich wünsche allen, die die Personenzentrierung erproben, viel Erfolg und ein gutes Gespür für Chancen und Risiken, die jedes neue Modell mit sich bringt.

Dieser Artikel gibt die gekürzte Fassung eines Vortrages vom 22. September 2005 wieder.

Literatur

- K. Dörner, Das Handeln psychosozialer Profis. Zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld, in: Soziale Psychiatrie 3/ 2004, 37ff. Zur Diskussion: Georg Schulte-Kemna, Jürgen Armbruster, Rainer Kunze, Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz, in: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 22/ 4/ 2004, 4ff. 4ff.; Joachim Speicher, Hilfeplanung im gemeindepsychiatrischen Alltag. Eine Antwort auf Klaus Dörner, in: Soziale Psychiatrie 4/ 2004, 34ff.; Peter Kruckenberg, ‚Mit der Kraft aus den Widersprüchen arbeiten‘ antworten an Klaus Dörner, in: Soziale Psychiatrie 4/ 2004, 37ff.; Klaus Dörner, es ist verboten, Personen zu zentrieren! Antwort von Klaus Dörner an seine Kritiker, in: Soziale Psychiatrie 17 2005, 33ff.
- Hans-Günter Gruber, Ethisch denken und handeln. Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit, Stuttgart 2005, 50.
- Ulrich Eibach; Recht auf Selbsttötung? Psychiatrisches Handeln zwischen Achtung der Autonomie des Patienten und Lebensschutz, in: Kerbe. Forum für Sozialpsychiatrie 23/ 1/2005, 11ff.. Vgl. Deutscher Bundestag (Hg.), Schlussbericht der Enquete-Kommission

Recht und Ethik der modernen Medizin, Opladen 2002.
Wolfgang Huber, Art. Menschenrechte, Menschenwürde, in: Theologisches Reallexikon (TRE) Bd. XXII, Berlin/ New York 1992, 577ff.

Paul Kirchhof, Die Wertgebundenheit des Rechts, ihr Fundament und die Rationalität der Rechtsfortbildung, in: E. Herms (Hg.), Menschenbild und Menschenwürde, Gütersloh 2001, 156-172. Huber, a.a.O.

Sigrid Graumann, Autonomie als moralisches Recht – eine Grundlage für die politische Gestaltung des Gesundheitswesens? In: Dies./ Katrin Grüber (Hg.), Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens (Mensch – Ethik – Wissenschaft Bd. 1), Münster 2004, 49ff. Andrea Dörries, Autonomie und Fürsorge im Arzt-Patienten-Verhältnis, in: DEKV (Hg.), Sterbebegleitung und Palliativmedizin. Dokumentation der Fachtagungen des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes 2003/2004, Berlin, 31ff.

Klaus Dörner, Gesundheit in der Marktfalle, in: Graumann/ Grüber (Hg.), Patient – Bürger – Kunde, Münster 2004, 71ff.

Franz Joseph Wetz, Die Würde des Menschen ist antastbar. Eine Provokation, Stuttgart 1998, 19. Vgl. zum Folgend auch: Huber a.a.O. und A. Noller, Menschenwürde. Zur Nachhaltigkeit ethischer Diskurse, in Jahrbuch Diakonie, hg.v. J. Gohde, Stuttgart 2002, 52ff. Erst in der Stoa, in den Schriften Ciceros beispielsweise, lassen sich Ansätze erkennen, Würde als eine von allen Menschen geteilte Eigenschaft zu verstehen.

Theodor Strohm, Dignitas humana. Anmerkungen zur reformatorischen Begründung der Menschenwürde, in: WzM 28/ 1976, 197; D. Horster, Was soll ich tun? Moral im 21. Jahrhundert, Leipzig 2004, 50ff.

Immanuel Kant, Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung der Metaphysik der Sitten, Werkausgabe Bd. VII, Frankfurt a.M. 1980, 68. Vgl. auch Beyer, in: Herms

Andreas Lob –Hüdepohl, Ethik sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession, in: Soziale Arbeit 52/ 2/ 2003, 47.

W. Groß, Gen 1, 26.27; 9,6: Statue oder Ebenbild Gottes? Aufgabe und Würde des Menschen nach dem hebräischen und dem griechischen Wortlaut, in: I. Baldermann (Hg.), Menschenwürde (JBTh 15), Neukirchen-Vluyn 2001, 11ff.

Peter Singer, Praktische Ethik, Stuttgart 19942

Brumlik, M., Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe, Bielefeld 1992, 181.

H. – G. Pöhlmann, Abriß der Dogmatik. Ein Kompendium, Gütersloh 1973/ 19905, 174ff., bes. 188ff.;

E. Jüngel, Der Gott entsprechende Mensch. Bemerkungen zur Gottebenbildlichkeit des Menschen als Grundfigur christlicher Anthropologie, in: Ders., Entsprechungen: Gott – Wahrheit – Mensch, Tübingen 1980/ 20023, 290ff.

Huber, Art TRE, 591f., Rainer Anselm, Die Würde des gerechtfertigten Menschen. Zur Hermeneutik des Menschenwürdearguments aus der Perspektive der evangelischen Ethik, in: ZEE 1/ 43/ 1999, 127ff.

Jean- Pierre Wils, Autonomie und Passivität. Tugenden einer zweiten Aufklärung im medizinischen Kontext, in: Ruth Baumann-Hölzle u.a. (Hg.) Leben um jeden Preis? Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin, Bern u.a. 2004, 43ff.; Christa Schnabl, Fürsorge zwischen kirchlicher Tradition und feministischer Kritik, in: Andreas Lob-Hüdepohl (Hg.), Ethik im Konflikt der Überzeugungen, Freiburg/Schweiz 2004, 138ff.

Carol Gilligan, Moralische Orientierung und Moralische Entwicklung, in: G. Büttner u.a. (Hg.), Die religiöse Entwicklung des Menschen. Ein Grundkurs, Stuttgart 2000, 79-100. Dies., Die andere Stimme, Lebenskonflikte und Moral der Frau, München 1984/ 19904. Schnabl a.a.O.

Henning. Luther, Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit, in: WzM 1991, 262ff.

Heinrich Kunze, Die Idee des personenzentrierten Ansatzes, in: Aktion psychisch Kranke (Hg.), Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven, Bonn 2004, 17ff. ●

Psychiatrischer Zwang im Jahre 2005

Gerät hier etwas in Bewegung?

Von Margret Osterfeld

Die eher kleine Schar der psychiatrisch Tätigen und Engagierten, die ihre Aufmerksamkeit auf das ungeliebte Thema des psychiatrischen Zwangs richten, blicken auf ein ereignisreiches Jahr zurück. Die Erleichterung darüber, dass die ambulante Zwangsbehandlung im Rahmen der Betreuungsrechtsänderung abgewendet werden konnte, war noch nicht ganz verklungen als es den nächsten Anlauf auf Seiten der Gesetzgeber gab. Das Land Bremen wollte die ambulante Zwangsbehandlung im Psych-KG verankern und – wie aus einem Schreiben des Bremer Senats zweifelsfrei hervorgeht – das „Absenken der Eingriffsschwelle“ erreichen. Zum Anlass für diese Gesetzesinitiative wurden 1-2 „tragische Tötungsdelikte“ genommen. Meine Anfrage an den Bremer Senat, wie viele tragische Tötungsdelikte es jährlich im Bremer Straßenverkehr gäbe und welche Gesetzesinitiativen es gäbe, diese Zahl zu senken blieb bedauerlicherweise bisher unbeantwortet.

Der engagierte Protest der Psychiatererfahrenen, sozialpsychiatrischer Fachverbände, des Kriminalpolitischen Arbeitskreises Bremen und vieler anderer konnte die Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung erneut verhindern. Die Freude über diesen Erfolg hat wohl den Blick dafür ein wenig verschleiert, dass die „Schwellenabsenkung“ erfolgreich war. Zwang kann jetzt angewandt werden, wenn ein „...schadenstiftendes Ereignis bereits eingetreten ist, unmittelbar bevorsteht oder zwar zeitlich nicht vorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist,“ heißt es heute (wieder) im Bremer Psych-KG. Gegenüber der vorangegangenen Formulierung „Eine gegenwärtige Gefahr im Sinne von Absatz 2 ist eine Sachlage, bei der die Einwir-

kung des schädigenden Ereignisses bereits begonnen hat oder bei der diese Einwirkung unmittelbar oder in allernächster Zeit mit einer an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bevorsteht,“ die womöglich die Schwelle et-

Abstract

Das „Tabuthema“ psychiatrischer Zwang hat in den vergangenen 12 Monaten mehr Aufmerksamkeit auf sich gezogen als allgemein üblich. Die Ereignisse, die dazu führten, sollen noch einmal ins Gedächtnis gerufen und durchaus wertend beleuchtet werden. Ziel ist, die öffentliche Diskussion dieses Themas auch in den nächsten Monaten weiter zu beleben.

was unrealistisch hoch hängt, ist dies eine gewaltige Schwellensenkung. Das ärztliche Denken ist darin geschult, Gefährdungen gesundheitlicher Art jederzeit zu erwarten nach dem Motto: „wer eine Erkältung hat, kann eine Lungenentzündung bekommen und wer raucht Lungenkrebs“. So wird es wohl vermehrt dazu kommen, dass allein eine Diagnose hinreicht zur Begründung, dass Gefahr jederzeit zu erwarten ist. Nach der Einschätzung von Peter Krukenberg (2004) wären die Tötungsdelikte, die zur Gesetzesverschärfung führten, allerdings auch mit der neuen Gesetzesversion nicht zu verhindern gewesen.

Kaum war das Thema Bremer Psych-KG mit einem Teilerfolg ausgestanden, zog das Urteil im Fall Vera Stein vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte erfreuliches und durchaus längerfristig anhaltendes Medieninteresse auf sich. Die außerge-



Margret Osterfeld, Ärztin für Psychiatrie, Psychotherapie, offene allgemeinpsychiatrische Aufnahmestation, Westfälische Klinik Dortmund, Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

Die Zunahme der Zwangsunterbringungen in den letzten Jahren ist ganz wesentlich auf die Anwendung des Betreuungsrechts zurückzuführen

Das „Tabuthema“ psychiatrischer Zwang hat in den vergangenen 12 Monaten mehr Aufmerksamkeit auf sich gezogen als allgemein üblich. Die Ereignisse, die dazu führten, sollen noch einmal ins Gedächtnis gerufen und durchaus wertend beleuchtet werden. Ziel ist, die öffentliche Diskussion dieses Themas auch in den nächsten Monaten weiter zu beleben

wöhnliche Hartnäckigkeit einer außergewöhnlichen Person hatte dazu geführt, dass die Bundesrepublik Deutschland Schadenersatz leisten muss für etwas, was es angeblich gar nicht gibt. Die Psychiatrie hatte einen Menschen zu unrecht und über Jahre festgehalten und behandelt. Durch die Berichterstattung wurde das Thema einer breiteren Öffentlichkeit bewusst. Während Kollegen mir wortreich erläutern, dass ja nicht die Psychiatrie sondern die Bundesrepublik vor dem Gericht stand, während bedauernde Stellungnahmen psychiatrischer Gremien möglicherweise meiner Aufmerksamkeit entgangen sind, wird eine Fernsehsendung im Juli Anlass für psychiatrische Protestschreiben. „Wahrheitswidrigkeit“ wird der Sendung unterstellt, weil sie auf den Anstieg der Zwangseinweisungen in den letzten Jahren hinwies und die Äußerungen von Betroffenen wurden als „angebliche Einzelschicksale“ diffamiert. Nun, Tatsache ist, dass mit dem Betreuungsrecht – das sicher viele hilfreiche und fortschrittliche Aspekte hat – die Schwelle für Zwangseinweisungen drastisch gesenkt wurde. Nicht mehr die „Gefährdung“ sondern allein die „Behandlungsbedürftigkeit“ muss ärztlich belegt werden. Dies ist ein guter Grund weswegen heute in der Allgemeinpsychiatrie gern und oft schon bei Ersterkrankten auf Betreuungen gedrängt wird, um so Menschen mit psychiatrischen Diagnosen auch ohne deren Zustimmung rasch in einer Klinik behandeln zu können.

Die Zunahme der Zwangsunterbringungen in den letzten Jahren ist ganz wesentlich auf die Anwendung des Betreuungsrechts zurückzuführen. Es gibt zweifellos sehr unterschiedliche Aspekte in diesem Trend – erwähnt sei, dass alte, demente, nicht einwilligungsfähige Patienten früher durchaus häufig ohne jede Rechtsgrundlage behandelt wurden. Doch daraus abzuleiten, alles sei in bester Ordnung, wie es die Kritiker der Fernseh-Berichterstattung tun, wirkt durchaus ein wenig kurzsichtig.

Auch diese Wogen waren kaum geglättet, als die Deutsche Gesell-

schaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN) auf ihrer Homepage ein Urteil des OLG Celle veröffentlichte, das Zwangsmedikation auf der Rechtsgrundlage des Betreuungsrechts untersagt. Das Gericht kam zu zwei bedeutenden Schlüssen. Zum einen sei die Verhältnismäßigkeit einer Zwangsmedikation ärztlicherseits nicht genügend abgewogen worden, zum anderen aber sehe das Betreuungsrecht keine Rechtsgrundlage für Zwangsmedikation vor, auch nicht im stationären Rahmen. Jubel gab es verständlicherweise in den Betroffenenorganisationen für diesen Richterspruch. Die Frage bleibt, ob sich in der psychiatrischen Praxis dadurch etwas ändern wird. Vielleicht wird das Betreuungsrecht als Mittel zur Behandlungserzwingung nun weniger attraktiv und die Unterbringungszahlen sinken konsequent. Vielleicht wird der Stellenwert von Austausch, Dialog und gemeinsamer Entscheidungsfindung nun wieder mehr zur Geltung kommen. Hoffnung ist die Grundlage für jede Verbesserung, jedoch auch eine Sorge bleibt: Vielleicht war der Spruch des OLG Celle nur ein dringender Appell an die Bundesregierung, eben diese Gesetzesgrundlagen zügig zu schaffen.

Das Jahr ging zu Ende mit dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Nach all den hier aufgezählten Ereignissen war es mir ein Bedürfnis, dort einige hochrangige Fachleute zum Thema Zwang zu hören. Hochkomplexe Powerpoint-Folien im 60-Sekunden-Takt sollten erneut belegen, dass die Zwangseinweisungen nicht zunehmen. Nicht umhin kam man allerdings festzustellen, dass der Zuwachs der Unterbringungsrate in den zwölf Jahren von 1992 bis 2003 41 Prozent betrug oder in absoluten Zahlen 103.000 Unterbringungsfälle im Jahre 2003 gegenüber 74.000 im Jahr 1992. Man mag sich darüber streiten, ob dieser Zuwachs „drastisch“ ist (Ärztblatt) oder „extrem“ (ARD) oder vielleicht nur stetig, Tatsache ist, immer mehr Menschen werden durch psychiatrischen Zwang betroffen.

Entscheidender ist aber vielleicht die Tatsache, dass psychiatrischer Zwang in den vergangenen zwölf Monaten in die öffentliche Diskussion gekommen ist, wie es Günther Wienberg bereits 1998 mit folgenden Worten forderte: „Wenn es richtig ist, dass der Gewaltanteil aus psychiatrischer Arbeit nicht herauszuhalten ist und diese Gewalt ethisch gesehen unter einem hohen Tabuisierungsdruck steht, dann ist Hinsehen und darüber Sprechen eine grundlegende Handlungsregel psychiatrischer Arbeit. Kritische Solidarität (einer informierten Öffentlichkeit) und öffentliche Kontrolle gehören zusammen.“ Bleibt zu hoffen, dass in den nächsten Jahren auch einzelne Kliniken im Rahmen ihrer Qualitätsmanagements dazu übergehen, Häufigkeit von und Umgang mit Zwang ihren Kunden gegenüber offen zu vertreten.

Literatur:

- Kruenberg P. 2004; Telefoninterview, Dissidentenfunk 9.12.04, zitiert nach Dokumentation zur „Ambulanten Zwangsbehandlung“ und Änderung des Bremer PsychKG im Bundesland Bremen Arbeitsstand: 10. Mai 2005 Herausgeber: Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V. (LPEN)
- Wienberg, G. 1998; Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Thema Gewalt in der Psychiatrie. In: Keibel, J. et al (Hg) Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Rheinland, Köln ●

Veränderungen im Sinne der Betroffenen?

Das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz ist in Kraft getreten

Von Waltraud Nagel

Ein Paradigmenwechsel bei den Vormundschaften für Erwachsene wurde vor gut zehn Jahren von seinerzeit sehr engagierten Juristen und anderen Fachleuten herbeigeführt. Mit dem Betreuungsrecht, das zum 1.1.1992 in Kraft trat, erhielten die betroffenen Menschen erheblich mehr Möglichkeiten der Selbstbestimmung, die Entmündigung in bisheriger Form wurde abgeschafft. Eine erste Nachbesserung erfolgte zum 1.1.1999 mit dem 1. Betreuungsrechtsänderungsgesetz. Im Fokus standen damals neben vergütungsrechtlichen Neuerungen der Vorrang der ehrenamtlichen Betreuung und die Förderung der privaten Vorsorge durch Vorsorgevollmachten zur Vermeidung von gesetzlicher Betreuung. Zum 1. Juli 2005 ist das Betreuungsrecht nun abermals vom Gesetzgeber verändert worden. Kern des 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes ist weiterhin die Stärkung der Vorsorgevollmacht und die jetzt pauschalierte Vergütung für beruflich geführte Betreuungen mit dem erklärten Ziel, die Kosten einzudämmen und das Verfahren zu entbürokratisieren. Statt einer immer wieder diskutierten grundsätzlichen Neuordnung insbesondere der Zuständigkeiten von Gericht und Betreuungsbehörde beschränkt sich das Gesetz weitgehend auf einige verfahrens- und materielle Änderungen. Wesentliche Punkte sollen hier vorgestellt werden.

Die verfahrensrechtlichen Änderungen haben das vorrangige Ziel, die gerichtlichen Abläufe zu verbessern beziehungsweise zu vereinfachen:

Richter auf Probe: Künftig sollen in Betreuungssachen nur Richter tätig werden können, die ein Mindestmaß an richterlicher Erfahrung haben. Deshalb sind Proberichter im ersten Jahr nach

ihrer Ernennung von der Tätigkeit in Betreuungsangelegenheiten ausgeschlossen.

Aufgabenteilung zwischen Richter und Rechtspfleger: Die Landesjustizverwaltungen werden ermächtigt, weitere Aufgaben in Betreuungssachen, insbesondere

Abstract

Zum 1. Juli 2005 ist das 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten. Kern dieses Gesetzes ist die Stärkung der Vorsorge und die jetzt pauschalierte Vergütung für beruflich geführte Betreuungen mit dem erklärten Ziel, die Kosten einzudämmen und das Verfahren zu entbürokratisieren. Das Gesetz beinhaltet verfahrens- und materielle Änderungen. Zu den wesentlichen Punkten zählen unter anderen die Regelungen zum Einsatz der Richter, zur Aufgabenteilung zwischen Richter und Rechtspfleger und zur Zweitverwertung von Gutachten. Die Neuordnung der Vergütungs- und Aufwendersatzvorschriften für Vormünder, Pfleger und Betreuer ist ein weiterer wichtiger Bestandteil.

die Auswahl und Bestellung des Betreuers in die Zuständigkeit der Rechtspfleger zu übergeben. Die Grundentscheidung über die Anordnung der Betreuung, die Festsetzung und Erweiterung des Aufgabenkreises, die Aufhebung der Betreuung und die Verlängerung der Betreuung verbleiben in jedem Fall beim Richter.

Abgabe eines Betreuungsverfahrens: Die Abgabe eines Betreu-

ungsverfahrens soll erleichtert werden, indem dem Betreuer und dem Betreuten lediglich Gelegenheit zur Äußerung zu geben ist.

Zweitverwertung von Gutachten: Das Vormundschaftsgericht soll die Möglichkeit haben, sich durch die Einholung von bereits bestehenden Gutachten Kenntnisse über den Betroffenen zu verschaffen. Die Zweitverwertung von Gutachten ist beschränkt auf ärztliche Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, sofern damit festgestellt werden kann, inwieweit bei dem Betroffenen infolge einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Voraussetzungen für die Bestellung eines Betreuers vorliegen.

In diesen Fällen kann darauf verzichtet werden, ein Gutachten im Betreuungsverfahren einzuholen. Das Gericht sollte nach wie vor seine weiteren Erkenntnisse durch Anhörungen und Beweiserhebung ermitteln. Diese Neuordnung soll insbesondere bei irreversiblen und eindeutigen Krankheitsbildern, wie zum Beispiel frühkindlichen Hirnschädigungen, Residualzuständen bei psychischer Krankheit oder Demenz Gutachten zur zweifelsfreien Feststellung der Voraussetzungen für eine Betreuerbestellung überflüssig machen.

Verlängerung der Überprüfungsfrist: Die Überprüfungsfrist wird von fünf auf sieben Jahre verlängert.

Unterbringungsverfahren: Für das Unterbringungsverfahren wird die Abgabe zivilrechtlicher Unterbringungsverfahren an das Gericht, in dessen Bezirk die Unterbringungsmaßnahme zukünftig vollzogen werden soll, erleichtert. Ist das andere Gericht übernahmebereit, genügt die Anhörung des gesetzlichen Vertreters und des Betroffenen.



Waltraud Nagel, Referentin für Betreuungsvereine im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland e.V. (DW EKIR) Geschäftsführerin des Fachverbandes der Vereine für Betreuungen, Vormundschaften und Pflegschaften im DW EKIR, Lenaustr. 41, 40470 Düsseldorf, Tel.: 0211/6398-266, wnagel@dw-rheinland.de

Gegen den Willen einer Person kann ein Betreuer nur bestellt werden, wenn diese krankheitsbedingt ihren Willen in einzelnen, konkret regelungsbedürftigen Aufgabenkreisen nicht frei bestimmen kann

Die Regelungen zur gesetzlichen Vertretungsmacht wurden sowohl im Bereich der Vermögens- als auch der Gesundheitspflege abgelehnt und aus dem Gesetzesentwurf herausgestrichen

Materiell-rechtliche Änderungen

Die materiell-rechtlichen Änderungen sollen vorrangig die Kosten im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen zu reduzieren. Daneben sollen weitere Rahmenbedingungen zur Verbesserung der gesetzlichen Betreuung führen.

Vorrang des freien Willens: Der Gesetzgeber verankert den Vorrang des freien Willens im Gesetz. Gegen den Willen einer Person kann ein Betreuer nur bestellt werden, wenn diese krankheitsbedingt ihren Willen in einzelnen, konkret regelungsbedürftigen Aufgabenkreisen nicht frei bestimmen kann.

Eignung des Berufsbetreuers: Um die Eignung von gesetzlichen Betreuern zu überprüfen, können nähere Angaben zum Umfang der Tätigkeiten und die Vorlage eines

entweder 44,00 Euro, 33,50 Euro oder 27,00 Euro. Er enthält einen pauschalen Anteil für Aufwendersersatz sowie die anfallende Umsatzsteuer. Die Sätze gelten unabhängig vom Vermögensstand des Betreuten. Der dem Betreuer zu vergütende Zeitaufwand ist danach zu unterscheiden, ob es sich um vermögende/bemittelte oder mittellose Betreute handelt und ob sie in oder außerhalb eines Heimes leben. Die untenstehenden Tabellen vermitteln einen Überblick: Ändern sich die Umstände, die sich auf die Vergütung auswirken, zum Beispiel beim Wechsel des Wohnortes von der eigenen Wohnung in ein Heim, so ist der Stundenansatz zeitannteilig nach Tagen zu berechnen. Die einzige Ausnahmeregelung betrifft die Übergabe der Betreuung von einem Berufsbetreuer auf einen ehrenamtlichen Betreuer. Um den Anreiz zur Übergabe an die Ehrenamtlichen für die Be-

Zeitraum	Betreuer vermögend, lebt im Heim	Betreuer vermögend, lebt außerhalb eines Heimes
1. - 3. Monat	5,5	8,5
4. - 6. Monat	4,5	7
7. - 12. Monat	4	6
ab 13. Monat	2,5	4,5

Zeitraum	Betreuer mittellos, lebt im Heim	Betreuer mittellos, lebt außerhalb eines Heimes
1. - 3. Monat	4,5	7
4. - 6. Monat	3,5	5,5
7. - 12. Monat	3	5
ab 13. Monat	2	3,5

polizeilichen Führungszeugnisses sowie die Abschrift aus dem Schuldnerverzeichnis verlangt werden.

Betreuungsplanung: In geeigneten Fällen kann das Gericht zu Beginn einer berufsmäßig geführten Betreuung die Erstellung eines Betreuungsplans anordnen.

Neuordnung der Vergütungs- und Aufwendersersatzvorschriften für Betreuer: Der Inklusivstundensatz, die so genannte Pauschalierung für Betreuer, richtet sich nach dem jeweiligen Ausbildungsabschluss und beträgt

rufsbetreuer zu fördern, wird bei erfolgter Übergabe die Vergütung für den angefangenen und den Folgemonat fortgezahlt.

Gesetzliche Vertretungsmacht und zwangsweise Zuführung zur ambulanten Heilbehandlung abgelehnt: Die Regelungen zur gesetzlichen Vertretungsmacht wurden sowohl im Bereich der Vermögens- als auch der Gesundheitspflege abgelehnt und aus dem Gesetzesentwurf herausgestrichen. Da für jeden die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht besteht, ist es nicht erforderlich und auch nicht gewünscht, parallel ein gesetzliches

Vertretungsrecht einzuführen. Die zwangsweise Zuführung zur ambulanten Heilbehandlung wurde ebenfalls gestrichen und kommt damit nicht zur Anwendung.

Schlussfolgerungen

Es liegt nahe, dass eine Bewertung der neuen gesetzlichen Regelung je nach Standort unterschiedlich ausfallen muss. So haben sich schon im laufenden Gesetzgebungsverfahren die verschiedenen Gruppen, die an der Umsetzung des Betreuungsgesetzes beteiligt sind, zu Wort gemeldet. Dazu gehörten unter anderen die Vertreter der Gerichte und der Betreuungsbehörden, die Vertreter der Länder, Berufsverbände der freiberuflichen Betreuer, die Freie Wohlfahrtspflege insbesondere als Sprachrohr der Betreuungsvereine und nicht zuletzt die Betroffenenverbände. Die Betroffenen haben erfolgreich dafür gekämpft, dass die Zuführung zur ambulanten Heilbehandlung abgewehrt wurde, ebenso die zunächst geplante gesetzliche Vertretungsmacht. Diese Tatsache spricht für das Funktionieren des Beteiligungsprozesses und mag beruhigen, weil hier die Betroffenen selbst zu Wort gekommen sind und sich durchsetzen konnten. Im Rückblick auf das Gesetzgebungsverfahren und auf das nun vorliegende Ergebnis muss aber auch festgestellt werden, dass leider viel zu oft die Lobby einzelner Gruppen, die innerhalb des Betreuungsgesetzes agieren, ihre Interessen in die Wagschale geworfen haben, ohne der Würde und dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen Vorrang zu verleihen.

Dabei ist natürlich zu bedenken, dass es gerade bei der gesetzlichen Betreuung, ob ehrenamtlich oder beruflich geführt, schwierig ist, in jedem Fall die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen. Es gibt eben doch eine relativ große Zahl von Menschen, die gerade deswegen rechtlich betreut werden, weil sie ihre Rechte nicht mehr selbst wahrnehmen können. Da bleibt immer die Gefahr des Fürsprechens aus anderer Perspektive. Um der Würde und dem Selbstbestimmungsrecht der

betroffenen Menschen möglichst optimal Vorrang verleihen zu können, werden sich alle Beteiligten weiter im Alltagsgeschäft um die nötige Empathie bemühen müssen. Die gelingende Kommunikation aller Beteiligten am Betreuungswesen mit und zum Wohle des Betreuten ist für jede Gesetzesänderung die Grundlage, den Vorrang der Würde und Selbstbestimmung der Menschen umzusetzen. Der Gesetzesrahmen muss durch Handeln im Sinne der Zielsetzung der Gesetzesmütter und -väter mit Leben gefüllt werden. Daran wird auch das neue Gesetz gemessen werden müssen.

Es liegt sicher auch für jeden auf der Hand, dass die genannten Ziele nicht ohne finanziellen Aufwand zu erreichen sind, und dass das hohe Ziel der Würde und Selbstbestimmung der Menschen dies wert ist. In diesem Zusammenhang darf auch nicht verschwiegen werden, dass die Vergütung der beruflich geführten Betreuungen von Bedeutung für die Qualität des nötigen Einsatzes ist. Ob die vorgegebenen Zeitkontingente gerade für psychisch erkrankte Menschen ausreichend sind, darf bezweifelt werden.

Die Erfahrungen werden ans Licht bringen, inwieweit es in der Realität zu Qualitätsverbesserungen im Sinne der Betroffenen kommen wird. Qualität kann natürlich auch, aber längst nicht nur durch die Abschaffung überflüssiger Verfahrenswege und der damit verbundenen Verbesserung der gerichtlichen Abläufe erreicht werden. Die zurzeit anlaufende Evaluation wird hoffentlich dazu beitragen, anhand gesicherter Daten hierzu eine qualifizierte Bilanz vorzulegen.

Literatur:

Bauer/Klie (Hrsg.), HK-BUR - Gesetzessammlung zum Betreuungsrecht, 3.Aufl., C.F. Müller, 2005, Heidelberg
Neue Juristische Woche 27/2005, S.1896 - 1899

Das Kundenprinzip und seine Schattenseiten

Ein Beispiel aus dem ambulant betreuten Wohnen

Von Ulf Lamparter

„Schon die Kunden im Handel, obwohl allgemein als Könige hochgelobt, werden doch grandios hinter das Licht geführt. Mogelpackungen, verschleierte Inhaltsangaben, Umetikettierungen, Genmanipulationen, Schlachtabfälle verarbeitet zu leckerer Wurst, Grenzwerte an der Bedenklichkeits- und nicht an der Unbedenklichkeitsgrenze zeugen von der wahrlich königlichen Rolle des Kunden. Wenn schon Könige so miserabel behandelt werden, was passiert dann wohl unter den neuen Bedingungen mit Hilfesuchenden. Die neuen Bedingungen sind in der zunehmenden „BWL-isierung“ der sozialen Landschaft zu sehen. (Pfeifer-Schaupp, Sozialmagazin 7/8/05). Dann vielleicht doch lieber in Würde als Hilfesuchender auftreten, statt als König veralbert werden. Damit soll aber die Macht, die Kunden haben könnten, wenn sie ihren Anspruch nach z.B. qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln durchsetzen würden, nicht kleingeredet werden. Und langfristig ist es vielleicht hilfreicher „in Liebe“ etwas verweigert zu bekommen, als in der betriebswirtschaftlichen Denkweise als Kunde prinzipiell alles bekommen zu können.

„You can't always get what you want – but if you try sometimes, you get what you need“ (Rolling Stones) oder wie ein Zitat in der Bad Herrenalber Psychosomatischen Klinik aus Dr. Lechlers Zeiten zum Ausdruck bringt: „Hier bekommst Du nicht was Du willst, sondern was Du brauchst“. Pfui – welch herrschaftliches Denken aus grauer Vorzeit zeigt sich in diesem Ausspruch Lechlers. Und doch: „Wenn ein Profi nicht mehr der Überzeugung sein darf, das, was er vorzuschlagen hat, sei „besser“ als das, was der Klient aus eigener Kraft erkennt, wozu sollte er dann überhaupt noch etwas vorschlagen (Müller Burkhard, Sozialmagazin 7/8/05). Es geht v.a. in der sozialpädagogischen Diagnostik nicht um den Anspruch, ein höherwertiges Wissen zu haben, sondern um den Versuch, dem Klienten Gesichtspunkte zu seiner Lage zur Verfügung zustel-

len, die er aus eigenem Vermögen allein nicht gewinnen konnte (a.a.O). Wenn er es allein könnte, bräuchte er uns ja nicht. Ob der Klient aber das will, was wir ihm zgedacht haben ist eine andere Frage. Oder nach Jürgen Armbruster: „Hilfreiche Entwicklungen führen nicht immer zu zufriedenen Kunden.“

Die Sozialpädagogik, die sich mit Höhen und Tiefen als „ein Strang in dem sich neu formierenden (20.)Jahrhundert“ (Thiersch, Hans. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim und München 1992), zeigt „wird allmählich zum Dienstleistungsangebot einer Hilfe zur Selbsthilfe“. Erst der Gedanke, sozialpädagogische Hilfe könne Dienstleistung sein, macht die Einführung des Kundengedankens möglich. Damit wird auch erkennbar, daß zwar das gegenwärtig so angesagte neoliberale Gedankengut gerne das Kundenprinzip aufgreift, die Möglichkeiten dazu hat die Sozialpädagogik jedoch selbst geschaffen. „Während die Gesellschaft entlastet wird, werden die Einzelnen mit der Zumutung belastet, sich mit ihrem Leben zu arrangieren“ (Thiersch1992). Indem Hilfesuchende die Chance erhalten, sich als „Subjekte ihrer selbst zu erfahren“(a.a.O.), bekommen sie die Verantwortung für ihre Lebenssituation zurück. Damit können sie mit Rechten und Pflichten auf dem Dienstleistungsmarkt der sozialen Arbeit als Kunden auftreten. Wer gerne lösungsorientiert arbeiten möchte, profitiert von Klienten mit einer Kundenhaltung. Die Systemiker, deren Fortbildungen von Sozialberuflern gerne besucht werden, unterscheiden in einer Beratungs/Therapiesituation sich Beschwerende, Besucher und Kunden. Wenn auch mit Besuchern die z.B. von ihrem Vorgesetzten zur Suchtberatung geschickt werden, aber nicht wissen warum, gearbeitet werden kann (Was hat sich ihr Vorgesetzter wohl dabei gedacht), so geht es doch mit eigenverantwortlichen Kunden deutlich leichter. Aus meiner Sicht geht es bei der dargestellten systemischen 3-Tei-

Ulf Lamparter, Dipl.-Pädagoge, Arbeitskreis Offene Psychiatrie Calw e.V., Tel.: 07051/929020

Bisher war in der Sozialen Arbeit nicht eindeutig geklärt, ob der Klient, der Finanzier, der Bürger oder wer auch sonst der Auftraggeber war

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Hilfe ist kein Gnadenakt, der nach Belieben vom Staat oder seinen verlängerten Armen nach Gutdünken vergeben wird

lung um eine Haltung des Klienten bei Eintritt in die Beratung/Therapie. Der Kunde kann sofort oder nach kurzer Befragung ein Ziel benennen, das er mit einem angemessenen Aufwand erreichen möchte. Vom Berater fordert er eine mehr oder weniger konkrete Unterstützungsleistung ein. Dafür ist er bzw. das für ihn zuständige soziale Sicherungssystem bereit, ein festgelegtes Honorar zu bezahlen. Wenn der Kundenbegriff überhaupt irgendwie passen kann, dann für diesen Klienten. Aus meiner Sicht gilt dies aber nur für die Haltung des Klienten und nicht für den ganzen Prozess.

„Personenbezogene soziale Dienstleistungen werden in partizipativen Verfahren, im Wege der Koproduktion erbracht. Der Inhalt der einzelnen Produkte ist das Ergebnis der Koproduktion zwischen Leistungsanbieter und Leistungsempfänger“ (Niehuis, Edith. Einführungsreferat zur internationalen Fachtagung „Playing the market game“? Bielefeld 2000). Das Produkt entsteht also im Prozess und ist nicht vorher bereits da wie im Handel mit entsprechender Auswahl. Der Berater ist zurecht Experte für den Prozess und er muß auch die impliziten Aufträge entschlüsseln (Vgl. Kron-Klees, 1998, zitiert nach Pfeifer-Schaupp, Ulrich. Systemische Praxis. Modelle-Konzepte-Perspektiven. Freiburg 2002.) Der Klient ist Experte des Beratungsinhalts. Ob er auch der Kundige seines Problems ist (Vgl. Hargens zit. nach Pfeifer-Schaupp 2002) muß kritisch gesehen werden. Auf alle Fälle bleibt er der Experte für die Lösung, denn nur er leistet den Transfer aus der Beratung/Therapiesituation heraus zur Umsetzung im wirklichen Leben. Nach der weitestgehenden Auflösung der LWVs erfolgt mittlerweile in den meisten Landkreisen Baden-Württembergs eine Einkommens- und Vermögensanrechnung für Menschen im (ambulant) Betreuten Wohnen. Durch diese Heranziehung der Eigenmittel kommt es jetzt zu Selbstzahlern und damit zu einer vollständigen Umsetzung des Kundenprinzips, während zuvor eine Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringern, Kostenträger und Klient bestand. Ein Problem der Kundenbeziehung in der psychiatrischen Arbeit, das sich jetzt zeigt, soll durch die Beschreibung eines Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf während einer psychiatrischen Krise aufgezeigt werden.

Ein langjähriger Klient des Betreuten Wohnens, dessen Vermögen eine vollständige Bezahlung der Dienstleistung Betreutes Wohnen erwarten lassen, ist nicht bereit, sein gutes Geld gegen unsere guten Worte einzutauschen. Er nimmt nur noch für ihn kostenfreie Angebote wie den SpDi und die Tagesstätte in Anspruch. Eine für einen mündigen Kunden zunächst durchaus vernünftige Entscheidung. Die erhoffte, aber kaum für möglich gehaltene Weiterentwicklung durch das Loslassen bleibt aus und es kommt nach kurzer Zeit zu einer Krise mit einem erheblichen Betreuungsaufwand. Der SpDi bietet auf Grund der Eigen- und Fremdgefährdung, die sich v.a. in riskanten Fahrmanövern im Straßenverkehr zeigte, eine Begleitung ins ZfP an. Dies wird vom Klienten abgelehnt. Er wählt statt dessen und dem Druck der Umstände eine sofortige Fahrt zum niedergelassenen Nervenarzt. Dort wählt er ein intensives ambulantes Behandlungsangebot mit täglichen Terminen. Fahrzeugschlüssel und Papiere werden hinterlegt. Die vom Klienten ausgehandelten Maßnahmen waren im therapeutisch sinnvollen und verantwortbaren Bereich. Auch der Versuch einer intensiven ambulanten Behandlung war trotz schwerer Krise einen Versuch wert. Und nachdem sich die Mitwirkung, wohl auch unter erheblichem Druck, deutlich verbesserte, wurde tatsächlich ein fast täglicher Besuch der Nervenarztpraxis möglich. Nebenbei hat er so sein Verhaltensrepertoire im Umgang mit Krisen erweitert.

Nach einigermaßen überstandener Krise wurde nochmals die Frage der Wiederaufnahme in das Betreute Wohnen thematisiert. Doch zahlen möchte der Klient für all den (freiwilligen) Zwang, der ihm angetan wird, nicht. Er hält dies für eine staatliche Aufgabe und will bei der zuständigen Behörde nochmals intervenieren. Fazit: Alles recht gut gelaufen, (wenn die wirtschaftliche Seite für den Träger des Betreuten Wohnens ausser Acht gelassen wird) der Klient erhielt die notwendige und sinnvolle Hilfe und ließ sich diese auch vor dem drohenden Hintergrund der Zwangseinweisung gefallen, aber bezahlen möchte er dafür nicht. Er habe die Hilfe nicht angefordert. Auch wenn sich der Klient im umgekehrten Falle für eine nachgefragte Leistung zahlungsbereit zeigt, wird er diese von Fachkollegen kaum erhalten, wenn der

Bedarf nicht ersichtlich ist oder wenn dadurch eine Schädigung erfolgen könnte.

Bisher war in der Sozialen Arbeit nicht eindeutig geklärt, ob der Klient, der Finanzier, der Bürger oder wer auch sonst der Auftraggeber war. Im Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik schreibt Gaby Flöser noch 2001: „Von entscheidender Bedeutung ... ist jedoch, dass in den meisten Fällen derjenige, der die Leistung erhält, nicht dafür bezahlt.“ (Handbuch Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Otto, Hans-Uwe und Hans Thiersch (Hg) „Öffentlich erbrachte Dienstleistungen sind im Unterschied zu privat wirtschaftlichen Gütern an Bedarfskriterien orientiert und nicht an subjektiven Bedürfnissen oder Wünschen der Konsumenten“ (A.a.O.). Mangelnde Konsumentensouveränität, z.B. durch fehlendes Wissen um das Angebot oder durch den fehlenden Zugang muss von der Sozialarbeit selber ausgeglichen werden (Vgl. a.a.O.). Dies ist die Sozialarbeit, wie wir sie aus der Vergangenheit kennen. Und vielleicht wurde mit dem Wandel hin zur Klientenzentrierung ein zu radikaler Paradigmenwechsel vorgenommen. Dazu nochmals Hans Thiersch: „In solcher Betonung des Eigensinns der Adressaten/innen aber darf die strukturelle Asymmetrie, die in aller Sozialarbeit angelegt ist, nicht einfach aufgehoben werden. Alles rasche Reden von Kunden oder von Nutzern in ihrer Souveränität kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass lebensweltliche Erfahrungen im Horizont von sozialer Gerechtigkeit und Anerkennung Gegenstand der Sozialen Arbeit sind“ (Sabine Hering und Urban, Ulrike (Hg), Liebe allein genügt nicht, Opladen 2004). Über die gesetzliche Betreuung kann die nach Fremdeinschätzung notwendige Hilfe erzwungen werden. Möglicherweise wird dies, bei wiederholtem Auftreten von schweren Krisen nicht zu vermeiden sein. Damit zeigt sich eine Karikatur des Kundenprinzips.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Hilfe ist kein Gnadenakt, der nach Belieben vom Staat oder seinen verlängerten Armen nach Gutdünken vergeben wird. Es ist auch sehr sinnvoll, innerhalb des möglichen Rahmens Art, Umfang und Dauer der Hilfe auszuhandeln, auch auf Augenhöhe, wenn die „strukturelle Asymmetrie“ bedacht wird.

Der gute Geist von PPQ: Abschluss der dritten Multi- plikatoren-Weiterbildung

Von Martin Baur-Mainka und
Ulrich Nicklaus

Der „gute Geist von PPQ“ agierte nicht nur in dem szenischen Spiel eines Teilnehmers, das anlässlich des Abschlusscolloquiums der 3. einjährigen Weiterbildung „Pro Psychiatrie Qualität (PPQ) – Transfer in die Praxis“ aufgeführt wurde. Highlight dieser im Juni 2004 gestarteten Multiplikatorenweiterbildung war für alle Beteiligten die Abschlusseinheit im September 2005, in der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Praxisprojekte und ihre Lernerfolge präsentierten.

Da gab es im wahrsten Sinne des Wortes „kontrastreiche“ Fotos aus zur Geschichte und zu aktuellen Entwicklungen der Sozialen Arbeit. Ferner gehörten dazu:

- ein Rap (Sprechgesang), der das Erleben eines Klienten thematisierte und dessen Meinung zu PPQ kundtat „Du bleibst Du mit PPQ!“

- das „Persönliche elektronische Beratungssystem im Betreuten Wohnen“ mit ironischem Blick auf die veränderten Finanzierungssysteme, bei dem die Sozialarbeiter/innen durch einen sprachgesteuerten Computer ersetzt wurden

- einen „Paddelkurs“ für Qualitätsbeauftragte, in dem die Zuschauer lernen konnten, dass es immer auf den richtigen Rhythmus des gemeinsamen Schlags ankommt, um einen guten „Vortrieb“ bei möglichst geringem Aufwand zu erreichen

- die Ausstellung eines Teilnehmers, der unter dem Thema „Du machst ein Projekt, und das Projekt macht etwas mit Dir“ Bilder und Texte kreierte hatte und sehr persönliche Einblicke in seine Auseinandersetzung mit einem Wohnprojekt gewährte

- viele ermutigende Beispiele von insgesamt 16 Implementierungsprojekten zu verschiedenen Aspekten der PPQ, wie Optimierung von Aufnahmeverfahren, Individuellen Betreuungsplanung, Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Klientenbeteiligung, systematische Personalentwicklung,

Stabilisierung von Arbeitsangeboten, Weiterentwicklung von Freizeitangeboten. Der gute Geist von PPQ „wehte“ in allen durchgeführten Projekten und bestimmte die fünf vergangenen Weiterbildungseinheiten und die regionalen Peergroup-Treffen. Träger der Weiterbildung war die GFO Nord im Auftrag des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe (BeB) und des Bundesfachverbandes Psychiatrie in der Caritas (PiC). Im Mittelpunkt der Kurseinheiten stand die Vermittlung des PPQ-Konzeptes und seiner Instrumente, das professionelle Handeln als Qualitätsbeauftragte bei der erfolgreichen Implementierung von PPQ-Projekten.

Die hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem von der Glücksspirale geförderten Weiterbildungsangebot spiegelt das Ergebnis der umfangreichen Auswertungsbefragung. Nahezu alle Teilnehmer bewerteten die Weiterbildung als sehr empfehlenswert und als einen großen beruflichen und persönlichen Gewinn. Den beteiligten Referenten (Martin Baur-Mainka, Dr. Christine Boving) sowie der Kursleitung (Ulrich Nicklaus) wurde eine sehr hohe Fachkompetenz bescheinigt. Und obwohl die Teilnehmenden die Anforderungen an das Abschlussverfahren als recht hoch einschätzten, konnten bis auf eine Teilnehmerin (krankheitsbedingt) alle die Weiterbildung erfolgreich beenden und aus den Händen von Martin Baur-Mainka und Ulrich Nicklaus ihr Zertifikat in Empfang nehmen. Um dem spezifischen Bedarf der Einrichtungen und Dienste hinsichtlich Qualitätsentwicklung bzw. -management auch künftig optimal gerecht zu werden, wird die GFO Nord die Beratung und Unterstützung bei PPQ-Implementierungsprozessen als Inhouse-Angebot verstärken. Dies ermöglicht, Unternehmen, die bereits PPQ eingeführt haben und solchen, die vor der PPQ-Implementation stehen, ein bedarfsgerechtes und prozessorientiertes Angebot. Von den positiven Wirkungen des „guten Geistes von PPQ“ sind die ‚frisch gebackenen‘ Qualitätsbeauftragten und die Kursreferenten auch in der Zukunft überzeugt.

Neuer Masterstudiengang Organisationsentwicklung und Leitung

Im Herbst 2006 beginnt an der Evangelischen Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg der Masterstudiengang Organisationsentwicklung, Beratung und Leitung in sozialen Organisationen. Er geht über die bestehenden Konzepte in Sozialmanagement hinaus, indem er die Agentinnen und Agenten des Wandels, also sowohl Fachkräfte für Leitung als auch für Beratung, mit einer spezifischen Kompetenz für Organisationsentwicklung/Change-Management ausbildet.

Die Besonderheiten dieses Masterstudienganges sind unter anderem:

- Die ganzheitliche Betrachtung von Beratung und Führung

- Eine systematische Verzahnung von Theorie und Praxis durch Beratungsprojekte, Hospitationen und Praxisforschung

- Die Rollenklärung durch kontinuierliche Supervision

- Ein Lehrkörper von ausgewiesenen Fachleuten aus Hochschule und Praxis

- Die Interdisziplinarität des Studienganges mit verschiedenen Berufsgruppen aus Sozialer Arbeit und anderen Nonprofit-Organisationen.

Der Weiterbildungsstudiengang richtet sich an Fachkräfte mit Beratungs-, Verantwortungs- und Leitungserfahrung oder mit einem begründeten Interesse an einer solchen Tätigkeit. Vorausgesetzt wird ein Hochschulstudium sowie eine mindestens dreijährige Berufserfahrung. Das berufs begleitende, viersemestrige Studium beginnt im September 2006 an der Evangelischen Fachhochschule in Ludwigsburg. Der Studiengang hat 25 Plätze und wird an einem Informationstag am 5. Mai 2006 vorgestellt.

Eine ausführliche Ausschreibung und weitere Informationen sind erhältlich bei: ifw Institut für Fort- und Weiterbildung, Evangelische Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg, Auf der Karlshöhe 2 71638 Ludwigsburg, Fax: 07141/965-237, ifw@efh-reutlingen-ludwigsburg.de

Nachwuchspreis des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft

Das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft schreibt zum ersten Mal einen Nachwuchspreis für Arbeiten und Projekte aus. Der Nachwuchspreis wird mit 2000,- EUR dotiert. Mit dem Preis werden herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgezeichnet, welche die gesellschaftlichen und kulturellen Voraussetzungen und Folgen der medizinischen Forschung und Praxis behandeln und damit zur Gleichberechtigung und Anerkennung von chronisch kranken und behinderten Menschen einen Beitrag leisten. Der Nachwuchspreis geht an Nachwuchswissenschaftlerinnen / Nachwuchswissenschaftler (einzelne Personen oder eine Gruppe), die in den letzten Jahren Arbeiten zum o.g. Themenkomplex erstellt haben.

Die Bewertung der Beiträge und die Auswahl der Preisträgerin / des Preisträgers erfolgt nach folgenden Kriterien: thematischer Bezug, Originalität der Themenstellung, wissenschaftliche Qualität des Beitrages, Interdisziplinarität. Die Arbeit soll auf einer Veranstaltung präsentiert und in der Reihe des Institutes „IMEW Expertise“ veröffentlicht werden.

Bewerbungen mit einer wissenschaftlichen Arbeit zwischen 20 und 40 Seiten sind bis zum 1.2.2006 an das Institut (Adresse siehe unten) zu richten. Hinweise zur Form und Einreichung: Die Arbeiten werden anonym begutachtet. Der Name der Autorin / des Autors darf deshalb nur auf der ersten Seite (Titelseite) erscheinen. Die erste Seite soll enthalten: 1. kurzer, klarer Titel der Arbeit; 2. Name, Kontaktadresse und Geburtsdatum der Autorin / des Autors; 3. kurze deutsche Zusammenfassung (ca. 10-15 Zeilen). Die Manuskriptblätter sind einschließlich Inhalts- und Literaturverzeichnis durchnummerieren. Der Umfang der Arbeit sollte bei einer Schriftgröße von 12 pt und einem Zeilenabstand von 1,5 Zeilen zwischen 20 und 40 Seiten betragen (Inhalts- und Literaturverzeichnis nicht mitgerechnet).

Die Arbeit ist als Datei in einem mit Word für Windows kompatiblen Format einzureichen.

Kontaktadresse: Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH, Warschauer Str. 58 A, 10243 Berlin, Tel: +49 (0)30 293817-70, E-Mail: info@imew.de, Internet: www.imew.de

BeB-Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen

Diese Mitgliederversammlung des BeB, bei der erstmals nach der neuen Verbandsstruktur der Vorstand gebildet wird, findet vom 9. bis 11. Oktober 2006 in Potsdam statt. Im September 2005 hat eine Vorbereitungsgruppe des BeB die Arbeit aufgenommen, um aktuelle und brisante Themen in Verbindung mit den notwendigen Verbandsregularien in ein qualifiziertes Tagungsprogramm einzubinden. Da die MV am Montag beginnt, wird die Möglichkeit bestehen, schon am Wochenende nach Potsdam anzureisen, um die Region etwas besser kennen zu lernen. Nähere Informationen werden im Frühjahr 2006 veröffentlicht.

„Qualitätsorientiertes Benchmarking – Wohnen für Menschen mit Behinderung“ gestartet

Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) und der Partnerverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) und haben zusammen mit ihren Partnern „xit. forschung. beratung GmbH“ und „Bank für Sozialwirtschaft Service GmbH“ ihr bundesweites Benchmarking für die Behindertenhilfe vorgestellt. Die Beiträge sind unter www.cbp.caritas.de unter dem Button „Dokumentation“ zu finden. Die Erhebung und Auswertung von Kennzahlen, Befragungen von Bezugsgruppen, Inhouse-Workshops und Benchmarking-Partnerschaften (Zirkel) bilden die Elemente eines Gesamtpaketes, das über den rein betriebswirtschaftlichen Kennzahlenvergleich weit hinaus geht. Die Veranstalter sind sich einig: Wenn man Benchmarking konse-

quent als Steuerungsinstrument einsetzt, kommt jeder Bereich einer Organisation auf den Prüfstand. Benchmarking ist ein Verfahren, das Transparenz und Klarheit schafft, Chancen und Risiken erschließt und damit Aufschluss gibt über die Wettbewerbsfähigkeit eines Trägers. „Mehr als nur

KERBE jetzt auch online

Die Kerbe ist nun auch mit einer eigenen Internetpräsenz www.kerbe.info online. Neben einem Porträt der Fachzeitschrift findet man Leseproben, ein Themen-Archiv sowie die Möglichkeit die Zeitschrift zu abonnieren oder Einzelhefte zu bestellen auf der Website. Bei der Umsetzung durch die socialnet GmbH wurden barrierefreie Standards berücksichtigt, damit die Inhalte allen Menschen – unabhängig von einer Behinderung – und unabhängig von der assistierenden Technologie zugänglich sind. Um das Lesen am Bildschirm zu erleichtern ist die Schrift der Site skalierbar, d.h. die Schriftgröße kann an die individuelle Sehleistung angepasst werden.

Zahlen!“ Neu ist die Bewertung von Kernprozessen zur Erhebung und Bewertung der Wohnqualität und der Bewohnerzufriedenheit. Die Kennzahlen bilden den Zusammenhang von Input und Outcome ab. Sie erfassen damit das Leistungsangebot unter besonderer Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe. Bewusst setzen die Veranstalter auf diese Weise auch sozialpolitische Akzente. Das Benchmarking richtet sich an Anbieter von Wohnangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung, ist aber offen für alle Behinderungsarten. Teilnehmen können Mitglieder der beiden Fachverbände, aber auch Interessierte anderer Verbände der Freien Wohlfahrtspflege. Der erste Erhebungszeitraum beginnt im Mai 2005 – der Einstieg ist noch möglich. Weitere Informationen: BFS Service GmbH, Im Mediapark 8, in 50670 Köln, Tel.: 0221/ 97356-160, Fax 97356-164, E-Mail: bfs-service@sozialbank.de, www.bfs-service.de

Förderlicher Umgang mit Belastungen

Sechstägiges Seminar „Seelische Gesundheit“ zum Thema „Förderlicher Umgang mit Stressbelastungen, Persönliche Weiterentwicklung“ in der Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern. Angebote für alle Altersgruppen. Inhalte: Gesprächsgruppen auf Basis der klientenzentrierten Beratung und Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers, Entspannung und Gesunderhaltung, Themengruppen. Ziele: Verminderung von Alltagsstress, Hilfe bei Schicksalsschlägen, Vorbereitung auf künftige Belastungen. Leitung: Psychotherapeut Professor Dr. Reinhard Tausch und Team.

Termin und Ort:

25.2. bis 3.3. 2006 und 29.7. bis 4.8. 2006, Bildungsstätte Maria Rosenberg bei Kaiserslautern

Informationen: Helmuth Beutel, Arnikastraße 33/1, 73733 Esslingen, Tel. 0711/3704 114, helmuth.beutel@arcor.de
Anmeldung: Sybille Jatzko, Görzbornstraße 3, 67706 Krickenbach, Telefon 06307 / 993006, Fax 993007.

Zwischen Autonomie und Abhängigkeit

„Chronisch psychisch kranke Menschen zwischen Autonomie und Abhängigkeit“ lautet der Titel der REGIO 2006, die vom 19. bis 20. Mai 2006 in Ludwigsburg stattfindet. Verantwortlich: Landesverband Gemeindepsychiatrie und Landesverbände Psychiatrie Erfahrener Baden-Württemberg.

Weitere Informationen: Landesverband des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, Schönblickstr. 12, 72221 Haiterbach, Tel. 07456/93 27 0, www.gemeindepsychiatrie-bw.de

Helfen Sie noch, oder assistieren Sie schon?

Eine Fachtagung zum Thema Herausforderungen in der Behindertenhilfe für Leitung, Praxis, Ausbildung und Personalentwicklung.

Verantwortlich ist der BeB, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.

19. bis 21. März 2006, Bildungszentrum Erkner bei Berlin

Anmeldung bis spätestens 20. Februar an die BeB-Geschäftsstelle, Postfach 33 02 20, 14172 Berlin, Tel.: 030/83 001-270, E-Mail: info@beb-ev.de, Internet: www.beb-ev.de

DGSP-Kurzfortbildungen

Grundlagen und Praxis der Ambulanten Soziotherapie. Referent/in: Prof. Dr. med. K.-D. Dresler. 3./4. März 2006, Weimar

Stimmen verstehen. Referentinnen: Antje Müller, Caroline v. Taysen 10./11. März 2006, Bielefeld

Information und Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Soziale

Psychiatrie e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln (Zollstock), Telefon: 0221-51 10 02, e-mail: dgsp@netcologne.de

Wirksame Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Ergebnisse der Forschung – Perspektiven der Praxis. Die Tagung will aufgreifen, worum es in der Gemeindepsychiatrie geht: Menschen in schweren Lebenskrisen Halt zu geben und heilende Entwicklung zu ermöglichen. Veranstalter der Tagung: Akademie Bad Boll und Diakonische Werke Baden und Württemberg.

7. bis 8. März 2006
Ev. Akademie Bad Boll

Info und Anmeldung: Tel. 07164 - 79212, susanne.heinzmann@ev-akademie-boll.de

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; Margret Osterfeld, Dortmund, 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@evangemeindeblatt.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

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt des Mabuse-Verlags, Frankfurt, bei

Diakonie 

BeB

