1 2008
Februar
März
April
26. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:
Weg(e) mit der Chronizität

Sind Menschen mit sogenannten chronischen Erkrankungen chronisch schlecht versorgt? Sind verbreitete Wohnungslosigkeit, die zunehmende Unterbringung in forensischen Einrichtungen oder in Einrichtungen der Altenhilfe, die steigende Mortalität Anzeichen einer bedrückenden Entwicklung?
Langzeiterkrankte Menschen sind eine weithin vergessene Gruppe, die endlich in den Mittelpunkt der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen gerückt werden muss.
Für die professionell Tätigen stellt sich dabei die Frage: mit welchen Strukturen, Konzepten und Haltungen kann man demoralisierendem Pessimismus und Chronizität begegnen, damit „Hoffnung Sinn macht"?

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

■ **Die unendliche und die endliche Psychose**
Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte
Jochen Schweitzer, Seite 4

■ **Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus**
Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen
Andreas Knuf, Seite 8

■ **Wie konnte ich wieder selbst bestimmt leben?**
Franz-Josef Wagner, Seite 11

■ **Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt?**
Was hat die Psychiatriereform für chronisch Kranke gebracht?
Hartmut Berger, Seite 13

■ **Junge psychisch kranke Menschen**
Wie lassen sich Chronifizierungen im Hilfesystem vermeiden?
Lisa Schulze Steinmann, Seite 16

■ **Die Zahl psychisch Kranker unter den Wohnungslosen nimmt zu**
Auswirkungen, Probleme, Lösungen
Theo Wessel, Seite 19

■ **Chronische Hilfe oder chronisch krank?**
Reinhard Peukert, Seite 22

■ **Zur Versorgung psychisch Kranker aus Sicht psychiatrischer Kliniken**
Harald Freyberger, Seite 25

■ **Das Aushalten der Realität ermöglicht Entwicklung**
Niklas Baer, Seite 27

■ **Die Hoffnung stirbt zuletzt – wenn sie erst einmal geboren ist**
Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Seite 31

■ **Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen?**
Günter Ernst-Basten, Seite 34

37 Spectrum

■ **SBT: Stressbewältigung für psychisch kranke Menschen**
Matthias Hammer, Irmgard Plößl, Tanja Hundsdörfer, Seite 37

■ **Disability Mainstreaming**
Konsequente Perspektive der Sozialpsychiatrie
Katrin Grüber, Seite 39

41 Nachrichten

43 Termine

Themenvorschau 2008

1 Weg(e) mit der Chronizität
2 Risiken und Nebenwirkungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit
3 Zukunft der klinischen Behandlung
4 Stimmen hören

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser

Weg(e) mit der Chronizität – unter dieser mehrdeutigen Überschrift beschäftigen wir uns in der vorliegenden Kerbe u.a. mit der Frage, ob Menschen mit sogenannten chronischen Erkrankungen tatsächlich chronisch schlecht versorgt sind und damit zu den „Verlierern“ der Psychiatriereform zu zählen sind. Die Zahlen und Fakten, die beispielsweise Hartmut Berger und Theo Wessel in ihren Beiträgen darstellen, bestätigen diese Einschätzung in bedrückender Weise. Die überwältigende Mehrheit der Menschen mit Langzeiterkrankungen lebt in der eigenen Wohnung, ohne die Möglichkeit, angemessene Hilfen und Unterstützung – gerade auch in Krisensituationen – in Anspruch nehmen zu können.
Weitere Wege für Menschen mit einer chronischen Erkrankung scheinen in den letzten Jahren und Jahrzehnten vielfach in die Wohnungslosigkeit, in forensische Einrichtungen, in Gefängnisse oder in die dauerhafte Unterbringung in Wohnheime geführt zu haben. So spiegeln punktuelle Erhebungen unter wohnungslosen Menschen in Deutschland eine hohe Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen wider. Die steigende Anzahl an forensisch untergebrachten Patienten ist auch auf einen hohen Anteil an Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung zurückzuführen und immer mehr langzeiterkrankte Menschen, die einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, werden in Einrichtungen der stationären Altenhilfe oder spezialisierten Pflegeheimen untergebracht. Statt von Enthospitalisierung sollte in diesem Kontext eher von Umhospitalisierung gesprochen werden.
Darüber hinaus belegen Studien, dass die Mortalität und Morbidität von Menschen mit schizophrenen Störungen in den letzten 20 Jahren stark angestiegen ist.
Angesichts dieser stichwortartigen Darstellung wird deutlich, dass es höchste Zeit ist, die weitgehend vergessene bzw. verdrängte Gruppe der sogenannten chronisch Kranken in den Mittelpunkt der Weiterentwicklung psychiatrischer Strukturen zu rücken und damit eine alte Forderung umzusetzen: die Qualität der Versorgungsstrukturen daran zu bemessen, wie weit sie die Bedürfnisse und Bedarfe der „Schwächsten“ aufgreift und ihnen gerecht wird.
Die Beobachtung, dass die „Alten Chroniker“, also die früheren Langzeitpatienten der psychiatrischen Großanstalten von der Gruppe der „Neuen Chroniker“, also jungen Menschen, oft mit Doppeldiagnose, abgelöst wurden, wirft folgende Frage auf: Inwieweit ist Chronizität als Gemeinschaftsleitung aller Beteiligten – also der Psychiatrie-Erfahrenen, der Professionellen wie auch der Angehörigen – zu verstehen? Wie die Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte das professionelle Tun, die eigene Haltung und die Gestaltung der Beziehung nachhaltig beeinflusst haben, wird im zweiten Teil der Kerbe aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.
Weg mit der Chronizität oder wider den demoralisierenden Pessimismus – diese beiden Parolen greifen den Gedanken der Koproduktion von Chronizität auf und nehmen auch uns professionell Tätige in die Verantwortung: Wie gelingt es, Hoffnung aufrecht zu erhalten, auch wenn von außen über lange Zeit keine sichtbaren Veränderungen bei langzeiterkrankten Menschen wahrnehmbar sind? Wie kann Zuversicht vermittelt und Möglichkeiten eröffnet werden, auch wenn scheinbar kein Veränderungswille formuliert oder gezeigt wird? Welche Strukturen geben Halt, ohne zu chronifizieren?
Dass Hoffnung Sinn macht – um ein Tagungsthema aus 2007 zu zitieren – belegen eindrucksvoll die Forschungsergebnisse zu „Recovery“ und zahlreiche Erfahrungsberichte von Betroffenen.
Gleichzeitig bleibt die Frage, wie wir denjenigen Menschen begegnen, die trotz aller Bemühungen um Dekonstruktion von Krankheitskonzepten und trotz aller Zuversicht, über lange Jahre an ihren Symptomen leiden und in ihrem Leiden auch ernst genommen werden wollen. Wie Hilfen für diese Menschen leitungsrechtlich und finanziell gestaltet werden müssen und welche Angebotsstrukturen und fachlichen Haltungen hier Sinn machen, stellen zentrale Fragen dar.

Katharina Ratzke
Andreas Knuf

Die unendliche und die endliche Psychose

Über Chronizitätskonzepte in der psychiatrischen Ideengeschichte

Von Jochen Schweitzer

Einleitung

Die chronischen Psychosen, besonders die chronische Schizophrenie,gelten als eines der bis heute nicht befriedigend gelösten Kernprobleme der Psychiatrie. Ich möchte im Folgenden über die chronische Psychose schreiben nicht als etwas, das es gibt, sondern über die chronische Psychose als Idee mit eigener Ideengeschichte.Ich will nach den Auswirkungen dieser Idee fragen: Wozu führt es, was tut und was unterlässt man, wenn man dieser Idee folgt?

Eine Geschichte der Ideen über die Unendlichkeit von Psychosen

Kraepelin und Bleuler

Die Idee der endogenen Psychosen und ihrer schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreise wurde von Kraepelin 1896 formuliert und von Bleuler 1911 weiterentwickelt.
Sie enthält folgende Grundelemente (nach Huber 1981): Endogene Psychosen sind alle Seelenkrankheiten, die nicht psychologisch verursacht und verstehbar sind. Sie haben genetisch-biologische Ursachen, die leider nur bisher noch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden konnten. Sie folgen einem eigengesetzlichen, eben endogenen Prozess, der in Epochen, Phasen und Schüben verläuft. Dieser Prozess, mit seiner eigenen inneren Uhr, kann durch Umwelt und Ausgangspersönlichkeit lediglich variiert, aber nicht dauerhaft beendet werden.
Jenseits dieser Essentials beginnen die Unterschiede zwischen Kraepelin und Bleuler. Kraepelin unterschied nach dem Verlauf. Die ungünstig verlaufenden Entwicklungen benannte er „Dementia Praecox“, also vorzeitige Verblödung. Die günstiger,phasisch wellenförmig verlaufenden nannte er Zyklothymien.
Die Dementia Praecox, die heutige Schizophrenie, war für Kraepelin also ein kontinuierlicher, in Verblödung mündender Prozess. Bleuler hingegen unterschied allein nach den Symptomen. Kraepelins Idee von der zwangsweisen Verblödung lehnte er ab und benannte die Dementia Praecox in Schizophrenie (dt.: „Spaltungsirresein“) um.

Beide Konzepte weisen Elemente einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung auf. Nach Kraepelin gilt die Faustregel: Was ungünstig verläuft, ist Dementia Praecox beziehungsweise Schizophrenie und wird weiterhin in Richtung Defekt laufen; verläuft es günstig, war es keine Schizophrenie. Für unsere heutige Praxis hieße das: Wenn Sie einen Schizophrenen erfolgreich behandelt haben, dann war es keiner. Nach Bleuler hingegen kann Schizophrenie günstig verlaufen. Sie bleibt aber immer eine Schizophrenie, selbst wenn sie ausheilt.
Beide Formulierungen enthalten also wenig Ideen, ob oder wie man diesem vermeintlichen Schicksal auch wieder entrinnen kann.

Verlaufsstudien

Mit dem Aufkommen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze wuchs in der Psychiatric Community das Unbehagen an diesen Ideen.
Um 1970 kam es zu Langzeitstudien, die an großen Stichproben ehemaliger schizophrener Patienten deren späteren Lebenslauf verfolgten. Die drei großen deutschsprachigen Untersuchungen von Manfred Bleuler in Zürich (1972), von Ciompi und Müller in Lausanne (1976) und von Huber, Gross und Schüttler in Bonn (1979) relativierten in unerwarteter Übereinstimmung das von Kraepelin gezeichnete düstere Bild.

Ihr Tenor: bei zwei Dritteln kommt es im Langzeitverlauf zu einer Besserung. Von diesen bleibt bei einem Viertel die Schizophrenie ein einmaliges Erlebnis. Ein knappes Drittel nimmt einen sich chronisch dahinziehenden Verlauf. Aber nur bei sehr wenigen (nach Ciompi u. Müller: 6 Prozent) zeigt sich der Zustand schlechter als im frühen Erkrankungsstadium. Nach fünf Jahren Krankheitsverlauf zeigt der durchschnittliche schizophrene Patient keine weitere Verschlechterung mehr (Bleuler). In höherem Alter überwiegen Zustandsverbesserungen, und bei einer Reihe Schizophrener werden überraschende nachhaltige Veränderungen noch im hohen Lebensalter berichtet. (Ciompi u. Müller). Mit diesen Befunden differenzierte sich die Idee der chronischen Schizophrenien: Chronifizierung ja, aber nicht bei der Mehrzahl der einmal als schizophren Diagnostizierten. Oder wie es C. Müller formulierte:„Der Verlauf ist nicht einheitlich, sondern bis zuletzt offen, wie das Leben selbst.“

Prognose des Verlaufs

Wovon hängt es ab, ob der Verlauf günstig oder chronifiziert wird? Ciompi und Müller verweisen auf drei grundlegende Zusammenhänge:

1. Je harmonischer die Persönlichkeitsstruktur, und je besser sozial eingebettet der Patient vor Beginn der Erkrankung war, um so besser.

Jochen Schweitzer
Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leiter der Sektion Medizinische Organisationspsychologie, Institut für Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
Tel: 06221-568152 (-568151, -568156)
Fax: 06221-565303

2. Mit höherem Alter (außer bei ganz alten Menschen mit hirnorganischen Abbauprozessen), bessert sich im Durchschnitt die Symptomatik.
3. Je akuter, heftiger und voller produktiver Symptome das Geschehen beginnt, um so besser.

Diesen letzten Befund, also je psychopathologisch wilder der frühe Verlauf, um so günstiger die Prognose, finde ich für unser Thema besonders spannend. Er ist unbestritten, aber in seinen Konsequenzen wenig durchdacht. Psychiatrische Behandlung ist bislang am erfolgreichsten in der Beruhigung heftiger akuter psychotischer Zustände mit sogenannter Plus-Symptomatik. Von der Neuroleptikabehandlung bis zu den psychoedukativen Ansätzen, von der Klinik bis zur Tagesstätte werden die größten Erfolge dabei erzielt, akuten heftigen Krisen entweder vorzubeugen oder sie unter Kontrolle zu bringen. Neuroleptische Behandlung wirkt jenseits neurologischer Nebenwirkungen meist als Umwandlung von Plus-Symptomatik (zum Beispiel Wahnvorstellungen und Agitiertheit) in Minus-Symptomatik (zum Beispiel Antriebslosigkeit). Gerade diese Minus-Symptomatik aber gilt als das große ungelöste Behandlungsproblem. Es stellt sich also die Frage, ob unsere bisherigen Behandlungsformen nicht paradoxerweise ein prognostisch günstigeres Problem in ein prognostisch ungünstigeres verwandeln.

Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?

Der Schweizer Sozialpsychiater Ciompi (1980) hat daher die Frage aufgeworfen: „Ist die chronische Schizophrenie zumindest teilweise ein Artefakt?“ Dafür sprechen neben den Befunden der Langzeitstudien klinische Beobachtungen. Zum einen findet man bei langjährigen Krankenhauspatienten mit den unterschiedlichsten Diagnosen fast gleichartige Bilder von Potentialeinbußen wie bei Schizophrenen. Zum anderen kann man oft auf Langzeitstationen beobachten, wie die ursprüngliche Diagnose des Patienten bei Pflegepersonal und Ärzten ganz in Vergessenheit geraten ist. Sie scheint keine praktische Rolle mehr zu spielen. Schließlich zeigen chronische Patienten mit Minus-Symptomatik sich manchmal ausgesprochen lebendig, wenn sie sich vehement gegen kleinste Veränderungen, etwa eine Verlegung auf eine neue Station, wehren. Ciompi sieht in der Chronifizierung ein psychosoziales Trägheitsprinzip am Wirken. Wenn Patient, Angehörige und Fachleute aus einer schwierigen Gegenwart auf eine miserable Zukunft schließen, wird diese als „sich-selbst-erfüllende Prophezeiung“ mit hoher Wahrscheinlichkeit zur gelebten Wirklichkeit werden.
Dies gilt glücklicherweise aber auch umgekehrt, wie Ciompi und Mitarbeiter in einer prospektiven Studie zum Erfolg psychiatrischer Rehabilitation bezüglich Arbeit und Wohnen zeigten (Ciompi, Dauwalder u. Ague 1979). Wenn der Klient seine berufliche Zukunft optimistisch sieht, wenn Betreuer und Angehörige ihm ein selbständiges Wohnen zutrauen und – last but not least – wenn dem Klienten das Rehabilitandendasein nicht gefällt, waren das die besten Prä-diktoren für einen guten Rehabilitationserfolg.Hingegen hatte weder die Diagnose noch die psychopathologische Anfangssymptomatik darauf nennenswerten Einfluß.

Fassen wir zusammen: Unzufriedenheit mit dem Bestehenden und Optimismus bezüglich der Zukunft verbessern die Chance, aus der Chronifizierung auszusteigen. Möglicherweise könnte es also gut sein, unsere Klienten so zu behandeln, dass sie unzufrieden mit uns werden und sich zutrauen, es sich ohne uns besser gehen zu lassen.

Psychose als Krankheit, Behinderung oder Entscheidung?

Damit sind wir bei dem Disput zwischen Psychoedukation und Systemischer Therapie in den Jahren um 1990 angekommen angelangt. Vertreter der psychoedukativen Ansätze halten, ähnlich wie Ciompi, zwar die schlimmen Formen stationärer und medikamentöser Chronifizierung für ein unnötiges Artefakt. Die akute Psychose aber sehen Sie als Ausdruck einer besonderen Vulnerabilität, d.h. einer Verletzlichkeit, die genetisch und frühkindlich erworben wird. Ein solch vulnerabler Mensch dekompensiert psychotisch, wenn er zu viele intensive und komplizierte soziale Reize verarbeiten muß. Hubschmidt (1991) vergleicht dies mit einer „Behinderung“: Sie bleibt zeitlebens, man kann aber lernen,symptomfrei mit ihr zu leben. Notwendig ist dazu ein Leben sozusagen in kleinen Dosen: eine hinreichende, aber nicht überdosierte medikamentöse Behandlung, eine sorgsame Dosierung von zwischenmenschlichem Streß und eine Rehabilitation in ganz kleinenSchritten.
Notwendig ist, dass auch die Angehörigen diese Idee teilen und dass sie ihren „Behinderten“ entsprechend behandeln. Der Preis dafür scheint die Akzeptierung eines lebenslangen Behindertenstatus zu sein.

Simon und Weber (1988) nennen dies: „Wie man einen Menschen dazu bringen kann, kleine Schritte zu machen, anstatt aufrecht zu gehen“. Die Psychosetherapie unserer Heidelberger Systemiker-Gruppe verfolgt einen nahezu entgegengesetzten Ansatz. Der Kinderpsychiater Lempp (mündliche Überlieferung) hat einmal gesagt, ein einzelner Mensch auf einer einsamen Insel könne keine Schizophrenie entwickeln – dazu fehlen ebenso die anderen, die sein Verhalten verrückt finden, wie der Psychiater, der dem Verhalten diese Diagnose gibt. In diesem Sinne verstehen wir psychotisches Verhalten als etwas, das erst in menschlicher Interaktion durch die gemeinsame Bedeutungsgebung, es handele sich bei all dem um eine Psychose, zu einer solchen wird.

Unser therapeutisches Konzept fokussiert neben vielen anderen Elementen (vgl. Weber et al.1987, Weber u. Retzer 1991, Schweitzer 1993) gerade darauf, diesen Krankheitsbegriff in Frage zu stellen. Denn wer eine Psychose als einen eigengesetzlichen inneren Krankheitsprozess sieht, der der eigenen Entscheidung entzogen ist, dem eröffnen sich wenig an-

dere Möglichkeiten als mit der Krankheit leben zu lernen. Sie hingegen als ein differenzierbares Bündel von Verhaltensweisen zu sehen, welche durch gemeinsames Handeln und gemeinsame Ideen aufrechterhalten werden, eröffnet die Entscheidungsmöglichkeit, von bisherigen Pfaden abzugehen und neue zu suchen. Interessanterweise verlaufen solche Familientherapien nach einer katamnestischen Untersuchung um so besser, je mehr im Verlauf der Gespräche dieses Krankheitskonzept aufweicht, je mehr dem Patienten eigene Kontroll- und Einflußmöglichkeiten auf sein Verhalten zugeschrieben werden. (Retzer et al. 1989; Retzer 1994)

Chronizität als Zeitkonstruktion: depressives und schizophrenes Zeiterleben

In dem Wort chronisch steckt der griechische Begriff Chronos – die Zeit. Die Soziologen Norbert Elias (1984) und Helga Novotny (1989) haben gezeigt, wie Zeit nicht nur als der physikalisch gemessene Ablauf einer objektiven Weltzeit, sondern zugleich als soziale Konvention gesehen werden kann, durch die Menschen ihre Handlungen koordinieren. Erst indem Menschen den ständigen Fluß des Lebens durch ihre Handlungen und ihre Erinnerungen in Bedeutungseinheiten aufteilen, kann Zeit überhaupt erlebt werden. Die Zeit ist nichts, was man sehen und anfassen kann. Sie wird erschaffen durch viele Handlungen und Unterlassungen und deren Verknüpfung im Gedächtnis.

Der Psychiater Hannibal hat 1955 psychotisches Zeiterleben eindrucksvoll beschrieben: „In der endogenen Depression gerät im Zustand der vitalen Hemmung die Ichzeit ... ins Stocken und bleibt hinter der Weltzeit zurück. Die Zukunft als inhaltlich gestalteter und gelebter Spielraum vorauseilender Gedanken, Gefühls- und Willensregungen geht verloren. Der Zukunftsraum ist nicht mehr mit Wünschen und Absichten ausgefüllt,sondern bleibt formlos, wird leer, verblaßt und scheint schließlich ganz zu fehlen ...
Dies Fehlen von Zukunftsaufgaben ändert auch die Struktur der Vergangenheit. Aufgaben der Vergangenheit können nicht mehr zu Ende gebracht werden, man fühlt sich durch die Vergangenheit festgelegt und verliert sich in Selbstvorwürfen, in endlosen Wiederholungen“.

Zum schizophrenen Zeiterleben beschreibt Hannibal zwei Pole:

1. Die Erstarrung des Zeitflusses mit dem Gefühl der Sinnleere und des Tot-seins, ein in-sich-Verschließen beispielsweise im katatonen Zustand und
2. Die grenzenlose Ausweitung der Zeit mit dem Gefühl ungeheuren Glücks und ungewohnter Sinnfülle, eine Art innerer Ausdehnung des Ich wie zum Beispiel im paranoiden Zustand.

Für uns sind die langsame Geschwindigkeit beim schizophrenen Zeiterleben sowie das depressive Zeiterleben besonders interessant.Unter Chronizitätsbedingungen fließt die Gegenwart langsam, sehr langsam dahin (schizophrenes Erleben); die Zukunft ist leergeworden und existiert vielleicht gar nicht (depressives Erleben); die Vergangenheit ist im schizophrenen Erleben gar kein Thema und im depressiven Erleben ein unabschließbares Thema, an dem man bis in die Unendlichkeit klebenbleibt.

Wie konstruiert man eine chronische Psychose?

Wie kann man ein solches Zeiterleben mit einer unendlichen Vergangenheit, einer Gegenwart im Schneckentempo und einre nicht mehr vorhandene Zukunft zu konstruieren? Das scheint auch ohne die Diagnose einer Schizophrenie oder endogener Depression gar nicht so schwierig. Jeder von uns kann sich einen chronifizierten Erlebenszustand erzeugen, wenn er oder sie folgende Ratschläge beherzigt:

1. Vermeiden Sie es, Unterschiede wahrzunehmen. Richten Sie daher Ihre Aufmerksamkeit auf das, was gleich geblieben ist, und beachten Sie nicht, was sich verändert hat.

2. Vermeiden Sie es, Veränderungen in Ihrem Leben, wenn sie sich schon nicht vermeiden lassen, durch Übergangsrituale deutlich zu markieren. Feiern Sie weder Geburtstage noch ihre Pensionierung.

3. Betrachten Sie sich grundsätzlich als Opfer, nie als Täter vergangener Geschehnisse. Analysieren Sie möglichst ausführlich, wie und warum Ihre lieblosen oder überfürsorglichen Eltern, Ihre despotischen Lehrer, Mitschüler, Chefs und Kollegen, Ihre Krankheit oder die gesellschaftlichen Verhältnisse Ihnen noch nie eine Wahlmöglichkeit gegeben haben.

4. Wenn Sie sich so eine stabile Problem-Vergangenheit geschafften haben, lassen Sie sich nicht von der Idee irritieren, Sie könnten es sich heute vielleicht besser gehen lassen als damals.

5. Konnotieren Sie stets Ihr gegenwärtiges Verhalten möglichst negativ, als Ausdruck von Defiziten, nie positiv als sinnvolle Reaktion auf die gegebenen Umstände. Betrachten Sie Ihr Verhalten und das anderer Menschen nie in seinem aktuellen Kontext, sondern als Ausdruck ewig gleichbleibender Eigenschaften oder Defekte.

6. Vermeiden Sie es, sich die Zukunft detailliert auszumalen, allenfallsglobal als ein finsteres oder leeres Loch. Falls es Ihnen derzeit schlecht geht, vermeiden Sie vor allem sich auszumalen, was sie alles anders als heute tun würden, wenn es Ihnen wieder besser ginge.
Wenn dies mental geschafft ist, müssen Sie sich nur noch entsprechend verhalten und Sie haben ein stabiles problemdeterminiertes inneres Erlebensmuster. Hilfreich ist nun, wenn wichtige Menschen um sie herum diese Ansichten teilen, Sie darin bestärken und Sie entsprechend als einen hilflosen armen Wurm behandeln

Um eine speziell psychotische Chronifizierung zu erreichen, bedarf es einiger spezieller Operationen:

1.Vermeiden Sie es, Ihr defektartiges Verhalten Ihrer Umgebung verständlich und einfühlbar darzustellen.
Verhindern Sie, dass man Sie versteht – andernfalls erreichen Sie statt einer psychotischen eine nur

neurotische Chronifizierung.

2. Verhindern Sie aber ebenso in Ihrer Umgebung den Eindruck zu erwecken, Ihr Verhalten würde Ihnen Spaß machen oder wäre von Ihnen gewollt – sonst besteht die Chance, dass Ihre Chronifizierung unter der Rubrik „Persönlichkeitsstörung“ oder gar „Delinquenz“ verläuft. Damit bekämen Sie viel mehr Streit und offenen Konflikt mit Ihrer Umgebung.

3. Ermöglichen Sie es, dass man Sie einer psychiatrischen Einrichtung vorstellt.
Denn ohne Diagnose werden Sie nicht als krank anerkannt. Ohne offiziellen Krankenstatus wird Ihre Umgebung immer wieder im Zweifel sein, ob Ihr Verhalten ausschließlich Ausdruck Ihrer Geisteskrankheit oder nicht auch Ausdruck Ihrer Lust und Unlust, Ihrer Vorlieben und Entscheidungen ist. Ihnen fehlt die Bestätigung Ihrer Weltsicht durch Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter; Sie können Ihre „Minus-Symptomatik“ durch Dauermedikation nicht weiter ausbauen; Ihnen fehlen die Voraussetzungen, um sozialrechtlich als erwerbsgemindert, als dauerhaft psychisch behindert oder als Frührentner anerkannt zu werden.

4. Verändern Sie Ihren Bekanntenkreis.
Halten Sie sich häufig in Kliniken, Tagesstätten und Patientenclubs, in beschützenden Wohn- und Arbeitseinrichtungen auf, bis Ihr Bekanntenkreis überwiegend aus Menschen besteht, die die Welt ähnlich sehen wie Sie.

Chronizitätskonstruktion in psychiatrischen Einrichtungen: eine Gemeinschaftsleistung

Nun könnte man meine Ausführungen dahingehend mißverstehen, ein Mensch könne allein und aus eigener Kraft seinen Lebensverlauf als chronische Psychose konstruieren. Nach unserer Erfahrung bedarf es dazu aber einer Gemeinschaftsleistung zwischen Patient, Angehörigen, seinen sonstigen sozialen Kontexten (Freundeskreis, Wohnumfeld, Arbeitswelt), psychiatrischen Fachleute und sozialrechtlichen-Bestimmungen. In unserem Buch „Die unendliche und die unendliche Psychiatrie“ werden an vielen Fallgeschichten aus psychiatrischen Wohnheimen, Wohnheimverbünden und sozialpsychiatrischen Diensten die Einzelbeiträge und die unsichtbare Choreografie dieser Gemeinschaftsleistungen beschrieben.

Die Konstruktion neuer Zukünfte und neuer Vergangenheiten als Aufgabe sozialpsychiatrischer Praxis

Es kann in psychiatrischen Kontexten gute Gründe geben, einem chronischen Zeiterleben treu zu bleiben, bei Klienten wie bei Fachleuten. Andererseits ist dieses Erleben von Zeitstillstand und von „nichts-geht-voran“ aber auch oft auf beiden Seiten mit Leiden verbunden. Ein sehr ambivalenter Zustand also! Wer seine Klienten und sich selbst gerne entchronifizieren will, muß daher sozusagen auf seinem Klavier Variationen über zwei Themen in engem Wechsel spielen: Stillstand und Bewegung, Vergangenheit und Zukunft, Verändern und Bewahren, Schieben und Bremsen, Verführen und Warnen. Eine einseitige Haltung des „Ärmel aufkrempeln und Zupacken“, ein naiver Rehabilitationsoptimismus also, würde Druck und Widerstand erzeugen. Eine einseitige „Schonen Sie sich!“-Haltung wäre nichts Neues in der Chronifizierungsgeschichte. •

Anmerkung der Redaktion:

Der Beitrag von Prof. Dr. Jochen Schweitzer wurde erstmals im Jahre 1995 veröffentlicht.
Seine umfassende Darstellung der Chronizitätskonzepte in der Psychiatrie aus systemischer Sicht hat auch heute noch grundlegende Bedeutung. Dies zeigt die Bezugnahme verschiedener Beiträge in diesem Heft.
Aus diesem Grund erschien es der Redaktion sinnvoll, den Beitrag noch einmal abzudrucken, im Bewusstsein, dass die psychiatrische Konzeptentwicklung seither sehr viele Weiterentwicklungen genommen hat, die hier nicht aufgegriffen werden.

Der Aufsatz erschien in:
J. Schweitzer und B. Schumacher, Die unendliche und die endliche Psychiatrie, S. 28-46, Heidelberg: Carl Auer Systeme 1995. Alle hier zitierten Literaturhinweise finden sich im Literaturverzeichnis dieses Buches.

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin, E-Mail: info@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info
Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart;
Doris Biedermann, Hamburg;
Jürgen Bombosch, Düsseldorf;
Andreas Knuf, Konstanz;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart;
Margret Osterfeld, Dortmund;
Dr. Katharina Ratzke, Berlin;
Georg Schulte-Kemna, Stuttgart;
Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart
Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Telefon (07 11) 6 01 00-0
Adressenänderungen bitte an:
regina.schuller@evanggemeindeblatt.de
Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), ISSN 0724-5165
Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Tel. (07 11) 6 01 00-41 (Frau Rössel), Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet:
www.anzeigengemeinschaft.de.
Zurzeit gilt die Preisliste Nr. 24 vom 1. Januar 2007
Druck:
J.F. Steinkopf Druck GmbH, Stuttgart
Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai,
1. August, 1. November

BeB
Diakonie

Recovery: Wider den demoralisierenden Pessimismus

Genesung auch bei langzeiterkrankten Menschen

Von Andreas Knuf

Der Begriff „Recovery"

Der englische Begriff „Recovery" könnte mit Genesung oder Erholung übersetzt werden, ein wirklich treffender deutschsprachiger Begriff ist noch nicht gefunden. Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die von professioneller Seite als „chronisch psychisch krank" bezeichnet wurden, die sich mit dieser negativen Prognose aber nicht abfanden und wider Erwarten gesundeten. Sie schlossen sich zusammen, um sich gegen den ihrer Meinung nach demoralisierenden Pessimismus, den die Psychiatrie verbreitet, zu wehren. Sie suchten nach den Bedingungen, die darüber entscheiden, ob es einem langzeitkranken Menschen gelingt, wieder ein zufriedenes Leben zu führen. Dieser Betroffenenbewegung schlossen sich rasch reformorientierte Fachleute an. In Ländern wie Neuseeland, England, Kanada oder einzelnen Staaten der USA ist die Recovery-Idee zu *dem* zentralen Konzept reformorientierter Fachpersonen sowie von Betroffenenvertretern geworden. Dabei handelt es sich nicht um ein einheitliches Konzept, sondern eher um eine Sammlung zentraler Haltungs- und Handlungselemente für eine sozialpsychiatrische Praxis.

Andreas Knuf
Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Mitglied der KERBE-Redaktion. Zahlreiche Veröffentlichungen, z.B. „Gesundung ist möglich!" über Genesung bei Borderline-Betroffenen (2008). Leiter des Peer-to-Peer Recovery-Projekts der Schweizer Stiftung Pro Mente Sana in Zürich. Niedergelassener Psychotherapeut in Konstanz.
Homepage:
www.gesundungswege.de

Im Recovery-Ansatz wird sehr radikal die Genesung in den Mittelpunkt der psychiatrischen Arbeit gerückt, und zwar auch und gerade bei jenen Menschen, die von der Psychiatrie jahrzehntelang wegen unterstellter schlechter Prognose als „uninteressant" abgeschrieben wurden, bei den „chronischen Fällen", den „Austherapierten". Der Recovery-Ansatz wurde aber eben nicht nur für diese Betroffenengruppe entwickelt, sondern er entstand maßgeblich auch mit ihr und durch sie. Die zentrale Forschungsmethode des Recovery-Ansatzes sind qualitative Interviews mit genesenen Betroffenen über deren Gesundungswege und die Wirkfaktoren. Anders als der in den letzten Jahren ebenfalls viel beachtete Salutogeneseansatz von Antonovsky wurde Recovery speziell für den Psychiatriebereich entwickelt – und kann auch nur dort seine Gültigkeit beanspruchen.

Von verschiedenen AutorInnen (Anthony, 1993; Deegan, 1988) wurde das Recovery-Konzept wie folgt beschrieben: Recovery ist ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit seiner Erkrankung, der dazu führt, dass er auch mit bestehenden psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Recovery ist mehr als die Bewältigung von Symptomen, auch bedeutet es nicht unbedingt vollständige „Heilung", denn in den meisten Fällen besteht die Erkrankung bzw. Verletzlichkeit fort. Es geht darum, den negativen Einfluss einer psychischen Erkrankung zu überwinden, obwohl sie weiterhin anhält. Damit geht es zentral um den Bewältigungsprozess. Wie zufrieden jemand lebt, hängt nicht in erster Linie von den erlebten Symptomen ab, sondern von der Art und Weise, wie jemand mit ihnen umgeht und sie bewertet. Recovery bedeutet die Veränderung einer Person durch die Erkrankung. Nicht: „Früher war ich gesund, zwischendurch war ich krank, jetzt bin ich wieder gesund." Sondern: „Mit mir ist etwas passiert, ich bin nicht mehr derselbe wie vor der Erkrankung." Zahlreiche Betroffene machen die Erfahrung, durch die Erkrankung über sich hinauszuwachsen und ein neues Gefühl von Bedeutung und Sinn im Leben zu entwickeln. Recovery bedeutet nicht in erster Linie Symptom- oder Krisenfreiheit, vielmehr geht es eher um Lebensqualität, Zufriedenheit, Wohlbefinden – mit oder ohne psychische Symptome.
Das gegenwärtig viel diskutierte Empowerment-Konzept ist letztlich Teil von Recovery. Die Entwicklung von Selbsthilfe und Selbstbestimmung ermöglicht dem Betroffenen eine positive Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung. Empowerment unterstützt Recovery. Die ursprüngliche Empowerment-Bewegung hat ihr Konzept seit Mitte der 90-er Jahre um die Überzeugung der Genesung erweitert. In der praktischen Umsetzung sind jedoch Empowerment-Konzepte wie Ressourcenorientierung, Selbsthilfeförderung, Wahlfreiheiten und Selbstbestimmung weiterhin zentral.

Was ist Gesundheit und was ist Krankheit?

Ein zentrales Element des Recovery-Ansatzes ist, dass er die gängigen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit infrage stellt. Meistens gehen wir davon aus, dass es sich um Gegensätze handelt. Entweder bin ich gesund, dann kann ich nicht krank sein. Oder ich bin krank, dann kann ich nicht gesund sein. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Gegensatz von Gesundheit und Krankheit auf die Spitze getrieben, indem sie 1947 »Gesundheit« als »vollkommenes physisches, geistiges und soziales Wohlbefinden« definierte. Mit dieser Definition hat sie uns jedoch alle zu Kranken gemacht, denn wer kann einen solchen Zustand länger als wenige Stunden oder Tage aufrechterhalten? Mit dieser strengen Abgrenzung wird die Welt recht einfach und überschaubar: Es gibt die (kranken) Patienten und die (gesunden) Mitarbeiter und Angehörigen. Es gibt auch diejenigen, die es geschafft haben zu genesen und jene, die

wohl ewig krank bleiben werden. Es gibt die hoffnungsvollen und die hoffnungslosen »Fälle«. Eine solche Vorstellung von Gesundheit und Krankheit deckt sich nicht mit der Wirklichkeit und sie ist obendrein inhuman.

Gerade diese dichotomisierte Einordnung (gesund-krank, wertvoll-wertlos, früher-heute...) wird im Recovery-Ansatz aufgehoben. Eine moderne Definition hilft uns weiter, um besser zu verstehen, was Gesundheit und Gesundung eigentlich bedeuten könnten. Sie stammt von »Sesam«, einem großen Schweizer Forschungsprojekt. Dort heißt es: »Gesundheit ist nicht ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten, sondern vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können. « (Sesam, 2005) Es ist eben »stinknormal«, sich nicht immer gut zu fühlen, sich manchmal im Bett verstecken zu wollen, am eigenen Wert zu zweifeln, sich mit Arbeit, Sex, Einkaufen, Alkohol usw. zu betäuben oder antriebslos zu sein. Jeder Mensch kennt die eine oder andere psychische Krise, die sich in der Schwere allerdings deutlich unterscheiden kann. Gesundheit heißt, so damit umgehen zu können, dass ich nicht in eine schwere Krise gerate und dann auf Hilfe durch psychosoziale Einrichtungen angewiesen bin. Jemand ist also nicht krank, weil er bestimmte Symptome hat, sondern, wenn ihm aktuell die Fähigkeit fehlt, mit diesen Symptomen so umzugehen, dass er sein Leben auf eine möglichst zufriedene Art weiterleben kann.

Die Überwindung der Unterscheidung von gesund und krank als polare Gegensätze ist ein zentraler Schritt zum Verständnis von Recovery. Sich davon zu lösen fällt Fachleuten, Angehörigen und Betroffenen gleichermaßen schwer. Betroffene und Angehörige müssen sich von der häufigen Idealisierung „Früher bevor ich krank war, war alles gut und genau so soll es wieder werden“ lösen und Fachleute verlieren ohne die klare Unterscheidung unter anderem ihre Orientierung, denn gesund-krank ist die Grundlage der Unterscheidung von „Professionell Tätiger vs. Klient“ und von „Hilfsbedürftiger vs. Helfender“. Dies verschwimmt im Recovery-Ansatz. Fachpersonen rücken näher an ihre Klienten und das ist verständlicherweise mit viel Rollenunsicherheit verbunden. Im Recovery-Ansatz können Fachpersonen sich nicht mehr hinter Professionalität verstecken und sind stattdessen als Menschen gefordert, die selber Grenzerfahrungen machen. Dieser Ansatz ist natürlich keineswegs neu, wurde er doch beispielsweise schon von Klaus Dörner und Ursula Plog in „Irren ist menschlich“ vertreten und seit den Neunziger Jahren von der Trialogbewegung.

Wie werden psychisch kranke Menschen eigentlich wieder gesund?

Fachleute in den USA haben in Zusammenarbeit mit einer großen Gruppe Betroffener ein Modell erarbeitet, das beschreibt, welche Schritte für einen Gesundungsprozess speziell bei langzeitkranken psychiatrieerfahrenen Menschen erforderlich sind (Ralph et al. 2004).

- Zunächst ist der betroffene Mensch nur in seinem Leiden gefangen. Er ist verzweifelt, fühlt sich hoffnungslos, leidet unter negativen Gedanken, ist oft sozial isoliert und erlebt sein Leben nicht als sinnhaft. Diese erste Phase wird als “Verzweiflung” bezeichnet.
- Irgendwann kann es dazu kommen, dass dieser Mensch eine Ahnung davon bekommt, dass es auch anders sein könnte. Das Leiden wird bewusster als solches wahrgenommen und es tauchen Zweifel daran auf, ob es ewig so bleiben muss (“Erwachen”).

	Recovery-Ansatz	Konventionell-arbeitende Psychiatrie
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; gesellschaftliche Integration (Inclusion); Gesundung	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung
Perspektive	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich. Manchmal gelingt auch eine völlige Gesundung von der Erkrankung und deren Folgen	Keine „falschen Hoffnungen“ machen; „vita minima“ muss hingenommen werden; wer keine Symptome hat, kann froh sein
Hilfen	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation
Hoffnung	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess. Ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert
Selbstverantwortung	Die Übernahme von Selbstverantwortung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung kann die Compliance reduzieren und die Behandlung erschweren und wird daher nicht gefördert, sondern durch einseitige biologische Erklärungsmodelle eher behindert

Wichtige Unterscheidungsmerkmale zwischen der klassischen Psychiatrie und dem Recovery Ansatz

Zentrale Botschaften von Recovery

1. Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich!
Mit Gesundung ist gemeint, dass die Erkrankung ganz abklingt oder die Betroffenen gut mit ihrer Erkrankung leben können. Gesundung ist auch nach längerer Krankheitszeit möglich.

2. Ohne Hoffnung geht es nicht!
Hoffnung auf eine positive Entwicklung ist ein zentraler Faktor, der darüber entscheidet, ob Gesundungsprozesse in Gang kommen. Neben der Hoffnung der Betroffenen ist auch die der Angehörigen und der Fachpersonen zentral.

3. Jeder Gesundungsweg ist anders!
Verschiedene Menschen brauchen unterschiedlich viel Zeit für Gesundungsschritte. Jeder Mensch muss seinen eigenen Weg finden.

4. Gesundung ist kein linearer Prozess!
Sie ist nicht systematisch und planbar, vielmehr kann es plötzliche positive Veränderungen geben, aber auch Stillstand und Rückschritte sind möglich.

5. Gesundung geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten!
Gesundung bedeutet nicht zwangsläufig vollkommene Symptom- und Krisenfreiheit. Krisen und Symptome treten aber seltener auf und sind weniger belastend.

6. Krankheit und Gesundung verändern den Menschen!
Durch die Erkrankung verändert sich der Betroffene. Gesundung bedeutet nicht, wieder genau so wie vor der Erkrankung zu sein.

7. Gesundung ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich
Fachliche Unterstützung ist nur ein Faktor unter vielen, der Gesundung fördern kann.

- Anschließend wird aus einer vagen Vorstellung eine konkretere und sichere Überzeugung. Erste kleine Veränderungsschritte werden unternommen. Der oder die Betroffene nimmt wieder mehr Kontakt mit anderen Menschen auf und seine bzw. ihre Gedanken werden positiver und von Hoffnung geprägt (“Erkenntnis, dass Gesundung möglich ist”).
- Im Weiteren wird der betroffene Mensch zunehmend aktiver, sucht nach aufbauenden sozialen Kontakten und erprobt, wie er Einfluss auf seine psychischen Schwierigkeiten nehmen kann (“Umsetzung”).
- Später festigt sich die Zuversicht immer mehr. Die Überzeugung wächst, dass Gesundung nicht nur möglich ist, sondern sicher geschehen wird und das Selbstwertgefühl steigt an (“Entschiedenes Engagement für die eigene Gesundung”).
- In der letzten Phase, die “Wohlbefinden und Empowerment” heißt, haben die Betroffenen ein sehr positives Selbstgefühl. Sie können allfällig auftretende weitere Krisen akzeptieren, fühlen sich ihnen aber nicht mehr ausgeliefert. Sie empfinden ihr Leben als sinnhaft und wählen Freundinnen und Freunde aus, die ihren Interessen entsprechen.

In Diskussionen mit Betroffenen über dieses Modell habe ich immer wieder gehört, wie wichtig die Phase des Erwachens für den eigenen Gesundungsprozess ist. Manchmal wird sie als wirklicher Wendepunkt erlebt, manchmal vollzieht sie sich auch weniger wahrnehmbar. Doch wodurch dieses Erwachen gefördert und wodurch es behindert wird, darüber schweigt sich psychiatrische Forschung bisher fast vollkommen aus. Aus diesem Modell habe ich auch gelernt, dass sich ein Gesundungsweg zunächst nicht an einem veränderten Verhalten des Betroffenen erkennen lässt. Anfangs ist neues Verhalten meistens viel zu angstauslösend, der Betroffene hält an gewohnten Mustern fest. Ein verändertes Verhalten zeigt sich erst im LAUFE eines Gesundungsprozesses. Dieses Verständnis ist für Fachleute besonders wichtig, weil es hilft die Hoffnung aufrechtzuerhalten, auch wenn im Außen zunächst noch kein verändertes Verhalten beim Betroffenen zu erkennen ist. Oft ereignen sich bei Klienten scheinbar plötzliche Wachstumsschritte. Oft wird dann vom Umfeld nach einer zeitnahen Ursache für diese positive Veränderung gesucht. Dabei handelt es sich zumeist um den jetzt auch äußerlich sichtbar werdenden Ausdruck eines inneren Veränderungsprozesses, der bis dahin im Verborgenen ablief.

Peer-Konzepte

Eines der zentralen Elemente des Recovery-Ansatzes auf einer strukturellen Ebene ist der vermehrte Einbezug von gegenwärtig oder ehemals betroffenen Menschen auf verschiedensten Ebenen der psychiatrischen Behandlungsstrukturen. Dabei kann es um die Mitarbeit in Gremien, die Beteiligung an Forschung, Fortbildung und im Beschwerdewesen gehen, aber ebenso um den Aufbau von Hilfsangeboten, die von Betroffenen betrieben und kontrolliert werden (sog. User-Run). Ganz besondere Bedeutung wird der Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene beigemessen, der sogenannten Peer-to-Peer-Arbeit. In vielen Ländern arbeiten mittlerweile Tausende von Peer-Specialists in verschiedensten sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern. Inzwischen liegen mehrere Dutzend Forschungsarbeiten zu diesem Themenbereich vor. Viele Studien zeigen eine vergleichbare Wirkung und einige sogar Wirkungen, die über die einer reinen Unterstützung durch Professionelle hinausgehen. Nach meinem Wissensstand kommt keine dieser Studien zu dem Ergebnis, dass die Peer-Arbeit weniger effektiv ist als die Tätigkeit klassischer Fachmitarbeiter. Gleichzeitig wird deutlich, dass auch die Peers einer Qualifizierung bedürfen, um hilfreiche Arbeit leisten zu können. Allein aufgrund der Tatsache selber betroffen zu sein, wird noch keine hilfreiche Peer-Arbeit möglich. Diese Peer-to-Peer-Ansätze werden in den nächsten Jahren auch im deutschsprachigen Raum vermehrt Fuß fassen. Schon jetzt gibt es Modellprojekte beispielsweise in Bremen (www.ex-in.info), Linz (www.exitsozial.at) und Zürich (www.recovery-projekt.ch).

In einem großen Modellprojekt wurden gerade Standards für eine Qualifizierung erarbeitet (www.ex-in.info).

Abschließend möchte ich noch von unserem Zürcher Recovery-Projekt berichten. Ausgehend vom oben beschriebenen Modell eines Gesundungsweges haben wir (von der Schweizer Stiftung Pro Mente Sana) uns gefragt, wodurch das Erwachen zur Gesundung gefördert werden kann. Als besonders hilfreich erachten wir andere Betroffene, die als Vorbilder oder Modelle dienen. Daher haben wir genesene Betroffene in einem Peer-Projekt qualifiziert, ihre Gesundungserfahrung an andere weiterzugeben. Seit Frühjahr 2007 bieten diese Peers sogenannte „Gesundheit ist ansteckend!"-Gruppen in psychiatrischen Institutionen, Selbsthilfegruppen u.ä. an, mittlerweile haben etwa 20 solcher Veranstaltungen stattgefunden. Die Peers berichten in diesen Gruppen von ihren eigenen Gesundungserfahrungen und ermutigen die Gruppenteilnehmer, ihren Gesundungsweg fortzusetzen. „Mir hat in der Psychiatrie noch nie jemand so viel Hoffnung gemacht", berichtete neulich eine Gruppenteilnehmerin. •

Literatur zum Beitrag finden Sie im Internet unter: www.kerbe.info.

Wie konnte ich wieder selbst bestimmt leben?

Von Franz-Josef Wagner

Nach meiner akademischen Ausbildung hatte ich sehr schnell finanziellen und beruflichen Erfolg in der freien Wirtschaft. Mitten in dieser erfolgreichen Lebensphase traf mich der Absturz: nach einer schweren Krise erhielt ich die Diagnose Schizophrenie.
Die Folgen waren: Haldol, Zwangseinweisung, anschließend Tagesklinik, ohne psycho-soziale und medikamentöse Edukation. Ich musste meinen Aufenthalt in Köln abbrechen und mir eine neue berufliche und private Existenz aufbauen.

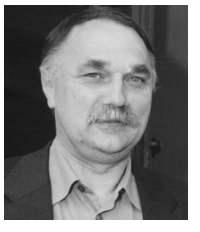
Ich hatte alles verloren: nicht nur meinen Beruf (mit 37 Jahren wurde ich Frührentner), auch meine Familie, denn meine Frau ließ sich von mir scheiden und nahm unsere beiden Kinder mit. Ich verlor mein ganzes soziales und berufliches Umfeld, meine Kommunikationspartner, meine Gesundheit – einfach alles. Diese „Schockphase" dauerte vier Jahre mit erneutem beruflichen Absturz, Zwangseinweisung in die Psychiatrie und zwölf Monaten Tagesklinikaufenthalt. Während dieser Zeit entwickelte ich viele suizidale Visionen und wurde schließlich als „chronisch krank mit weiteren suizidalen Vorstellungen" entlassen.

Nur meine damalige Lebensgefährtin (ein Mensch mit Psychiatrieerfahrung) glaubte an mich und nahm mich in ihre Wohnung auf. Mit ihr lebte ich vier Jahre resignativ und ohne spürbare Besserung zusammen, während die Profis, die Psychiater, mir Neuroleptika gaben. Eine Aufklärung über aktuelle oder alternative Medikamente, über Früh- und Spätdyskinesien oder Informationen über alternative Behandlungsformen erhielt ich dabei nicht.
Ich verbrachte 20 bis 22 Stunden des Tages im Bett und wünschte mir am Morgen den Abend und am Abend den Morgen. Ich schmeckte und genoss die Speisen und Getränke nicht mehr, empfand keine Lustgefühle, sah und benötigte keine pflegerische und hauswirtschaftliche Arbeit, überlegte, warum ich das Messer in die Schublade gelegt hatte, obwohl ich es sowieso irgendwann wieder herausnehmen würde. Ich hätte wohl dieselbe Tasse und dasselbe Messer wochenlang benutzt, wenn meine Lebensgefährtin nicht gespült und die Versorgung übernommen hätte. Abwechslung im Essen hätte es nicht gegeben, wenn sie nicht kreativ neue Speisen zubereitet hätte.

Die Entwicklung der Selbstbefähigung

Dann begann ich, meine aktuelle Situation mit der vor der Krankheit zu vergleichen und mich an das genüssliche Saunieren und Kochen (innere Ressourcen) zu erinnern. Und ich beschloss die äußeren Ressourcen (soziale Kontakte) wieder zu aktivieren – ich hatte keine andere Wahl, da es einen anderen Ausweg, das Licht am Ende des Tunnels nicht mehr gab.

Zur gleichen Zeit erhielt ich von meiner damals neunjährigen Tochter eine Postkarte mit einem Himmelbett darauf. Den kurzen Text, den mir meine Tochter schrieb, habe ich damals sehr oft gelesen: „Lieber Papa – Ich finde die Postkarte gut für Dich und ich wollte den Stift ausprobieren. Schön schreibe ich jetzt nicht das muss Du Dir merken". Über Jahre hatte ich meinen Kindern gegenüber versucht zu verbergen, wie es mir eigentlich ging und dass mein Leben fast nur im Bett stattfand. Doch meiner Tochter hatte ich das offensichtlich nicht verbergen können. Sie wusste um mein momentanes Leben. Dies durch diese Postkarte mitgeteilt zu bekommen, war ein solcher Schock und eine Scham für mich, dass ich irgendwie aufwachte und die Kraft gewann, mich zu entscheiden, mein Leben wieder selber in die Hand zu nehmen. Ganz langsam begann ich wieder aktiv zu werden. Anfangs war es unglaublich schwer. Ich ging in die Kochgruppe einer Tagesstätte und nahm an einer Selbsthilfegruppe teil. Meine Lebensgefährtin versuchte immer wieder, mich zu sozialen Aktivitä-



Franz-Josef Wagner
Gratianstrasse 7
54294 Trier
Tel: (0651) 1707967
Email:
F.J.Wagner@gmx.net
1. Vorsitzender des LVPE Rheinland-Pfalz e.V., Mitarbeiter in Projekten der „Aktion psychisch Kranke", Träger der Verdienstmedaille des Landes RLP, Vorträge Universitäten und Fachhochschulen.

ten wie etwa die Sauna zu überzeugen. Ich quälte mich anfangs mit der Aufgabe, das „Einkaufen“ zu übernehmen! So erreichte ich auch schon bei den ersten Lebensmitteleinkäufen meine Grenzen. Ich hatte mir notiert: 750 Gramm Reis. Reis lag im Regal als lose und gebeutelte Ware und dann noch in Verpackungen zu 500 Gramm und 1 Kilogramm. – können Sie sich vorstellen, was bei mir los war? Ich konnte mich nicht entscheiden und wollte zurück in die Tagesstätte und um Hilfe und Rat fragen. Nach circa 15 Minuten hatten meine inneren Ressourcen (eine Entscheidung treffen) über meine äußeren Ressourcen (in der Tagesstätte nachfragen) gesiegt. Solche einfachen Routinen musste ich laufend und immer wieder neu erlernen und kognitiv verarbeiten.

Innerhalb von zwei Jahren ging ich regelmäßig einmal pro Woche Kochen, Saunieren – zuerst für fünf Minuten, nach einem halben Jahr für zehn Minuten - und besuchte zweimal pro Monat die Selbsthilfegruppe. Ganz langsam wurde ich auch in der Selbsthilfebewegung aktiv. Ich wurde in Gremien gewählt, wie den Vorstand des Landesverbandes und Bundesverbands Psychiatrie Erfahrener, bekam Kontakt zu der Literatur von Peter Lehmanns Antipsychiatrie Verlag, erlebte Menschen mit der Diagnose „Schizophrenie“, die andere Medikamente oder gar keine Medikamente einnahmen, erlebte Menschen auf den Mitgliederversammlungen des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrener mit vielen anderen Diagnosen, erlebte Dorothea Buck beim Erzählen ihrer Erfahrungen aus dem Dritten Reich und die Folgen daraus – es war auf einmal eine andere mir sehr nahe Welt. Nun begann ich mich mit anderer kritischer Literatur – als die von der Ärzteschaft und Pharmaindustrie herausgegebene – zu beschäftigen. Ich setzte die Medikamente innerhalb eines Tages ab und fand mich nach Wochen wieder mit PsychKG in der Klinik wieder. Der Höhepunkt waren vier PsychKGs in einem Jahr.
Keiner glaubte mehr an mich – aber ich hatte den Virus der Antipsychiatrie aufgenommen und verstanden. In dieser Zeit wurde ich mit Hausverbot aus der stationären Psychiatrie geworfen, bekam die Diagnose „Schizoaffektive Psychose und eine querulantische Persönlichkeitsstörung“, wurde eine halbe Stunde nach dem Hinauswurf aus der Psychiatrie vom gleichen Oberarzt mit PsychKG für sechs Wochen wieder aufgenommen und erlebte noch weitere Kuriositäten in der Behandlung und Diagnose meiner „Anormalitäten“.

Eine weitere positive Fügung für mich war die Einführung des Persönlichen Budgets 1998 in Rheinland-Pfalz. Mittels des Persönlichen Budgets erhielt ich nun wöchentlich für 120 Minuten vom Sozialarbeiter bzw. Psychologen - und nicht quartalsmäßig für 15 Minuten vom Psychiater – meine supportiv-psychologischen Gespräche und die hauswirtschaftliche Unterstützung. Ich achtete in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern im Persönlichen Budget nun auf Frühwarnzeichen in der Alarmphase meiner Befindlichkeit: Veränderung im Denken und Sprechen, Veränderung im sozialen Leben, Veränderung im Verhalten, Veränderung der Gefühle und Empfindungen, körperlich-vegetative Anzeichen usw. Wir diskutierten einzelne erlebte Situationen mit dem Vergleich weiterer körperlich-vegetativer Anzeichen, verglichen die Anzeichen mit den Erkenntnissen aus der Erfahrung mit anderen Psychiatrie Erfahrenen und entschieden über Maßnahmen des weiteren Vorgehens. Im Laufe der Zeit wurden meine Wahrnehmungen immer sensibler und die negative Befindlichkeiten nahmen ab, ich entspannte mich mit Saunieren, Kochen, Wandern, usw. und schöpfte immer mehr Kraft für neue Herausforderungen.

Heute setze ich meine persönlichen Fähigkeiten im gesundheitspolitischen und sozialen Bereich genussreich ein und pflege mit meinen liebsten und engsten Angehörigen (wenige Freunde, Eltern und Kinder) eine gute ehrliche Kommunikation. Ich habe wieder Spaß im und am Leben, fahre genüsslich mit dem Fahrrad zu allen Terminen vor Ort, scherze viel, benötige keine Höflichkeitsfloskeln, kann zu jederzeit ehrlich argumentieren, kämpfe für dankbare Menschen, spüre die Ehrlichkeit emotional offener Menschen, benötige keine unehrlichen Partner und Partnerinnen. Ich genieße morgens die vielfältigen Gerüche der Natur, bestaune und erfreue mich an den Sonnenauf- und Sonnenuntergängen und am sternenklaren Himmel in der Nacht. Ich genieße die Ruhe und Stille meiner Wohnung, die Vielfalt der menschlichen Gerüche und die Einfachheit kulinarischer Genüsse. Ich habe einfach bewusst sehr viel emotionale Lebensqualität, auch ohne das große Geld aus der freien Wirtschaft. Mittlerweile habe ich die Kraft, Termine und Aktivitäten entsprechend meiner körperlichen Situation ab- oder zusagen zu können.

Fazit

Sechs bis acht Jahre nach meinen ersten Bemühungen zur Selbstbefähigung erlebte ich Kohärenzgefühle: die Fähigkeit, allgemeine Stressfaktoren und Probleme zu ordnen und nach ihrer Bedeutung zu bewerten und das Gefühl, sie handhaben zu können. Auch genoss ich erstmals seit langem das Gefühl, das eigene Leben als sinnvoll zu empfinden. Nach Antonovsky erfüllte ich nun mehr die Voraussetzung, Gesundheit und Krankheit in einem Kontinuum zu empfinden und Salutogenese zu leben. Ich hatte mich durch die Unterstützung der „Antipsychiatrie“ von der Pathogenese gelöst und bewegte mich zwischen den beiden gegensätzlichen Polen Gesundheit und Krankheit. Über Empowerment konnte ich Recovery erreichen. Mein Glück war die Entstehung einer Selbsthilfebewegung 1992 in Deutschland, die Zuneigung und Bindung an meine Kinder und ihre Liebe, die psychiatriepolitische Lage in Rheinland-Pfalz – speziell in meiner aktuellen Heimat -, die Abweisung durch die Profis und die Entstehung einer Kultur außerhalb des traditionell ambulant-psychiatrischen Systems. Die Erfolge in den journalistischen Aktivitäten und der Gremienarbeit gaben mir immer mehr Selbstbewusstsein und stärkten mich in der antipsychiatrischen Bewegung. •

Literatur:
Knuf Andreas. (2006) Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit, Bonn
Wagner Franz-Josef; „Unheilbar krank – nein danke“ – Wege aus einem Diagnose-Trauma; In: Soziale Psychiatrie, 3; 2007
Wagner Franz-Josef; Bessere Reintegration mithilfe der Persönlichen Budgets und ambulanter psychiatrischer Pflege; In: Psych. Pflege Heute, 4;2007

Chronisch psychisch krank – chronisch schlecht versorgt?

Was hat die Psychiatriereform für chronisch Kranke gebracht?

Von Hartmut Berger

Eines der Hauptanliegen der längst in Vergessenheit geratenen Psychiatrie-Enquête war die Verbesserung der vor 35 Jahren in der Tat menschenunwürdigen Verhältnisse in den psychiatrischen Kliniken und damit einhergehend der Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste. Diese Empfehlungen zielten in erster Linie auf die Verbesserung der Lebensbedingungen chronisch Kranker ab. Die hiervon angestoßenen Entwicklungen gestalteten die psychiatrische Landschaft völlig neu. Gleichwohl stellte die von der Bundesregierung ins Leben gerufene Expertenkommission cirka 10 Jahre nach Beginn der Psychiatriereform im Jahre 1988 fest, dass letztere wesentlich an den Bedürfnissen chronisch Kranker vorbeigegangen war. Nach wie vor lebte nämlich nur ein Bruchteil aller chronisch Kranken den Schätzungen der Expertenkommission zufolge in angemessenen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, der größte Teil aber nach wie vor unversorgt zuhause. In der Zwischenzeit ist der Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste in Deutschland praktisch abgeschlossen. Es finden sich kaum noch weiße Flecken in der Landschaft. In praktisch jeder Stadt und in jedem Kreis sind psychiatrische Abteilungen oder Kliniken und gemeindepsychiatrische Dienste vorhanden. Weiterhin ist der Prozess der Auflösung der alten Langzeitbereiche in den Fachkliniken und die damit verbundene Weitervermittlung chronisch Kranker an gemeindepsychiatrische Dienste abgeschlossen. Während vor dieser so genannten Enthospitalisierung knapp 40% der in den Kliniken verfügbaren Betten in den so genannten Langzeitbereichen standen, werden jetzt etwa 80 - 90 % aller betreuten Wohnplätze innerhalb der Herkunftsgemeinden vorgehalten. Gleichwohl bleibt aber festzuhalten, dass diese gewünschte und an sich erfreuliche Entwicklung nur einen Bruchteil chronisch Kranker erreicht. Die große Mehrzahl lebt nach wie vor zuhause (Ropers 2000, Berger 2007). Dieser Umstand wäre nicht weiter bedenklich, wenn im häuslichen Umfeld chronisch kranken Menschen eine angemessene Behandlung und Rehabilitation angeboten würde.

Leider sprechen einige Indizien aber eine andere Sprache: So wissen wir aus Untersuchungen von Ösby (2000), dass die Mortalität und Morbidität von Menschen mit schizophrenen Störungen in den letzten 20 Jahren deutlich angestiegen ist. Die Anzahl der Todesfälle an kardiovaskulären Erkrankungen stieg bei Männern um das 4,7-fache, bei Frauen um das 2,3-fache an. Die Anzahl der Todesfälle infolge von Straftaten stieg bei Männern um das 3,8-fache und bei Frauen um das 3,4-fache an. Ebenso stieg die Gesamtzahl der Todesfälle im Beobachtungszeitraum bei Frauen um 30% und bei Männern um 70% an. Das heißt also, dass bei dem untersuchten Kollektiv in Stockholm die gesundheitliche Verfassung und die Lebensprognose schizophren Kranker heute deutlich schlechter ist als vor 20 Jahren. Ob sich diese erschreckenden Befunde auf bundesrepublikanische Verhältnisse übertragen lassen, muss dahingestellt bleiben. Wenn man aber die Entwicklung aus der Perspektive des Alltags ins Auge fasst, so spricht diese eher für als gegen die Annahme, dass sich hier gleiche Entwicklungstrends zeigen wie in Schweden.

Weiterhin ist bekannt, dass namentlich chronisch Kranke zunehmend in die Obdachlosigkeit abdriften. So konnten Reker und Eikelmann 2004 nachweisen, dass etwa 30% aller Obdachlosen in Deutschland an einer chronischen seelischen Erkrankung leiden (s. Beitrag von Theo Wessel in diesem Heft).

Darüber hinaus wandert ein nicht näher bezifferter Anteil chronisch Kranker in Gefängnisse ab, wie Angermeyer 1998 festgestellt hat. Schließlich kam es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Aufnahmen schizophren erkrankter Menschen in den forensisch-psychiatrischen Kliniken wie Müller-Isberner (2000, 2004) nachweisen konnte. Es muss dahingestellt bleiben, ob dies Ausfluss einer gewachsenen Sensibilität der Gerichte für seelische Probleme ist, ob also Gerichte heute genauer als vor 20 Jahren nach der seelischen Verfassung von Straftätern fragen und auf diesem Wege dann auch vermehrt schizophrene Erkrankungen entdeckt werden. Es ist aber auch denkbar, dass die wachsende Zahl schizophren Kranker in forensisch-psychiatrischen Kliniken Folge der deutlich erhöhten Straffälligkeit schizophren erkrankter Menschen namentlich im Hinblick auf Tötungsdelikte ist wie Hodgins (2001) postuliert. Sie konnte nämlich nachweisen, dass im Gegensatz zu bisherigen Auffassungen, welche durch eine Studie von Häfner (1975) gestützt wurde, Menschen mit schizophrenen Störungen deutlich häufiger zu Tötungsdelikten neigen als die gesunde Vergleichspopulation.

Für die Annahme, dass die Entfaltung der gemeindepsychiatrischen Dienste für einen Großteil chronisch Kranker nicht den gewünschten Effekt der Verbesserung ihrer Lebenssituation gebracht hat, sprechen die Ergebnisse einer Studie von Elvevag aus dem Jahre 2003: Hiernach erleiden 80% aller an Schizophrenie erkrankten Menschen nach einem Jahr einen Rückfall, wenn sie die Medikamente weglassen.

Hartmut Berger
Prof. Dr., ZSP Philippshospital gGmbH,
Walter-Picard Klinik
Postfach 1362
64550 Riedstadt
Telefon 06158-183-0
hartmut.berger@zsp-philippshospital.de
www.zsp-philippshospital.de

Diese Quote hat sich in den letzten 30 Jahren nicht geändert, wie der Vergleich mit einer Studie von Leff und Wing aus dem Jahre 1971 zeigt. Das heißt also, dass die inzwischen vorhandene Verfügbarkeit gemeindepsychiatrischer Dienste für sich alleine genommen offenbar keinen Einfluss auf die Kurzzeitprognose schizophrener Erkrankungen zu nehmen vermag.

Insgesamt bleiben also ernstzunehmende Hinweise darauf, dass sich die Gesundheit und die Lebensprognose einer nicht näher zu beziffernden Anzahl von Menschen, welche an einer chronischen Schizophrenie erkrankt sind, trotz der flächendeckenden Entwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen nicht gebessert, sondern möglicherweise eher sogar verschlechtert haben und eine Umverteilung stattfindet von den psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen in die Obdachlosigkeit aber auch in forensisch-psychiatrische Kliniken.

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren neue Problemgruppen entstanden: Zum einen sind dies chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund, welche allein schon wegen der kulturellen Hürden keine angemessene Diagnostik und Versorgung erhalten oder die von den Diensten schlicht nicht erreicht werden.

Zum anderen sind dies chronisch Kranke, welche älter geworden sind und zum Großteil in nicht angemessen ausgestatteten Alters- und Pflegeheimen unter Bedingungen verwahrt werden, die denen der alten Heil- und Pflegeanstalten in nichts nachstehen.

In den letzten Jahren sind neue Problemgruppen entstanden: Chronisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund, ältere chronisch Kranke und vornehmlich jüngere Menschen.

Zum Dritten zeichnet sich in den letzten Jahren eine kleine Gruppe vornehmlich jüngerer chronisch kranker Menschen ab, bei denen alle bisherigen Bemühungen um eine sachgerechte Behandlung und um eine zielführende Rehabilitation gescheitert sind. Es handelt sich hierbei um Menschen aus allen Diagnosegruppen, deren kleinster gemeinsamer Nenner eine erhebliche Störung des Sozialverhaltens verbunden mit einem ausgeprägten Werteverlust ist. Es handelt sich hierbei um Menschen, die gemäß der Einteilung von Sheets (1982) entweder dazu neigen, fortwährend hohe Ansprüche und Forderungen zu stellen, die therapeutischen Angebote aber auszuschlagen oder die keinerlei Forderungen stellen, aber auch nicht erreichbar sind. Hinter diesen zwei Prägnanztypen verbergen sich sowohl schizophrene Psychosen, aber auch vornehmlich dissoziale bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörungen einschließlich sexueller Devianzen, grenzwertige Minderbegabungen, Entwicklungsstörungen und andere Psychosen. In der Regel sind diese Störungen vergesellschaftet mit süchtigem Verhalten. Es handelt sich hierbei gemäß den Erhebungen der Arbeitsgruppe Chronisch Kranker der Bundesdirektorenkonferenz (Adler, Dumke, Peukert 2007) um eine kleine Gruppe von etwa 8% aller chronisch Kranken, die immer wieder durch das System fallen oder von Bundesland zu Bundesland weitergereicht werden (Freyberger 2007). Sie fordern die bestehenden Versorgungssysteme über ihre Grenzen hinaus und stehen in besonderem Maße in der Gefahr, in die Obdachlosigkeit und Straffälligkeit abzugleiten bzw. Opfer von Straftaten zu werden. Inhaftierung und die Unterbringung in forensisch-psychiatrischen Kliniken sind in der Regel die Folge.

Es stellt sich nun die Frage nach den möglichen Ursachen dieser Entwicklung. Hier rücken aus Sicht des Versorgungsalltags vier mögliche Ursachenkreise in den Blick:

1. Zum einen ist zu vermuten, dass die Änderung der Versorgungsstrukturen selbst eine der Quellen darstellt. Diese sind im Wesentlichen gekennzeichnet durch einen nennenswerten Abbau von Betten in psychiatrischen Kliniken und deren Verlagerung in psychiatrische Fachabteilungen einerseits und die Übergabe chronisch Kranker in die Obhut der Gemeinden und der dort bestehenden gemeindepsychiatrischen Dienste andererseits. Hierbei zeigt sich bei genauer Betrachtung, dass in diesem Prozess der Verlagerung zwar einerseits sehr viele Betten in Kliniken abgebaut und andererseits eine Vielzahl von betreuten Wohnmöglichkeiten aufgebaut wurden, die Anzahl der besonders beschützten Einrichtungen aber abgenommen hat. Mit anderen Worten: Die ehemaligen geschlossenen und betreuungsintensiven Langzeitstationen wurden aufgegeben und ersetzt durch offene Heime und betreute Wohnplätze. Diese eher den Bedürfnissen der Träger denn den Bedürfnissen der chronisch Kranken entsprechende Entwicklung hat offenbar dazu geführt, dass eine kleine Gruppe chronisch Kranker nicht mehr angemessen versorgt und durch das System hindurchgereicht wird. Auf diesem Wege ist die durchaus präventiv wirksame Asylfunktion der Fachkliniken auf der Strecke geblieben. Als Folge davon irren einige chronisch Kranke orientierungslos durch das System und bleiben trotz vielerlei Hilfen in akuten Krisensituationen letztlich unversorgt im Hinblick auf eine langfristig verantwortungsvolle Unterstützung und Führung.

2. Mit diesem Prozess der Deinstitutionalisierung und Rückverlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde einhergegangen ist eine nachdrückliche Änderung der therapeutischen Haltung. Während in den herkömmlichen Fachkliniken ein kustodial-patriarchalischer Führungsstil herrschte, welcher dem Patienten vorschrieb, was für ihn gut ist, hat sich zwischenzeitlich eine bedürfnisorientierte und kooperative Haltung durchgesetzt, welche die Wünsche der Patienten ernst nimmt und in der Gesamtbehandlungsplanung berücksichtigt. Dieses Ideal der Selbstbestimmung und aktiven Partizipation stellt dort, wo es angemessen umgesetzt wird, für die überwältigende Mehrzahl der Patienten einen erheblichen Fortschritt dar. Gleichwohl birgt diese Haltung aber auch Risiken: Zum einen das Risiko, dass sich die Behandler damit leise, still und heimlich aus ihrer Verantwortung stehlen und zum anderen das Risiko, dass namentlich schwerer chronisch Kranke hiermit schlicht überfordert sind, also zuviel von Rechten und zu wenig von Verantwortung gesprochen wird, wie Reich (2005) feststellt.

3. Diese Haltung wird gefördert durch eine Rechtsprechung, die die Freiheit der Betroffenen völlig zu Recht über alles Andere stellt, dabei aber die möglichen Gefahren, die aus seiner Erkrankung resultieren, kleinredet bzw. die entstehenden gesundheitlichen Schäden nicht zur Kenntnis nimmt. So steht man all zu oft im klinischen Alltag vor der paradoxen Situation, dass zwar einerseits die Anzahl der zwangsweisen Unterbringungen im Rahmen des Betreuungsrechtes in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist, andererseits aber dem Einspruch der Patienten gegen ihre weitere Unterbringung auch wenn sie aus ärztlicher Sicht zwingend erforderlich scheint, von den Gerichten in der Regel stattgegeben wird unter dem Hinweis auf die nicht mehr vorhandene Gefährdung. So entsteht nicht selten ein Teufelskreis von Aufnahmen zur Krisenintervention, vorzeitigen Entlassungen und rasch folgenden Wiederaufnahmen.

4. Schließlich haben sich in den letzten Jahren die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erheblich geändert: Zum einen führten die Bemühungen der Krankenkassen um Kostenbegrenzung zu einer eindrucksvollen Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken. Dies hat zur Folge, dass sich psychiatrische Krankenhäuser heute ausschließlich auf die Krisenintervention beschränken müssen und die früher übliche rehabilitative Weiterbehandlung gänzlich aus dem Angebotsspektrum weggefallen ist. Dies wiederum führt in aller Regel zu vorzeitigen Entlassungen und damit verbunden zu Krankheitsrückfällen, mithin zu dem Phänomen, was zu Recht als Drehtürpsychiatrie gegeißelt wird. Weiterhin hat sich die öffentliche Hand in den letzten 15 Jahren weitestgehend aus der Finanzierung gemeindepsychiatrischer Dienste zurückgezogen. Dies hat zur Folge, dass vielerorts die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme auf halbem Wege steckengeblieben ist. Dies wiederum hat dazu geführt, dass der Innovationswille und mithin der Elan der Gründerjahre zwischenzeitlich deutlich abgeflaut und die Mehrzahl der Träger vor allem mit der Wahrung des Bestandes befasst ist. Schließlich hat das gesundheitspolitische Interesse und damit auch das Interesse der Medienöffentlichkeit an der Psychiatrie deutlich nachgelassen. Berichte über die segensreichen Wirkungen gemeindepsychiatrischer Dienste sind fast vollständig aus den Medien verschwunden. Aufmerksamkeit erregen nur noch Straftaten seelisch Kranker wie jüngst in Darry. Die günstigen Wirkungen der Psychiatriereform werden in der Öffentlichkeit nicht mehr wahrgenommen, Vorurteile und Ausgrenzungsbestrebungen gegenüber psychisch Kranken haben sogar eher zu- als abgenommen (Angermeyer 2007).

Alle vier genannten Entwicklungslinien verschränken sich nun in unheilvoller Weise im Sinne einer gegenseitigen Verstärkung: Trotz niedriger Zugangsschwellen bleibt nicht ausreichend Zeit für eine angemessene Behandlung und Rehabilitation, die Patienten versickern vielmehr zwischen den bestehenden Angeboten und können von diesen nicht ausreichend aufgefangen werden. Dies wiederum erhöht das Risiko von Straftaten mit der Folge, dass die Finanzierung präventiv und rehabilitativ ausgerichteter Angebote, welche alleine in der Lage wären, den beschriebenen Teufelskreis zu durchbrechen, zugunsten der Finanzierung forensisch-psychiatrischer Angebote schlicht unterbleibt.

Trotz der aufgezeigten Probleme stehen wir aber chronisch seelischen Erkrankungen keineswegs hilflos gegenüber. Eine Vielzahl von Studien zeigt die gesicherte Evidenz einzelner Therapieverfahren: So ist der eindeutige Nachweis erbracht, dass eine verantwortliche Fallführung innerhalb des gemeindepsychiatrischen Settings unter Einschluss von Psychoedukation, stützender Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und der Einbeziehung der Angehörigen die Rückfallraten eindrucksvoll zu senken und die Lebensqualität deutlich zu verbessern vermag. Gleiches gilt für jedes der genannten Verfahren wie für Psychoedukation, eine sachgerecht durchgeführte Psychopharmakotherapie, kognitiv-psychotherapeutische Verfahren, social skills-Training und eine aufsuchende und an die persönliche Verantwortung gebundene Fallführung. Gleichwohl lässt die Umsetzung dieser Therapieverfahren weitestgehend zu wünschen übrig: So wissen wir, dass lediglich 50% der Patienten die empfohlene Medikation weiter nehmen und nur 21% aller in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten psychoedukative Angebote erhalten.

Der Versorgungsalltag zeigt vier Problemkreise, die sich gegenseitig verstärken und deren Kausalität noch nicht hinreichend erforscht ist.

Nach allem was wir wissen, bleibt festzuhalten:

1. Offenbar ist die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Dienste trotz aller Segnungen an einem Großteil chronisch Kranker vorübergegangen. Ihnen steht eine angemessene Behandlung und Rehabilitation in der gebotenen Konsequenz nach wie vor nicht zur Verfügung.

2. Infolge dieses Auseinanderklaffens zwischen Angebot und Bedarf haben bei einer nicht zu beziffernden Anzahl chronisch Kranker die gesundheitlichen Risiken möglicherweise sogar zugenommen und die Lebenschancen abgenommen.

3. Für eine kleine Gruppe multimorbider chronisch Kranker reichen die bestehenden Angebote eindeutig nicht aus. Diese Patienten sind in einem besonderen Maße gefährdet in die Obdachlosigkeit abzugleiten oder in Gefängnisse bzw. forensisch-psychiatrische Kliniken abgeschoben zu werden.

4. Wir verfügen zwar über ein ausreichendes Reservoir gesicherten therapeutischen Wissens. Dieses erreicht aber offenbar einen Großteil chronisch Kranker nicht oder in einem nicht genügendem Ausmaß.

5. Unser Wissen über die kausalen Wirkbeziehungen der beschriebenen Entwicklungslinien ist unzureichend. Hier besteht ein erheblicher Forschungsbedarf. •

Literatur beim Autor.

Junge psychisch kranke Menschen

Wie lassen sich Chronifizierungen im Hilfesystem vermeiden?

Von Lisa Schulze Steinmann

Die Verhinderung von Chronizität ist die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit mit jeder Klientel – auch in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Dies gilt ganz besonders bei *jungen* psychisch erkrankten Menschen, die noch viele Chancen auf ein zufrieden stellendes Leben haben, wenn sie als Ersterkrankte nicht an ein versorgendes Hilfesystem gewöhnt werden.
Was bedeutet chronisch? Chronisch bedeutet, dass Probleme, von der Norm abweichendes Verhalten und Krankheitssymptome, die sich entwickelt haben, über einen längeren Zeitraum andauern. Viele professionelle Helfer und Helferinnen sehen Probleme, die länger als sechs Monate andauern als chronisch und jene, die kürzer als sechs Monate als akut an (vgl. The Social Work Dictionary, NASW, Washington DC, 2003; 71).[1]
„Strukturen totaler Versorgung wie Vollverpflegung, maximale Geldeinteilung durch Mitarbeiterinnen, institutionelle Regeln und fremdbestimmte Tagesabläufe führen bereits in kürzester Zeit (bereits nach sechs Monaten) zu einer Versandung von basalen Fähigkeiten der Selbstsorge oder lassen junge psychisch kranke Menschen am System scheitern, da ihnen die Anpassung und Unterwerfung nicht gelingen.“ (Schulze Steinmann, 2003; 89)
Chronifizierungen sind so betrachtet auch Artefakte eines Versorgungssystems. Schonhaltungen und fremdbestimmende, versorgende und hospitalisierende Systeme verringern den individuellen Handlungs- und Entscheidungsspielraum Akteur des eigenen Lebens zu sein und Regiekompetenz über das tägliche Leben zu haben. Anpassungen und Fatalismus führen häufig zu Passivität, Versagenserwartungen und langfristig zur Demoralisierung (vgl. Keupp). Das sind Merkmale „erlernter Hilflosigkeit“ (vgl. Seligman).
Junge psychisch erkrankte Menschen sollten maximal in ihren Kompetenzen gefordert werden, um sich neben der Erkrankung und ihren Folgen nicht an versorgendes Hilfesystem anzupassen und zu gewöhnen.
Die Reha-Einrichtung „Maria in der Drucht“ der Caritas Duisburg hat sich entschieden, den dort bereits im Heimbereich untergebrachten jungen psychisch erkrankten Erwachsenen im Rahmen des Modellprojektes „Case Management im Wohnbereich“ in eine alltägliche Lebenswelt zu unterstützen. Es soll eine „Fahrkarte“ ins eigenständige Leben sein, was durchaus professionelle Assistenzleistungen einschließen kann. Dahinter verbergen sich viele Chancen und Möglichkeiten, die Zukunft, Sinn, vielfältige soziale Rollen in einer alltäglichen Lebenswelt und Erfolgs- und Statusereignisse bieten. Die innovative Komponente dieses Modellprojektes ist die Einbeziehung des Klienten in die Fallbesprechungen. Es werden hier die jungen Erwachsenen als Experten ihrer eigenen Situation und als Koproduzent jeder professionellen Hilfeleistung wahrgenommen und gefordert.
Die Kombination der Methoden Case Management als Methode der Sozialen Arbeit und dem Systemischen Ansatz ist besonders geeignet, da sie eine starke Individualisierung und Ressourcenorientierung bietet.

Das Modellprojekt

Das Modellprojekt „Case Management im Wohnbereich“ wendet sich an 25 junge psychisch erkrankte Menschen, die stationär in der Reha-Einrichtung „Maria in der Drucht“ in Duisburg betreut werden. Die KlientInnen leben in drei Wohnformen: in einer kleinen Wohnheimeinheit (8 Plätze) auf dem Heimgelände, in einer Trainings-Wohngruppe auf dem Heimgelände und in einer Außenwohngruppe.
Die MitarbeiterInnen der Einrichtung arbeiten im Bezugspersonensystem und bieten inzwischen, nach dem Aufbau eines Betreuten Wohnens im Stadtteil Duisburg-Süd, auch mit einer engen Anbindung an das gerade entstehende Caritaszentrum Süd, ein Betreutes Wohnen für diese jungen Erwachsenen an. Hier wird eine gemeinwesenbezogene, stadtteilorientierte Vernetzung und Organisation im möglichen zukünftigen Lebensfeld der Klientinnen aufgebaut. Das heißt, es wird eine durchgängige personelle Kontinuität unter stationären und ambulanten Bedingungen ermöglicht. Der Klient bzw. die Klientin wird durchgehend von einer Bezugsperson auf der Wohnachse und in der Lebenswelt begleitet. Dazu kommt ein umfangreiches Unterstützungsprogramm im Bereich Nachholen von Ausbildungsabschlüssen, Sammeln von Arbeitserfahrungen und Integration in Arbeitskontexten. Hierzu erfolgt eine personenzentrierte, intensive Zusammenarbeit mit schulischen und beruflichen Bildungsträgern und eine enge Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit. Daneben besteht die Kooperation mit der zuständigen psychiatrischen Klinik. Insgesamt lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt sagen, dass sich die Heimeinrichtung organisatorisch stark von Gruppenwohnkonzepten entfernt zugunsten eines personenzentrierten individuellen Case Managements.
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten den jungen Erwachsenen Wahlmöglichkeiten an, eröffnen Chancen. Sie arbeiten mit Zutrauen und setzen Hoffnung in die Person und in die Eröffnung von Lernfeldern. Das Ziel ist, dass die jungen Erwachsenen sich aktiv für etwas entscheiden und damit den gesamten Prozess viel stärker mitgestalten bzw. selbst aktiver Produzent der Hilfeleistungen werden. Das heißt, die Anforderungen an den jungen Erwachsenen liegen besonders darin, sich selbst etwas zuzutrauen und Entscheidungen zu treffen.
Die Rahmenbedingungen der Arbeit geben den jungen Erwach-

Lisa Schulze Steinmann
Dr. phil., Diplom Sozialarbeit, Diplom Soziale Therapie, System. Supervisorin (SG), Coach, Case Management-Ausbilderin (DBSH), bietet Fortbildungen der Sozialen Arbeit an.
Hermannstr. 14,
28201 Bremen,
Tel. 0421 / 5967161,
Email:
SchulzeSteinmann@aol. com
www.sozialtherapeutisches-coaching.de.

senen Zeitfenster vor, währenddessen sie Angebote wahrnehmen können. Dazu müssen sie sich aktiv entscheiden. Dies wird in Einzelgesprächen mit der Bezugsperson im Rahmen der Hilfeplanung, im Rahmen des Re-Assessments des Case Managements und in systemisch orientierten Fallgesprächen immer wieder angeregt, ermöglicht und überprüft.

Die Klientel

Junge psychisch erkrankte Erwachsene bringen Potentiale und Ressourcen mit, befinden sich jedoch in einer schweren Lebenskrise in der Adoleszenz, die es zu überwinden gilt. Eine häufig gestellte ICD-Diagnose beschreibt eine emotional instabile Persönlichkeit. Deutlich wird in der Arbeit mit jungen Erwachsenen, die psychisch erkrankt sind, dass sie einerseits meist aus sehr schwierigen und die Entwicklung beeinträchtigenden familiären Zusammenhängen kommen, wie broken-home-family, Patchwork-family, Entwurzelung jeder Art, Fremd-platzierung usw. Viele der jungen Erwachsenen haben noch Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie, können oder wollen dort jedoch nicht weiter leben und sind aktuell noch nicht in der Lage, alleine zu wohnen. Viele haben einen fehlgeschlagenen Versuch des Alleinwohnens, des selbständigen Wohnens in eigener Wohnung hinter sich.
Die Klientinnen sind zwischen 18 und 27 Jahre alt. Sie lebten zuvor überwiegend im Einzugsgebiet des LVRs, also im Rheinland und dem Ruhrgebiet. Die sozialpädagogischen Diagnosen beinhalten Reifungsdefizite z. T. mit Schwierigkeiten der Selbststeuerung. Es fehlen Schul- und Ausbildungsabschlüsse, bzw. sind diese niedrig geblieben. Einige KlientInnen sind MigrantInnen. Drogenkonsum, drohende und tatsächliche Verurteilungen und Haftzeiten, dissoziale und illegale Verhaltensweisen sind Erfahrungen dieser jungen Erwachsenen. Insgesamt stellten für die meisten der jungen Erwachsenen die Anforderungen und Statuspassagen des Lebens eine aktuelle Überforderung dar, die z.T. in psychotischen Erleben bzw. anderen psychischen Auffälligkeiten ihren Ausdruck finden.
Die psychiatrischen Diagnosen der KlientInnen sind Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Ph-Psychose, Schizoaffektive Psychose, Hebephrenie), Persönlichkeitsstörungen mit dissoziativen Phänomenen, Borderline-Persönlichkeitsstörung usw. Andererseits, und das ist ebenso häufig anzutreffen, liegen umfangreiche Erfahrungen mit Drogen und Suchtmittel aller Art vor, die mit wenig Risikobewusstsein konsumiert werden.
In der Arbeit an den Zielen der Zukunft formulieren die jungen Erwachsenen ihre Wünsche in der Zielplanung mit „...eigene Wohnung haben, Ausbildung abschließen oder Arbeit bekommen, Führerschein machen und in einer Partnerschaft leben."

Systemisch orientierte Fallgespräche mit Klienten

Die Besonderheit der Fallgespräche liegt in der konsequenten Beteiligung der jungen Klientinnen. Das Fallgespräch mit der Klientin/dem Klienten ist ein wirksames und wichtiges Vorgehen in der Sozialen Arbeit. Es wirkt als partnerschaftliche, multilogische Intervention und nimmt die Klientin sehr ernst. Systemische Fallgespräche mit der Klientin basieren auf Aushandlung. Die Klientin ist Expertin ihrer eigenen Situation und Ko-ProduzentIn jeder professionellen Hilfeleistung. Dies findet in der Auftragsklärung an die Mitarbeiterinnen ihren Ausdruck. Das institutionsübergreifende Fall-Team wendet sich mit der ganzen Aufmerksamkeit einer Person zu und entwickelt gemeinsam das weitere kooperative Vorgehen. Es wird ein gemeinsames hermeneutisches Verständnis der Fallsituation erarbeitet, mit dem Ziel, die Gesamtsituation der Klientin zunächst zu verstehen und dann nachhaltig zu verbessern. Grundlage des Fallgesprächs ist der Systemische Ansatz und als Methode das Reflecting-Team (Anderson)[2]. Fallgespräche mit der Klientin mit psychischer Erkrankung sind hervorragend geeignet um Hilfeplanungen fundiert vorzubereiten und zeigen eine nachhaltige Wirkung im Case Management.

Fallgespräche ermöglichen systemtheoretisch betrachtet drei bedeutsame Facetten des Falles.
1. Kontextsteuerung
Der Kontext wird gesteuert durch eine gemeinsame Kommunikation, die insbesondere auch Einfluss auf die Kooperation der Beteiligten im Feld nimmt.
2. Dissens-orientierte Diskurse
Der Dissens-orientierte Diskurs deckt Unterschiede und neue Informationen auf. Die Angleichung der Informationen unter den Beteiligten minimiert Synergieverluste. Die Klientin nimmt die Informationen auf, die über sie kommuniziert werden. Damit wird eine hohe Form von Teilhabe und Selbstbestimmung über persönliche Information erzielt.
3. Systemische Selbstreflexion
Die Kommunikation auf einer Meta-Ebene ermöglicht distanzierte Reflexion und Betrachtung der Fallkonstellation. Das eröffnet neue Perspektiven und Einschätzungen. (vgl. Schweitzer-Rothers et.al., 1999; 193)

Als Grundlagen der Fallgespräche gelten
1. Der partnerschaftlich-wertschätzende Dialog (Bock)
2. Der ressourcenorientierte Dialog / Kompetenz-Dialog (Herriger)
3. Die Einbeziehung wichtiger Akteure (fallbezogenes Case Management – Kooperation und Koordination mit z.B. rechtliche Betreuern, MitarbeiterInnen anderer Leistungserbringer, Angehörigen, usw.)
4. Eine Handlungs- und Lösungsorientierung (Systemische Perspektive)
5. Eine Zukunftsorientierung

An methodischen Instrumenten werden angewandt
- Das Genogramm der Primärfamilie als Visualisierung
- Die Netzwerkkarte des sozialen Netzwerks (ggf. mit aktuellen Rollen und Funktionen) als Visualisierung
- Das Reflecting-Team (Meta-Kommunikation)

Das Fallgespräch mit der Klientin stellt eine kommunikative Validierung von nahe liegender Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft dar. Es weist einen Mix aus biografischen, lebensbezogenen, auf Ressourcen fokussierten und narrativen Angaben auf. Die

Für die meisten der jungen Erwachsenen stellen die Anforderungen und Statuspassagen des Lebens eine aktuelle Überforderung dar, die z.T. in psychotischem Erleben bzw. anderen psychischen Auffälligkeiten ihren Ausdruck finden.

Themen des Fallgesprächs befassen sich überwiegend mit der Gegenwart und Zukunft der Klientin. Es werden Informationen über Ressourcen und Ziele generiert. Die Vergangenheit und Krankengeschichte der Klientin ist nicht dominierend.[3] Im Fokus steht die Zukunft, die eine Hinzu-Bewegung auslösen soll. Das bedeutet, die Zukunft muss als Motiv und Motivator vorstellbar, visualisiert und als gestaltbar konkretisiert werden.

Die Vorteile der Fallgespräche mit KlientInnen sind richtungsweisend.

- Die Klientin entscheidet selbst über ihre/seine Teilnahme am Fallgespräch.
- Die Klientin entscheidet, mit wem sie/er (neben der Interviewerin) über sich sprechen will.
- Die Klientin entscheidet selbst im Fallgespräch, welche Informationen sie/er mitteilt.
- Die kommunizierte Information ist allen am Fallgespräch teilnehmenden Personen zugänglich. Dies sichert den Informationstransfer.
- Im Fallgespräch wird eine hohe Authentizität und Evidenz erreicht, da die subjektiven Sichtweisen von der Klientin selbst veranschaulicht werden.
- Durch die Ressourcenorientierung im Systemischen Ansatz werden Kompetenzerfahrungen eruiert, die mit positiven Gefühlen besetzt sind, Motivation beinhalten und daher Anknüpfungspunkte für Lernerfahrungen und Entwicklungsprozesse in den zukünftigen Vorgehensweisen sind.
- Die Klientin hört im Reflecting-Team, was die zuhörenden Personen über das Gehörte denken.
- Ein Fallgespräch mit einer Klientin/einem Klienten ist eine Fortbildungsveranstaltung für (zuhörende) MitarbeiterInnen.

Die Wirksamkeit der Fallgespräche

Im Rahmen der fachlichen Begleitung werden mit dem jungen Erwachsenen Fallgespräche geführt. In diesen Fallgesprächen wird darauf abgehoben, wie die Anfangssituation in der Einrichtung für den jungen Erwachsenen war, was erreicht werden konnte, insbesondere auch welche Fähigkeiten und Ressourcen die Mitarbeiterinnen wahrnehmen konnten, welche Ziele, welche Wünsche der junge Erwachsene hat und wie diese sich realisieren lassen. Mittlerweile erfolgen systemisch orientierte Fallgespräche als Re-Assessment. Das bedeutet, dass nach ca. einem halben Jahr die Situation erneut wieder im Fallgespräch mit der Person fokussiert und herausgearbeitet wird, wohin und wie der junge Erwachsene das weitere Leben gestalten möchte, und wie die Mitarbeiterinnen ihm dazu Assistenz leisten können, bzw. ihn befähigen oder chancenreiche Situationen ermöglichen können. Der Schwerpunkt dieser systemisch orientierten Fallgespräche liegt darauf, sich von der Defizitorientierung deutlich zu lösen und sich auf die Fähigkeiten, auf die vorhandenen Ressourcen zu konzentrieren – auch wenn sie zunächst nicht immer offensichtlich sind – und diese auszubauen. Es handelt sich nicht nur um personelle Ressourcen, um die Ressourcen der Mitarbeiterinnen, die Teamressourcen und die Ressourcen der Einrichtung und des Stadtteils und Ressourcen anderer Leistungserbringer. Es bedeutet, dass auch Mitarbeiterinnen anderer Leistungserbringer an diesen Fallgesprächen teilnehmen, z.B. rechtliche Betreuer oder die Eltern, Partner usw. Doch dies erfolgt jedoch nur mit Einverständnis der betreffenden Person.
Die Unterstützung der jungen Erwachsenen liegt in der Entwicklung von persönlicher Reife und in Angeboten, die stärker einen sozialräumlichen Bezug aufweisen und damit auch lebensweltliche Normalisierungsanforderungen beinhalten. Deutlich hervorzuheben ist die wesentlich stärkere Beteiligung der jungen Erwachsenen in ihrer Fallsituation. Die jungen Erwachsenen betonen in der ersten Evaluation ein positives Fazit. Durch ihre Entscheidung über Wahlmöglichkeiten mit der Gewissheit, dass die Mitarbeiterinnen sie individuell, sehr engagiert unterstützen und assistieren, erleben sie sich viel stärker als Akteur ihres Lebens. Die Mitarbeiterinnen erbringen personenzentrierte Assistenzleitungen, um genau die persönlichen Ziele zu erreichen. Insgesamt ist es der Einrichtung und den MitarbeiterInnen gelungen, stark versorgende und fürsorgliche Strukturen, die Merkmale des stationären Wohnens sind, abzubauen. •

Anmerkungen:

[1] Originalzitat:
„Pertaining to problems, abnormal behaviors, and medical conditions that have developed and persisted over a long period. Many helping professionals consider problems that have lasted more than six months to be chronic and those that last fewer than six months to be acute." (The Social Work Dictionary, National Association of Social Workers, Washington DC, 2003; 71)

[2] Tom Anderson ist der Begründer des Reflecting-Team und des damit verbundenen Ansatzes einer systemischen Hermeneutik, durch den Lösungs- und Möglichkeitsräume in Therapie, Supervision und Beratung innovative und für Klienten ressourcenorientiert eröffnet werden. Er entwickelte den Ansatz 1989. Tom Anderson ist ein erfahrener Kliniker, hat eine Professur der Sozialpsychiatrie an der Universität in Tromsö (Norwegen) und überzeugt durch seinen respektvollen Umgang mit Menschen und ihren Problemen. Seine Arbeit wurde durch eine Orientierung zur gemeindepsychiatrischen Versorgung zur Vermeidung von Hospitalisierung psychisch erkrankter Menschen und durch systemische Ansätze geprägt.

[3] „Die Analyse der Vergangenheit hat nichts mit den Möglichkeiten in der Zukunft zu tun!" Radatz, 2006; 37

Literatur:

Anderson, T., Das Reflectierende Team, Dortmund 1990, Bd. 5.
Bock, T., et. al., Es ist normal, verschieden zu sein! DVSK Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.,Handlungskonzept für Sozialarbeit im Krankenhaus, Mainz 1996-
Durrant, M.,Auf die Stärken kannst Du bauen, Dortmund 1996.
Gehrmann, G., Müller; K.D., Management in sozialen Organisationen, Bonn 1996.
Herriger, N.,Empowerment in der sozialen Arbeit, Stuttgart 1997.
Keupp, H., Ermutigung zum aufrechten Gang, Tübingen 1997.
Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A., Müller, M., Systemisches Case Management, Aachen 2003.
Löcherbach, P., u.a.(HG), Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied 2002.
NASW National Association of Social Workers The Social Work Dictionary, , Washington DC, 2003
Neuffer, M.,Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Weinheim 2002.
Radatz, S., Einführung in das Systemische Coaching, Heidelberg 2006.
Schlippe, A. v., Schweitzer, J., Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 8. Aufl., Göttingen 2002.
Schulze Steinmann, L., Der lange Atem – Case Management in der Sozialpsychiatrie, aus: Soziale Psychiatrie, Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Köln, 20. Jg. Heft 3, 9/1996,18 ff.
Schulze Steinmann, L., Junge psychisch Kranke – die „new chronics" der Sozialpsychiatrie? in: Schulze Steinmann, L., Heimler, J., Cordshagen, H., Claaßen, J., Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime, Bonn 2003; 81ff.
Schweitzer-Rothers, J., et. al., Jugendhilfe aus der Hubschrauber-Perspektive – Systemisch-reflektiertes Fallmanagement im Jugendamt, in: neue praxis, 2/1999, 193 -199.
Schweitzer, J., Nicolai, E., Engelbrecht, D., Schmitz, D., Systemische Akutpsychiatrie – Sympa-Projekt, Seligman, Martin E.P. Erlernte Hilflosigkeit, Weinheim 1995.
Wendt, W.R. (Hg), Unterstützung fallweise – Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg 1995

Die Zahl psychisch Kranker unter den Wohnungslosen nimmt zu

Auswirkungen, Probleme, Lösungen

Von Theo Wessel

Abstract

Wohnungslose Menschen mit multiplen gesundheitlichen Störungen stellen hohe Anforderungen an das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem und an die Wohnungslosenhilfe. Obdachlosigkeit gilt als unerwünschte Begleiterscheinung im Rahmen der Entwicklungen der Reformpsychiatrie in Deutschland. Die Fragmentierung der Versorgung in Wohnungslosenhilfe, sozialpsychiatrische und suchtspezifische Hilfen und die damit einhergehende Aufspaltung der Versorgungsverantwortung führt zu einem Zuständigkeitsgerangel und so zur Ausgrenzung der Gruppe der wohnungslosen, psychisch und/oder suchterkrankten Menschen. Die gravierenden, vital gefährdenden und symptomstabilisierenden Risiken bei Doppeldiagnosen, z.B. Psychose und Sucht, fordern die beteiligten Hilfesysteme heraus, gemeinsam auf der Einzelfallhilfeebene niedrigschwellige Versorgungskonzepte zu entwickeln und für die verbindliche Vernetzung innerhalb und zwischen den vorhandenen Ressourcen der jeweiligen Hilfefeldern vor Ort zu sorgen.

Wohnungslose Menschen mit psychischen und/oder suchtmittelkonsumbezogenen Störungen stellen in den letzten 15 Jahren eine der größten Herausforderungen im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem und in der Wohnungslosenhilfe dar. Rössler (18) weist 1994 auf diese Problematik hin und bezeichnete diese Gruppe als „vergessene Minderheit“. Obdachlosigkeit gilt als unerwünschte Begleiterscheinung im Rahmen der Entwicklungen der Reformpsychiatrie in Deutschland. Deren institutionelle Maßnahmen sind an der Randgruppe der Wohnsitzlosen weitgehend vorübergegangen. In den wissenschaftlich begleiteten Modellprogrammen, die in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts im großen Umfang die Prüfung von Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke zum Ziel hatten, fanden die Wohnsitzlosen keine Berücksichtigung. Im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung zum Abschluss der Modellprogrammphase im Jahre 1988 wird diese Gruppe unter dem Begriff „chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke“ gefasst und so eher dem „harten Kern“ der langjährig Abhängigkeitskranken zugerechnet.
Die versorgungsbezogene Zuständigkeit wird bis dahin der so genannten Nichtsesshaftenhilfe zugewiesen. Hier wurde eine spezifische Persönlichkeitsstruktur des „nichtsesshaften Menschen“ angenommen und ein darauf bezogenes, meist heimbezogenes Hilfesystem zur Verfügung gestellt. In den 80er Jahren kommt es zu einem Paradigmenwechsel in diesem Hilfefeld, die Wohnungslosenhilfe mit ambulanten und stationären besonderen Hilfeformen entwickelte sich zunehmend weiter. Wohnsitzlosigkeit wird nicht mehr als Folge spezifischer Charaktereigenschaften gedeutet, sondern als Resultat von Unterprivilegierung, sozialer Ungleichheit und struktureller Armut betrachtet. Gleichzeitig wandelt sich das Klientel in diesem Hilfefeld, das nun immer mehr direkt oder auf Umwegen aus Jugendhilfe, Bewährungshilfe oder aus psychiatrischen Anstalten und Kliniken kommt.
In der psychiatrischen Versorgungslandschaft entsteht im Kontext von Enthospitalisierungs-Programmen eine Vielzahl kleiner Versorgungseinrichtungen für entlassene psychiatrische Langzeitpatienten, eine Transinstitutionalisierung in Heimstrukturen findet statt. Damit einher- gehen die Fragmentierung der Versorgung und ebenso die Aufspaltung der Versorgungsverantwortung (19). Das damit verbundene Zuständigkeitsgerangel führt zur Ausgrenzung der Gruppe der wohnungslosen, psychisch und/oder suchterkrankten Menschen. Kooperationsstrukturen vor Ort sind kaum entwickelt, im Gegenteil, es herrscht eine „Kultur der Abgrenzung“.

Psychiatrischen Krankenhäusern ist es heute immer weniger gestattet, über den eigentlichen medizinischen Behandlungsauftrag hinaus, sozialtherapeutische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Häufig wird in diesem Kontext auf stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zurückgegriffen (§ 67 SGB XII) und notfalls auf kommunale Obdachlosenunterkünfte. So liegt die Hauptlast der Versorgung der wohnsitzlosen psychisch und/oder suchterkrankten Menschen auf den Schultern der allgemeinen Wohnungslosenhilfe, die auf diesem Weg immer mehr zur Hilfe für von Ausgrenzung bedrohte oder betroffene Menschen wird. Der „klassische“ Klient mit den Merkmalen „allein stehend“, „ohne private Wohnung“, „ohne Arbeit“ und „männlich“ ist nicht mehr länger der einzige Abnehmer sozialer Dienstleistungen in diesem Hilfesystem (§ 67 SGB XII). Junge Menschen, Frauen mit und ohne Kinder, obdachlose Familien und Migranten rücken verstärkt in den Vordergrund.

In diesem Zusammenhang erfährt die Versorgungssituation von Wohnsitzlosen in den angloamerikanischen Ländern eine größere Beachtung als in Deutschland. Vor allem der Zusammenhang von

Theo Wessel
Dr. PH, Dipl. Psychologe, Gesundheitswissenschaftler, appr. Psychotherapeut, Supervisor
Geschäftsführung Gesamtverband Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V. (GVS)
Altensteinstrasse 51, 14195 Berlin

Unter den Bedingungen einer gemeindenahen Versorgung sind wohnungslose psychische und/oder suchtkranke Menschen den ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stärker ausgeliefert als hinter zumindest in dieser Hinsicht schützenden Klinikmauern bzw. Einrichtungen der stationären Nichtsesshaftenhilfe.

Wohnsitzlosigkeit und psychiatrischen Problemen beeinflusst die weitere fachpolitische Diskussion (4). In den USA führt die hohe psychiatrische Morbidität mit Lebenszeitprävalenzen von 50-75% und aktuellen Prävalenzen von 30-50% mit einer Dominanz suchtmittelkonsumbezogener Störungen zu einer Differenzierung und Vernetzung vorhandener Hilfesysteme (1), (3), (17).

Die intensive Rezeption dieser Forschungsergebnisse und der damit verbundenen Gestaltung von Versorgungssystemen führten in Deutschland dazu, dass mit Beginn der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts psychiatrische Obdachlosenforschung (9) eine zunehmende Bedeutung in der Versorgungsentwicklung hierzulande einnimmt. Differenzierte Studien zu körperlichen und psychiatrischen Symptomlagen, zur Lebenslage und zur Effizienz von Versorgungseinrichtungen für diese Teilgruppe sozialpsychiatrischer Versorgung sind im Anschluss daran veröffentlicht worden (6),(8),(10),(13),(15),(16),(21),(23). Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen das in den angloamerikanischen Studien gefundene Problemausmaß und den damit verbundenen Versorgungsbedarf. Vor allem eine psychiatrische Komorbidität bei wohnsitzlosen Menschen, d.h. das gleichzeitige Vorhandensein einer psychischen Störung und einer Störung durch psychotrope Substanzen, bildet dabei eine besonders beeinträchtigte und von Ausgrenzung bedrohte Teilgruppe, die enorm schwierig zu behandeln ist. Sie stellt dem zwischen Gemeindepsychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe fragmentierten und wenig vernetzten Hilfefeld besonders hohe Herausforderungen (14). „Systemsprenger“ und „Netzwerkprüfer“ sind neue Begriffe, die in diesem Zusammenhang häufig gebraucht werden: die Kompetenz und Qualifikation von professionellen Teams in den drei Versorgungsbereichen, die Finanzierungssysteme der Hilfen (örtliche und überörtliche Sozialhilfehaushalte, Rentenversicherungs- und Krankenkassenfinanzierungen), die Therapieprogramme (konzeptioneller Therapieausschluss), die Modelle und Theorien zu Sucht und psychischen Erkrankungen (Selbstmedikation) und Behandlungsphilosophien (Suchtmittelabstinenz) werden zunehmend auf die Zerreißprobe gestellt.

Angesichts dieser Situation muss man fragen, ob die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht eigentlich psychiatrische Einrichtungen sind, die die schwierigsten und kränksten Klienten unter schlechten Bedingungen und begrenzten Ressourcen betreuen müssen (12). Die mit dem Paradigmawechsel von der Nichtsesshaftenhilfe zur Wohnungslosenhilfe erfolgte Abkehr von paternalistischen Versorgungskonzepten i. S. einer „fürsorglichen Belagerung“ zu einer deutlichen Betonung von Eigenverantwortlichkeit und Autonomie und dem damit verbundenen „Recht auf Verwahrlosung“ führt angesichts leerer öffentlicher Haushalte im Hinblick auf die beschriebenen Symptom- und Lebenslagen von wohnsitzlosen Menschen oft zu einer dramatischen Entwicklung. Unter den Bedingungen einer gemeindenahen Versorgung sind wohnungslose psychische und/oder suchtkranke Menschen den ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stärker ausgeliefert als hinter zumindest in dieser Hinsicht schützenden Klinikmauern bzw. Einrichtungen der stationären Nichtsesshaftenhilfe. Verschlechterungen der ökonomischen Gesamtsituation zeigen nun sehr schnell Auswirkungen auf die Hilfeangebotslage in den Bereichen Behandlung, Wohnen, Arbeit und Freizeit. Das Ausgrenzungsrisiko und die tatsächlich erfolgende Exklusion dieser Gruppe steigen erheblich an.

Neuere Punktprävalenzschätzungen gehen davon aus, dass circa 1% der Gesamtwohnbevölkerung obdachlos ist oder in Notunterkünften lebt. Legt man die neueren Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität zugrunde, zeigt sich ein gravierendes Versorgungsproblem, das zahlenmäßig nicht unerhebliche Ausmaße angenommen hat. Die allgemeine Wohnungslosenhilfe ist an dieser Stelle überfordert, die Probleme, die im Einzelfall durch den Zusammenhang von psychischen Störungen, Suchtmittelkonsum und Wohnsitzlosigkeit auftreten können, zu bewältigen. So schieben sich die Versorgungsfelder der Psychiatrischen Hilfen, der Suchtkrankenhilfe und der Wohnungslosenhilfe vor Ort die Fallverantwortlichkeit hin und her, als Ergebnis gehen Betroffene in diesem „Bermuda-Dreieck“ unter und landen „auf der Straße“ (2), (22), (25). Der Anteil aus dem psychiatrischen und/oder suchtspezifischen Hilfesystemen in die Obdachlosigkeit entlassenen Patientinnen ist wahrscheinlich geringer als z.B. in den USA, dennoch zeichnet sich in Deutschland eine steigende Tendenz in diesen Versorgungsbereichen ab (14). Vermutlich lässt sich unter den Wohnsitzlosen eine relativ große Gruppe finden, die besonders mit den klassischen psychiatrischen Methoden schwierig zu behandeln ist, die jeden Kontakt zum medizinischen, suchtspezifischen oder sozialrehabilitativen Hilfesystemen abgebrochen hat. Chronisch psychisch Kranke und chronisch Abhängigkeitskranke ohne festen Wohnsitz sind durch das Leben auf der Straße weitergehenden, neben der Krankheitssymptomatik sich entwickelnden Gefährdungen ausgesetzt: Abrutschen in die Kleinkriminalität (Suchtmittelbeschaffung, Verstöße gegen die öffentliche Ordnung) und massive körperliche Verelendung. Die AG Wohnungslosenhilfe in Mannheim veröffentlichte 2000 einen Forschungsbericht, in dem erstmalig in Deutschland bei allein stehenden Wohnungslosen der aktuell ermittelbare Hilfebedarf und das Ausmaß der Deckung des Hilfebedarfs, bzw. der Nichtdeckung bei 102 wohnungslosen Menschen untersucht worden ist. Etwa 69% hatten aktuell psychiatrische Erkrankungen, d.h. 34% ausschließlich eine Suchterkrankung, ca. 13% ausschließlich eine psychiatrische Erkrankung und ca. 22% eine Doppeldiagnose. Beim akut bestehenden klinisch-psychiatrischen Versorgungsbedarf ergaben sich die größten Diskrepanzen zwischen gedecktem und ungedecktem, bzw. nicht deckbaren Bedarf in den Bereichen: alkoholbezogene Störungen, körperliche Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive

Störungen/Belastungsstörungen, drogenbezogene Störungen und Selbst-/Fremdgefährdung. Beim akut sozialrehabilitativen Versorgungsbedarf ergaben sich entsprechende Diskrepanzen in den Bereichen: Arbeit, Sauberhalten Wohnraum, Geldwirtschaft, Behördengänge, Freizeit und Körperpflege. Erstaunlicherweise werden bei der Befragung zu verschiedenen Aspekten der Lebenszufriedenheit gesundheitliche Verfassung, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und medizinische Behandlung als eher zufrieden stellend dargestellt, es zeigt sich eine erhebliche Abweichung zwischen ermittelten Hilfebedarfen und der Selbsteinschätzung vor allem gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Auf der Straße leben bedeutet auch, sich keine Krankheit leisten zu können.
Diese gravierenden vital gefährdenden und symptomstabilisierenden Risiken fordern die beteiligten Hilfesysteme der Psychiatrischen Hilfen, der Suchtkrankenhilfe und der Wohnungslosenhilfe heraus, gemeinsam auf der Einzelfallhilfeebene, niedrigschwellige Versorgungskonzepte zu entwickeln und für die verbindliche Vernetzung innerhalb und zwischen den vorhandenen Ressourcen der jeweiligen Hilfefeldern vor Ort zu sorgen.

Was ist nun zu tun? Wer setzt sich mit wem in Verbindung, wer koordiniert im weiteren Verlauf das Zurverfügungstellen notwendiger Hilfen? Die Beantwortung dieser Fragen setzt ein Handlungsverständnis voraus, das integrative, inklusionsstützende Hilfeprinzipien beinhaltet.
Eine „einzelfallführende“ Person mit der Entscheidungskompetenz, eine integrierte Leistungserbringung trägerübergreifend einzufordern und auch durchzusetzen ist dringend erforderlich. Die Zergliederung des Hilfesystems, hier als „Bermuda-Dreieck“ der Exklusion für den betroffenen Personenkreis bezeichnet, muss durch Integration und verbindliche Kooperation aufgehoben werden. Das wesentliche Hilfeprinzip, das zur Anwendung kommen muss, ist die einrichtungsübergreifende, personenzentrierte Fallverantwortung i. S. von Case-Management mit qualifizierter Hilfenplanung und im Verlauf die entsprechende Überprüfung der Erreichung der Hilfeziele. Dieses Hilfeprinzip ist nur zu verwirklichen, wenn es verbindliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Hilfefeldern Medizinisch-psychiatrische Hilfen, Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe gibt. Die erforderlichen Hilfen können dann pro-aktiv und mit angemessener Intensität nachhaltig gestaltet werden. Betreuungskontinuität hat dabei eine tragende Funktion.
Über die Effektivität dieses Hilfeansatzes liegen empirisch gesicherte Ergebnisse vor, im Bereich der Wohnungslosenhilfe Modelle in Köln (5), (27), Mainz (20), Hamburg (28) und Münster (12). Im Bereich der Hilfen für chronisch Suchtkranke in Bielefeld (26), Bochum (7) und Bremen (11). Auch anderenorts entwickeln sich ähnliche Hilfeansätze, die der „systemsprengenden Kraft“ von wohnungslosen Menschen mit psychischen und/oder suchtmittelkonsumbezogenen Störungen fachlich qualifizierte Hilfen entgegensetzen.
Leider hat das SGB IX an dem Neben- und Gegeneinander der Leistungsträger nichts geändert, gegenseitige Abschottung aus „Geldnot“ ist nach wie vor die Regel, nicht die Ausnahme. Die Leistungsträger müssen verpflichtet werden in den entsprechenden Leistungssegmenten, die notwendig sind für diese hoch-vulnerablen und von Exklusion betroffenen Menschen, sich zu einem Verbund mit gemeinsamem Budget zusammen zu finden. Individuelle, an Teilhabe orientierte Hilfenplanung ist jenseits aller normierten Rechtsansprüche zu verwirklichen, sie schließt auch erforderliche Schutzmassnahmen für die Betroffenen mit ein. Leistungserbringer sollten sich als Verbund aufstellen, regionale Budgets könnten den Weg dazu weisen.
Der Handlungsrahmen sollte hauptsächlich durch zwei versorgungsstrukturelle Elemente sichergestellt werden, in denen die freie Wohlfahrtspflege zusammen mit der kommunalen Fachverwaltung eine bedeutsame Rolle wahrnehmen sollte:

1. Kommunale Steuerungsgruppe
Grundsätze einer solchen, kooperativ gestalteten kommunalen Hilfeplanung sind: Sektorisierung, Anpassung an die örtlich auftretenden Hilfenbedarfe, aufsuchender Charakter der Hilfen, Pass- und Zielgenauigkeit der Hilfen, Regelung der verbindlichen Fallverantwortung und Abstimmung der Hilfeplanung („Case-Management“).

2. Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) für Versorgungssektoren
Der GPV verbindet über einen Kooperationsvertrag die Träger von Leistungserbringern, die eine bedarfsgerechte und sektorbezogene ambulante Versorgung in der Kommune sicherstellen wollen. Chronisch psychisch kranke und/oder suchtkranke BürgerInnen werden dabei insbesondere berücksichtigt. Die Leistungserbringer stellen Dienstleistungen in den Bereichen Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften), Tagesgestaltung und Kontaktfindung, Arbeit und Qualifizierung, Therapie, Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson, Betreuungsplanung und -abstimmung zur Verfügung. Für jeden der Versorgungssektoren gibt es im GPV eine Sektor-KoordinatorIn, die im Rahmen von Sektorkonferenzen einzelfallbezogen die erforderlichen Versorgungsleistungen sicherstellen hilft.
Das Zusammenwirken dieser beiden versorgungsstrukturellen Elemente hat sich bewährt. Kommunale Steuerung und Koordination im Zusammenhang mit einem vertraglich geregelten Gemeindepsychiatrischen Verbund, der von der freien Wohlfahrtspflege wesentlich getragen wird, können helfen, das immense Ausgrenzungsrisiko zu senken, das Menschen auf der Straße ohne privaten Wohnsitz zwischen Psychiatrie, Suchtkrankenhilfe und Wohnungslosenhilfe erfahren müssen. •

Das wesentliche Hilfeprinzip, das zur Anwendung kommen muss, ist die einrichtungsübergreifende, personenzentrierte Fallverantwortung i. S. von Case-Management mit qualifizierter Hilfenplanung und im Verlauf die entsprechende Überprüfung der Erreichung der Hilfeziele.

Literatur:
1. Argerion, M., Mc Carty, D. (1990): Treating Alcoholism and Drug Abuse Among Homeless Men and Women, New York
2. Beine, W., Wessel T., (1998): Suchtkrankenhilfe; Bock, T. Weigand, H.: Handwerksbuch Psychiatrie; Bonn: 470-486
3. Dixon, L., Krauss. N., Eimer, K., Lehmann, A.. De Forge, B.: (1995): Modifying the PACT-Model to serve Homeless Persons with severe mental Illness; Psychiatric Services 46/7: 684-688
4. Driessen, M,. Dilling, H.: (1997): Psychische Störungen bei Wohnungslosen -angloamerikanische Untersuchungen zu Epidemiologie und Versorgung; Psychiatrische Praxis 24: 162-166
5. Eichenbrenner, I., (1998): Lebensraum Straße. Sich aufhalten - ohne festen Wohnsitz; Bock, T., Weigand,

H.: Handwerksbuch Psychiatrie; Bonn: 120-135
6. Eickelmann. B.: (1999): Wer sind die psychisch kranken Wohnungslosen - Befunde aus psychiatrischer Sicht; Ärztekammer Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit in Niedersachsen (Hrg.): Menschen auf der Straße - zwischen Psychiatrie, Wohnungs-losenhilfe und Suchtkrankenhilfe, 5: 3-19
7. Engler. U., Schlansiedt, G., Sundermann, E.. Holz, A., Wortmann, U.: (1998): Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker in einem städtischen Versorgungssektor; BMG (Hg.): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholabhängige und Menschen mit Alkoholproblemen; Baden-Baden: 96-151
8. Fichtner, MM., Quadflieg, N., Gnutzmann, A., Krüger, R.: (1997): Psychische Erkrankungen bei allein stehenden Wohnungslosen; Public Health 15: 16-17
9. Greifenhagen, A.: (1996): Psychiatrische Obdachlosenforschung; Nervenarzt 67: 905-910
10. Kunstmann, W.. Gerling, S., Becker H.: (1996): Medizinische Versorgungsprojekte für Wohnungslose; Wohnungslos 3/96: 103-112
11. Möhlenkamp, G.: (1998): Wie sieht die Versorgung von chronisch abhängigen Alkoholkranken in Bremen aus? Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz - Referat Suchtkrankenhilfe (Hg.): Vergessene Mehrheit - chronisch Suchtkranke, Bremen: 115-120
12. Mühlbrecht, B.: (1999): Sind Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe psychiatrische Institutionen? Ärztekammer Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hrg.): Menschen auf der Straße - zwischen Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe und Suchtkrankenhilfe: 27-35
13. Nouvertne, K.: (1996): Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen; Institut für kommunale Psychiatrie (Hrg.): Auf die Straße entlassen, Bonn: 30-38
14. Pörksen, N., Wessel, T.: (1998): Die Versorgung Abhängigkeitskranker mit Armutsproblemen in psychiatrischen Krankenhäusern; Henkel, P., Vogt. I.(Hg.): Sucht und Armut, Opladen: 81-100
15. Reker, T., Eikelmann, B.: (1997): Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und psychiatrischer Versorgungsbedarf; Dt. Ärzteblatt 94: 1439-1441
16. Rieger, J., Wessel, T.: (1992): Ambulante und stationäre Nichtsesshaftenhilfe; Wienberg, G.; (Hrg.): Die vergessene Mehrheit, Bonn: 159-169
17. Robertson. M.; Greenblatt. M.: (1992): Homelessness - A National Perspective, New York
18. Rössler. W., Salize, HJ.. Biechele, U.: (1994): Psychisch kranke Wohnsitzlose - Die vergessene Minderheit: Psychiatrische Praxis 21: 173-178
19. Rössler, W.: (1996): Wohnsitzlosigkeit und psychische Störungen: BMG (Hg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen, Baden-Baden: 58-63
20. Trabert, G.: (1998): Wohnungslose Menschen in Deutschland; Mabuse 111: 61-63
21. Wessel. T.: (1996): Die Wohnungsnot von Frauen in der psychiatrischen Versorgung; Wohnungslos 3/96: 81-83
22. Wessel, T.: (1996): Im „Bermuda-Dreieck" - Patienten zwischen Psychiatrie, Obdachlosenhilfe und Suchtkrankenhilfe; Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): Auf die Straße entlassen, Bonn: 77-94
23. Wessel, T., Pörksen, N., Zechert, Ch.: (1997): Wohnungslose Patienten in der Psychiatrischen Klinik; Psychiatrische Praxis 24: 167-171
24. Wessel, T.: (1997): „Auf die Straße entlassen" - Ausgrenzungsrisiken von psychisch kranken, obdachlosen Menschen; Impulse 17,4. Quartal 1997: 4
25. Wienberg. G.: (1992): Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung; Wienberg, G. (Hrg.): Die vergessene Minderheit, Bonn: 12-60
26. Wessel, T.: (1999): Menschen auf der Strasse; Sozialpsychiatrische Informationen 3-1999: 27-30
27. Schmalz, U.: (2002): Wenn wohnungslose Menschen im Hotel leben; Kerbe 3-2002: 17-18
28. Ehlers, E.: (2002): Zuerst ein Dach über dem Kopf; Kerbe 3-2002: 13-14.

Chronische Hilfe oder chronisch krank?

Von Reinhard Peukert

Wer in psychiatrischen Kliniken nahezu tagtäglich mit dem Problem einer zunehmenden Anzahl von Patienten konfrontiert ist, für die trotz aller Bemühungen des Sozialdienstes keine Dienste oder Einrichtungen für eine angemessene weitere Behandlung und Förderung bzw. Kompensation der Alltagskompetenzen gefunden werden können, wird die Frage „Chronische Hilfe oder chronisch krank?" als ausgesprochen zynisch empfinden und der aktuellen Sachlage für chronisch psychisch kranke Menschen in keiner Weise angemessen.

Wer als Leistungsträger - ob als Krankenkasse oder als überörtlicher Sozialhilfeträger - die Frage liest, könnte meinen: „Genau, das ist hier die Frage!"
Krankenkassen werden ständig mit Anträgen zur Verlängerung der Behandlungen „belästigt", die Sozialhilfeträger müssen nahezu hilflos zusehen, wie die Ausgaben für die Eingliederungshilfe jährlich steigen, sodass sich „die Nettoausgaben allein seit 1995 mehr als verdoppelt" haben (Deutscher Landkreistag. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen; im Juni 2007) - und mehr als 80 % dieser Mittel werden für die stationäre Heimversorgung ausgegeben.
Wen wundert es da, wenn die Leistungsträger in die fachlichen Forderungen „ambulant vor stationär", „Steigerung der Qualität und damit auch der Wirksamkeit" zur „fachlichen Weiterentwicklung im Sinne der betroffenen Menschen" einstimmen - mit der ausgesprochenen Hoffnung, dass so „auch notwendige Einsparungen erreicht werden können", um so „die erwartete (prognostizierte) Kostenentwickung einzudämmen." (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüs), 14.2.2007)
Die BAGüs wünscht sich einen Markt der Anbieter sowie externe Vergleiche in Kombination mit Zielvereinbarungen, und die Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2007 (Protokoll der Sitzung am 15. und 16.11.07) sieht eine Lösung in der „verbesserten Steuerung und Wirkungskontrolle durch die Kostenträger".

Allerdings bergen nicht allein stationäre Hilfen ein gewisses Chronifizierungsrisiko. Psychiatrie-Erfahrene sprechen schon seit längerem vom „Ambulanten Ghetto"; eigene empirische Untersuchungen zum ambulanten Betreuten Wohnen in Hessen deuten für einen nicht unerheblichen Anteil der Betreuten auf mögliche Verselbständigungschancen hin, die nicht systematisch ergriffen werden[1] - und parallel dazu sind auch für das Betreute Wohnen mit der Heranziehung von Einkommen und Vermögen der Erkrankten sowie ihrer Angehörigen Steuerungseffekte erkennbar, die die Annahme einer erforderlichen Hilfe erschweren.

Und die Angehörigen?

Für uns ist - auf den ersten Blick - der Gedanke einer „chronischen Hilfe" völlig absurd.
Das Erleben von uns Angehörigen ist eher von den Erfahrungen geprägt, dass es sehr wohl viele Hilfen gibt, die allerdings gerade nicht „chronisch", sondern partiell und mit Lücken versehen sequentiell erfolgen. Uns verfolgt die erfahrungsgesättigte Befürchtung, immer dann, wenn es mal wieder sehr schwierig wird, werden wir allein da stehen. Wie formulierte ein Vater vor wenigen Tagen seine aktuellen Erlebnisse mit den Versorgungssystem: „Es gibt unheimlich viel in unserer Region, aber wenn wir mal aktuell eine konkrete Hilfe brauchen, dann war's das!"
Neben dieser Fremdbeobachtung wissen wir Angehörigen seit den Anfängen der Angehörigenbewegung um unseren eigenen Beitrag im Chronifizierungsgeschehen.

Wir wissen um die unseeligen Folgen der sog. „permanenten Elternschaft“, die die Angehörigenforschung bei uns entdeckt hat; wir wissen um unsere Neigung, unsere kranken Angehörigen zu schützen, zu fördern, zu fordern etc., d.h. unsere volle Aufmerksamkeit und unsere volle Verantwortungsbereitschaft auf unsere Kranken zu richten; wir wissen, dass wir sie damit „richten“: wir nehmen ihnen Selbständigkeit, Selbstvertrauen und Verantwortung.[2]
Ist es wirklich nur eine Selbstrechtfertigung, wenn wir annehmen, die nur punktuell-partiellen, mit Lücken gespickten sequentiellen Hilfen für unsere kranken Angehörigen seien Schuld daran, dass es in den Angehörigengruppen so sehr schwer fällt, Eltern und Geschwister von ihrer aufopfernden und damit die Selbständigkeit sowie Eigenverantwortung der kranken Familienmitglieder opfernden Fürsorglichkeit zu lassen?

Und die Psychiatrie-Erfahrenen?

Sie werden sich dafür bedanken, dass wir Angehörigen uns so liebevoll um möglichst permanente Hilfen für sie kümmern. Viele von ihnen haben die heilsame Wirkung der Rückgewinnung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung erfahren. Angehörige wissen, dass so mancher Psychiatrie-Erfahrene dies gegen seine hilfreichen Helfer und besorgten Familienmitglieder erkämpfen musste. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wissen gemeinsam, dass dies kein gradliniger Prozess ist bzw. sein kann: die Umstände bringen es mit sich, dass auf eine Phase von mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung auch wieder eine Phase größerer Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit folgen kann.
Empowerment und Recovery sind die Zauberformeln, an die sich auch die Hoffnungen von Angehörigen heften.
Aus Angehörigensicht kann Empowerment Psychiatrie-Erfahrene stärken, sich von der - auch für Angehörige - bedrängenden Fremdverantwortung Schritt für Schritt zu befreien. Auch mit „Recovery“ können sich Ziele von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen treffen; wir Angehörigen verstehen darunter das „Heil-Werden“ unseres Familienmitgliedes in seinen ureigensten Umständen, den Abschied von fremd definierten Heilserwartungen nach Symptomfreiheit und/oder sozialer Eingepasstheit.[3] Ein so gefasster Begriff von Recovery vermeidet auch die Gefahr, dass die leidige „Krankheitsuneinsichtigkeit“ von „mangelnder Recovery-Bereitschaft“ abgelöst wird, was von Psychiatrie-Erfahrenen bereits als Befürchtung formuliert wurde.

Bei allem Reiz, den Empowerment und Recovery auf uns ausüben und bei aller Notwendigkeit, sich der verpassten Chancen von Verselbständigung und Selbstverantwortungsübernahme zu versichern, dürfen wir jene chronisch psychisch Kranken nicht aus dem Blick verlieren, deren Abstand zu diesen Zielen gegenwärtig unendlich weit zu sein scheint: die schwer chronisch Kranken in den neuen Langzeitbereichen der Kliniken, in schlecht ausgestatteten Pflegeheimen, in den forensischen Abteilungen und in der Wohnungslosenhilfe (wobei die Letztgenannten unter den aktuellen gesellschafts-, gesundheits- sowie sozialpolitischen Rahmenbedingungen ihren Selbstbestimmungsanspruch auf eine für Außenstehende nur schwer nachvollziehbare Weise mit hohen subjektiven Kosten realisiert zu haben scheinen).
Damit schließt sich der Kreis.

Fazit

Einerseits finden viele chronisch erkrankte Menschen bzw. Menschen mit Funktionseinbußen aufgrund einer chronischen Erkrankung nicht die Art von Hilfen, die für sie in der jeweiligen Situation ein Optimum an Wirksamkeit in Richtung auf ihre psychische Gesundheit, ihre Selbständigkeit und ihre Teilhabechancen bedeuten würden - obwohl es ein mit reichlich materiellen Ressourcen ausgestattetes Gesamtsystem gibt.
Es scheint einen „Rückstau“ zu geben - von möglichen Verselbständigungen in ambulante, von ambulanten in stationäre Eingliederungshilfen und von (vorübergehend) intensiv nachsorgenden Hilfen in medizinisch-stationäre. Der „Rückstau“ vermittelt denen, die in der jeweiligen „Staustufe“ arbeiten, den unabweisbaren Eindruck gestörter Abflussmöglichkeiten, d.h. adäquater Hilfen im nachfolgenden Staubecken. Nebenbei führt der (Wasser)Druck zu Nebenwegen: zurück in die belasteten Familien, in die Wohnungslosenhilfe (und in die Forensik?).

Wer regelmäßig an einem realen Staubecken vorbei kommt, kennt noch ein anderes Problem, das zu unserem Thema passt. Droht der Wasserstand in einer Staustufe zu sinken, folgen Versuche, den Abfluss zu drosseln und den Zufluss zu steigern.
Permanentes Niedrigwasser wäre zwar des Stausees Tod, aber damit müssen wir in der Psychiatrischen Versorgung nicht rechnen.

Mit dieser Einschätzung stellen sich folgende Fragen:
1. Was wären angemessene Steuerungen, um den Gesamtwasserhaushalt sinnvoll zu regeln?
Wie sollte das Gesamtsystem „psychiatrische Versorgung“ gestaltet werden, um sowohl eine überflüssig lange Inanspruchnahme einer teureren und dem Alltagsleben ferneren Hilfe zu vermeiden und um zugleich sicher zu stellen, dass eine erforderliche Hilfe auch tatsächlich gewährleistet ist?
2. Wie sind die jeweiligen Staustufen zu gestalten, um die Prozesse in der jeweiligen Staustufe in Abhängigkeit vom Gesamtwasserhaushalt optimal zu gestalten?
Welche Hilfen bzw. Leistungen sind an der jeweiligen Stelle und zu dem jeweiligen Zeitpunkt erforderlich, um den eigenen Beitrag an dem konsequent auf die einzelne Person bezogenen Gesamtprozess optimal zu erbringen?
3. Wie kann ein Prozess gefördert werden, der das Bild und die Perspektive eines schließlich von Staustufen und Flussbettbegradigung befreiten Wässerchens, das sich seinen Weg bahnt durch eine von betörender Vielfalt strotzende Natur, für jedes H_2O-Molekül aufrecht erhält - auch wenn der Weg dorthin unvorstellbar weit zu sein scheint und für viele kaum erreichbar erscheint?
Was ist erforderlich, um die jeweils positivst-mögliche Zukunft-

Reinhard Peukert
Prof. , FH Wiesbaden
FB 11 Sozialwesen
Kurt-Schumacher-Ring 18
65197 Wiesbaden
Tel: 0611/9495-307
Fax: 0611/9495-303
Email:
peukert@sozialwesen.
fh-wiesbaden.de.

seinschätzung für jeden Patienten bzw. Klienten bei den Behandlern, den Betreuern, den Familien und bei den Patienten/Klienten selbst aufrecht zu erhalten bzw. wach zu rufen?[4]

Zu 1.
Es scheint, als ob an den unterschiedlichen Behandlungsorten (psychiatrische Klinik - Heimstrukturen - ambulant betreutes Wohnen) die Problemstellung sehr unterschiedlich sei und spezieller Regelungen bedürfe.
Spezielle Regelungen für die unterschiedlichen Orte können allerdings nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn sie Teil eines Gesamtkonzeptes sind.

Zu diesem Gesamtkonzept gehört
- die Versorgungsverpflichtung seitens aller Leistungsträger sowie -Erbringer innerhalb eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes;
- eine deutlich engere, auf die Struktur und den Einzelfall bezogene gemeinsame Praxis (nicht nur Kooperation!) des medizinischen und des rehabilitativen, des Teilhabe- und des Pflegesystems;
- ein erster Schritt sollte eine medizinische Behandlung sein, bei der ein verantwortliches Team den einzelnen chronisch Erkrankten in der Klinik, in der Tagesklinik und (z.B. als Institutsambulanz) in dem Lebens- und Wohnbereich der Kranken behandeln kann, soweit dies aufgrund der Erkrankungsrisiken fachlich geboten ist;
- nachgehende und proaktive Hilfen dürfen nicht länger ein Tabu der Gemeindepsychiatrie bleiben: regelmäßige, vom Hilfesystem ausgehende Kontakte zu chronisch Kranken, um ihre jeweilige Situation zu erfahren, um ggf. Hilfen zu vereinbaren, haben sich für bei allen Chronikerprogrammen als prognostisch wirksames Vorgehen erwiesen[5].

So wie das Phänomen „chronisch krank" viele Gesichter hat und im Einzelfall heute etwas anderes bedeutet als gestern oder morgen, so benötigen wir eine facettenreiche chronische Hilfe.

Zu 2.
Mit diesem Punkt soll vorrangig darauf verwiesen werden, dass noch so gute Hilfen in dem einzelnen Dienst oder der einzelnen Einrichtung ggf. nichts für den individuellen Psychiatrie-Erfahrenen und seine Familie ausrichten, wenn auf diese hervorragende Hilfe eine fachlich wenig ausgewiesene oder womöglich gar keine folgt. Der auf den einzelnen Psychiatrie-Erfahrenen bezogene langfristige, einrichtungsübergreifende, die Familien und das sonstige soziale Umfeld einbeziehende, gesamte Behandlungs-, Teilhabe- und/oder Pflege-Prozess ist für die Wirkung der Hilfen in einem der Segmente entscheidend.

Zu 3.
Auch hier hilft zunächst der Blick über die eigenen Grenzen.
Einen schwerst an Schizophrenie chronisch erkrankten Menschen, der aus einem personell unterbesetzten und fachlich fragwürdigen Heim immer wieder in einem desolaten Zustand aufgenommen werden musste, nach Jahren im gleichen Heim (oder, was wahrscheinlicher ist, in einem anderen und anders konzipierten Wohnverbund) deutlich verändert wieder zu sehen stärkt die Hoffnungen und Zukunftserwartungen auch für andere Patienten.
Als Angehöriger in der tiefen Verzweiflung angesichts der zusammenbrechenden „normalen" Zukunftserwartungen für das eigene Kind in einer Gruppe zu erleben, wie „erfahrene Angehörige" durch diese und andere schwierige Situationen hindurch, trotz aller Rückschläge, zu neuer Hoffnung und Zufriedenheit gefunden haben, stärkt die Bereitschaft zu weiteren Auseinandersetzungen.

Chronische Hilfe oder chronisch krank?

Ja, wir benötigen chronische Hilfe - aber nicht im Sinne von andauernd immer das Gleiche.
So wie das Phänomen „chronisch krank" viele Gesichter hat und im Einzelfall heute etwas anderes bedeutet als gestern oder morgen, so benötigen wir eine facettenreiche chronische Hilfe:
ein Versorgungs- und Finanzierungssystem, das Hilfen flexibel und unproblematisch erbringen kann; ein System, in dem intensive und eingreifende Hilfen ebenso verfügbar gemacht werden können wie eine proaktive, auf eine homöopathische Dosis ausgedünnte Hilfebereitschaft, die bei Bedarf situationsangemessen intensiviert werden kann.[6] •

Anmerkungen:

[1] Von ca. 140 Befragten (aus der Gesamtgruppe von ca. 740), die sich ausschließlich wegen der Ankündigung, zu den Kosten des Betreuten Wohnens mit ihrem Einkommen und Vermögen herangezogen zu werden, waren ca. 20 % ein halbes Jahr nach ihrer Abmeldung davon überzeugt, den richtigen Schritt getan zu haben und fühlten sich „überrascht Verselbständigt" - obwohl sie selbst und ihre Betreuer zum Zeitpunkt der Abmeldung von der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Hilfen zutiefst überzeugt waren.
Allerdings empfand sich zu diesem Zeitpunkt ein weitaus größerer Teil als Verlierer der eigenen Entscheidung; heute, zwei Jahre nach der Abmeldung, hegen einige der „überrascht Verselbständigten" die Befürchtung, mit der Situation nicht länger allein zu recht zu kommen.

[2] Frau Heim hat diesen Aspekt des Angehörigen-Seins in einem kaberatistisch-übersteigerten Beitrag wundervoll ausgeführt. Belegstelle folgt.

[3] Frau Straub, die Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen, formulierte dies unter dem Gesichtspunkt des selbstbestimmten Lebens als Angehöriger.
„Selbstbestimmt als Angehöriger eines psychisch kranken Menschen leben heißt, sich nicht von eigenen, anerzogenen bürgerlichen mitunter „spießigen" Wertvorstellungen und Vorstellungen in Bezug auf ein erstrebenswertes Leben für den Betroffenen abhängig zu machen: Nicht Sauberkeit, nicht Wohlstand, nicht ein nach Haaröl duftender Typ im schnieken Anzug sollten unser anzustrebendes Ziel sein, vielmehr die Zufriedenheit des Betroffenen mit dem Nischenplatz, in der er sich eingerichtet hat. Nicht die zugemüllte Wohnung ist eine Katastrophe, sondern die Verzweifelung des Menschen, sein „Reich", seine „Heimat" zu verlieren, wenn Angehörige unbedingt aufräumen oder ihn da rausholen wollen. Nicht wir müssen sein Leben meistern, sondern er! (in: Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V. (Hrsg.): Zwischen Liebe und Abgrenzung. Angehörige im Zwiespalt der Gefühle. Mainz (Selbstverlag), S. 26)

[4] Erinnert sei an die die vielen Studien, die seit der ersten von Ciompi u.a. in den sechziger Jahren des vorangegangenen Jahrhunderts erschienenen die positiven Rehabilitationserwartungen aller Beteiligten als den wesentlichen Wirkfaktor identifiziert haben.

[5] Siehe u.a.: Gensichten u.a.: die Zukunft ist Chronisch. in: Z.ärztl.Fortbild.Qual.Gesundh.wes (2006) 100; 365-374)

[6] In der eigenen BeWo-Abmerlderstudie hat sich Folgendes herausgestellt: Nur wenn ein ehemaliger Klient mit einem ihm bekannten Betreuer zwischendurch beiläufig in Kontakt kommt (z.B. beim Kaufmann, wo jeder für sich einkaufen geht; beiläufig auf der Strasse, wo wenige Worte gewechselt werden) sieht er sich in der Lage, Hilfe zu erfragen, wenn es ihm schlechter geht. Die Visitenkarte mit der Aufforderung übergeben, jederzeit anrufen zu können, funktioniert nicht.

Zur Versorgung psychisch Kranker aus Sicht psychiatrischer Kliniken

Von Harald J. Freyberger

Fraglos hat die Psychiatriereform für die psychiatrischen Kliniken in den vergangenen 40 Jahren zu ganz erheblichen strukturellen Veränderungen geführt, die die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung substantiell verbessert haben. Nach dem „Ende der Anstalt“ sind allerdings in verschieden Bereichen und Schnittstellen Problemfelder identifiziert worden, auf die das System erstaunlicherweise eher träge reagiert.

Stockt der Reformprozess oder fehlt es an Integration ?

Die Regionalisierung und Deinstitutionalisierung hat – epidemiologisch betrachtet - zu keiner substantiellen Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens psychisch Kranker geführt, so dass sich zwischen der Schwere und Chronifizierung von Erkrankungen und dem klinischen Inanspruchnahmeverhalten nur ein moderater statistischer Zusammenhang ergibt (Grabe et al., 2005). Es dauert im Mittel nach wie vor 5-7 Jahre von Beginn einer Erkrankung an, bis ein psychisch Kranker eine fachspezifische Hilfe wahrnimmt. Kliniken behandeln bestenfalls 2-5% der Betroffenen und erreichen von den schwerst und chronisch Erkrankten, die von stationären und teilstationären Interventionen profitieren würden, bestenfalls 30%. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich das psychiatrische Versorgungssystem in sich verändert hat, aber nur unzureichend in der Lage scheint, über Informations- und Entstigmatisierungsprozesse in der gesellschaftlichen Wirklichkeit adäquat repräsentiert zu sein. Gleichzeitig ist es nicht gelungen, die Vernetzung innerhalb des medizinischen Systems so weit voranzutreiben, dass erkrankte Patienten die Filtersysteme rechtzeitig überwinden können. Insbesondere die Hausarzt- und Allgemeinmedizinpraxen, in denen über 90% der Betroffenen früh gesehen werden, sind aus inhaltlichen wie strukturellen Gründen kaum in der Lage, ihrer Vermittlungsfunktion nachzukommen.

Während durch die Auflösung der Großkrankenhäuser und der Schaffung psychiatrischer Abteilungen eine weitreichende Regionalisierung gelungen ist, hat das sozialpsychiatrische Paradigma der Enthospitalisierung zu auch in den letzten Jahren weiter sinkenden mittleren Verweildauern und stetig steigenden Wiederaufnahmeraten geführt, so dass inzwischen breit über eine „high utilizer-Problematik“ debattiert wird (Roick et al., 2002). Vor allem sozial desintegrierte Patienten mit Krankheitsverleugnung und Noncompliance bilden durch die nach wie vor nicht ausreichende Vernetzung zwischen Kliniken und ambulantem System einen ganz neuen Typus von Hospitalisierungsgeschädigten, dem mit konventionellen Behandlungsprogrammen eher nicht zu begegnen ist. Obgleich die klinische Forschung für verschiedene dieser Problemgruppen, wie etwa Patienten mit komplexen Persönlichkeitsstörungen und der Komorbidität von schizophrenen Psychosen und Suchterkrankungen, spezielle Behandlungsprogramme mit guter Effektivität und Effizienz entwickelt hat, können viele Abteilungen wegen ihrer nicht ausreichenden Größe derartige Programme nicht anbieten.

Weitgehend entkoppelt von der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft hat sich ein international einzigartiges, flächendeckendes Netz stationärer psychosomatischer und Suchtrehabilitation entwickelt, das durch einen großen Anteil wohnortferner Behandlungen das Paradigma der „gemeindenahen Versorgung“ ad absurdum führt (Freyberger, 2006). Die stationären psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote weisen kaum eine Verbindung zum System ambulanter psychotherapeutischer Versorgung auf, das inzwischen mehrheitlich von mehr als 14.000 approbierten psychologischen Psychotherapeuten getragen wird, die im wesentlichen „soft psychiatric disorders“ bedienen. Patienten mit komplexen bzw. schweren psychischen Störungen werden vom psychotherapeutischen Versorgungssystem kaum erreicht und breite Teile der Sozialpsychiatrie sind der „neuen Einfachheit“ (Finzen, 1981) verhaftet geblieben und haben psychotherapeutische Kompetenz kaum integriert. Obgleich vergleichsweise komplexe und erfolgreiche Psychotherapieprogramme z.B. aus dem Psychoedukations- und dem Familieninterventionsbereich vorliegen, gelingt deren Transfer zwischen Kliniken und ambulanter Versorgung bisher unzureichend (Krausz u. Naber, 2000).

Nebenwirkungen der Reform?
Mortalitätsraten, Forensifizierung der Psychiatrie und „Systemsprenger“

Jedem besseren psychiatrischen Lehrbuch ist zu entnehmen, dass der sozialpsychiatrische Reformprozess die Mortalitätsraten insbesondere schwer psychisch Erkrankter nicht substantiell verbessert hat (s.a. den Beitrag von Hartmut Berger in diesem Heft, S.13ff.). Dies betrifft sowohl die Suizidraten bei zahlreichen psychischen Störungen als auch die Folgen somatischer Komorbidität, wobei verschiedene psychische Störungen schon für sich genommen heute als Risikofaktor für die Ausbildung schwerer somatischer Erkrankungen gelten. Hat hierzu die innere und äußere Abgrenzung der Psychiatrie gegenüber den somatischen medizinischen Fächern beigetragen?

Schanda (2005) hat neben anderen Autoren zudem darauf

Harald J. Freyberger
Prof. Dr. med.,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald am Hanse-Klinikum Stralsund,
Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund,
Email: freyberger@uni-greifswald.de

hingewiesen, dass es als Folge und/oder Begleiterscheinung des sozialpsychiatrischen Reformprozesses in den vergangenen Jahren zu einem fast linearen Anstieg forensischer Behandlungskapazitäten gekommen ist, da es weder den psychiatrischen Kliniken noch dem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem hinreichend gelingt, das zum Teil mit schweren psychischen Erkrankungen verbundene aggressive Verhaltenspotential zu integrieren. Dabei werden ganz offensichtlich einerseits risikoträchtige, später mit Straftaten assoziierte kritische Verhaltensmerkmale nicht rechtzeitig im nicht-forensischen psychiatrischen System identifiziert. Andererseits scheinen die Instrumente gefährdete und/oder gefährdende Patienten auch gegen ihren expliziten Willen konsequent zu behandeln nicht auszureichen.

Und schließlich ist davon auszugehen, dass insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit kritischen, im gruppenbezogenen Kontext der Sozialpsychiatrie nicht tolerablen Verhaltensmerkmalen unser Versorgungssystem in Richtung Obdachlosigkeit oder durch Export in andere Bundesländer verlassen (Freyberger et al., 2006). Dies scheint insgesamt bei bis etwa 5% der in außerklinischen Einrichtungen versorgten Betroffenen aufzutreten (Freyberger et al., im Druck) und insbesondere schizophrene, intelligenzgeminderte und persönlichkeitsgestörte Patienten zu betreffen, die auch aufgrund ihrer Unfähigkeit, sich in Gruppenprozesse zu integrieren, keinen Platz im System finden.

Resumee

Der sozialpsychiatrische Reformprozess ist im Stadium der Integration klinischer und außerklinischer Versorgungsangebote ins Stocken geraten und hat es bisher nicht verstanden, psychotherapeutische und rentenversicherungsträgergetragene rehabilitative Ressourcen hinreichend zu integrieren. Es hat weder eine ausreichende Durchdringung des medizinischen Systems noch eine Entstigmatisierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote stattgefunden, so dass das Inanspruchnahmeverhalten nicht substantiell verbessert werden konnte. Das System produziert vermutlich durch seine nicht hinreichende Passung an die Erfordernisse unter konventionellen Gesichtspunkten schlecht integrierbarer Erkrankter zu viele Betroffene, die das Versorgungssystem verlassen. Das Paradigma der Gemeindenähe wird dabei durch einen nicht unbeträchtlichen und wechselseitigen Export von sogenannten „Systemsprengern“ zwischen verschiedensten Bundesländern und der Schaffung großer zentraler Einrichtungen ad absurdum geführt.

Das System produziert vermutlich durch seine nicht hinreichende Passung an die Erfordernisse unter konventionellen Gesichtspunkten schlecht integrierbarer Erkrankter zu viele Betroffene, die das Versorgungssystem verlassen.

Welche Antworten kann die klinische Psychiatrie geben?

Aufgabe der Kliniken wird es erstens sein, sich weiter konsequent zu regionalisieren (Nerlich et al., 2007), sofern hiervon eine Verbesserung des rechtzeitigen, d.h. bezogen auf den Störungsbeginn frühen Inanspruchnahmeverhaltens zu erwarten ist.
Zweitens werden sich Kliniken sehr viel stärker als dies bisher geschehen ist, um aufsuchende Hilfen und insbesondere „home-treatment-Programme“ sowie eine Integration mit konkurrierenden Anbietern kümmern müssen.
Drittens sind, sehr viel stärker als bisher, Problemgruppen zu identifizieren, die von konventionellen Behandlungs- und Betreuungsprogrammen nicht oder nicht ausreichend profitieren.
Für diese Klientel müssen neue Antworten gefunden werden, die unter anderem systematische ambulant-teilstationäre-stationäre Intervallbehandlungsprogramme einschließen, wie sie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfolgreich erprobt wurden. Möglicherweise sind hier neben neuen Therapiestrategien auch neue gesetzliche Rahmenbedingungen für Behandlungspflegschaften zu schaffen, die es ermöglichen, Risikopatienten adäquater als bisher zu begleiten. •

Literatur:

Freyberger HJ (2006): Psychotherapeutische Versorgung. Die Psychiatrie 3: 145-149.

Freyberger HJ, Ulrich I, Barnow S, Ingmar Steinhart I (im Druck): Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen - eine Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie.

Freyberger HJ, Ulrich I, Dudeck M, Barnow S, Kleinwort K, Steinhart I (2006): Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Sozialpsychiatrische Information 34:16-21.

Grabe HJ, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger HJ (2005): Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pommerania. Psychiatrische Praxis 32: 299-303.

Krausz M, Naber D (2000): Integrative Schizophrenietherapie. Behandlungsphilosophie und Interventionen. Karger-Verlag, Basel.

Nerlich C, Steinhart I, Freyberger HJ, Spitzer C (2007): Nähe in der Fläche. Erfahrungen mit der ersten psychiatrischen Tagesklinik auf Rügen. Psychosoziale Umschau, 16-19

Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer MC (2002): Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiatrische Praxis 29:334-342.

Schanda H (2005): Psychiatry reforms and the illegal behaviour of the severe mentally ill. Lancet 365:367-369.

Das Aushalten der Realität ermöglicht Entwicklung

Von Niklas Baer

Abstract

Nach Jahren der Dehospitalisierung werden schwer und chronisch psychisch kranke Menschen heute vor allem in Wohnheimen, Werkstätten und Tagesstätten betreut, die ihnen ein Leben inmitten statt am Rande der Gesellschaft ermöglichen sollen. In diesen Einrichtungen sind Konzepte wie Ressourcenorientierung, Autonomieförderung, Normalisierung, Selbstbestimmung und Empowerment sehr wichtig geworden, um den häufigen Chronifizierungstendenzen zu begegnen. Hier stellt sich die Frage, welche Bedürfnisse chronisch psychisch Kranke selbst haben, und was ihnen subjektiv helfen würde, Perspektiven zu entwickeln und umzusetzen. Anhand der Daten aus verschiedenen Untersuchungen aus der Region Basel wird gezeigt, dass Professionelle mit einer echten Beziehung, mit Zuversicht und mit einem integrativen Verständnis von Ressourcen und Defiziten Entwicklung sehr unterstützen können.

In den Schweizer Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft mit ihren rund 440.000 Einwohnern gibt es für psychisch kranke Menschen rund 30 Wohnheime mit 460 Plätzen, 5 Tagesstätten/ Treffpunkte sowie eine Vielzahl von Beschäftigungsplätzen in geschützten Werkstätten. Trotz des Aufbaus dieser differenzierten, dezentralen psychosozialen Versorgung hat sich jedoch ein Hauptziel der sozialpsychiatrischen Reformen, nämlich die gesellschaftliche Integration, nur teilweise erfüllt. Insgesamt haben die Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke bisher wenig effektive Integration bewirkt, und viele der ursprünglich als Übergangslösung gedachten Wohnheime sind für ihre Bewohner längst zu Dauerlösungen geworden.

Was bedeutet Lebensqualität für psychisch kranke Menschen? Die Frage stellt sich, welches denn die Bedürfnisse der schwerer und chronisch psychisch kranken Menschen selbst sind, was Lebensqualität für sie persönlich bedeutet, und was sie brauchen würden, um sich noch stärker entwickeln zu können.

In einer breit angelegten qualitativen Studie wurden zwischen 2000 und 2002 in der Region Basel meist schwer und chronisch psychisch Kranke sowie Angehörige in insgesamt 84 offen geführten Interviews à zirka 90 Minuten zu ihrem Erleben und zu ihren Bedürfnissen befragt[1].
Zu Beginn der Studie gingen wir davon aus, dass die äußere Lebenssituation und die Selbständigkeit – das Vorhandensein von Arbeit, eigener Wohnung, Partnern, Freunden, Geld und anderem – das Erleben psychisch kranker Menschen maßgeblich prägen. Die Analyse der meist sehr differenzierten Auskünfte der Betroffenen auf rund 2.000 transkribierten Seiten zeigte dann aber, dass sich deren Aussagen nicht in solche äußeren sozialen Kategorien sortieren lassen. Die Interviewpartner sprachen Merkmale wie Arbeit, Wohnung, Partner zwar an, aber in einem ganz anderen Zusammenhang. Die zentralen Erlebensdimensionen, die sich direkt aus den Schilderungen der Interview-partner herausarbeiten ließen, sind folgende:

- Leiden – Ausgeglichenheit
- Machtlosigkeit – Kontrollgefühl (in Bezug auf die Krankheit)
- Erschütterung durch die Krankheit – Krankheitsintegration
- Abhängigkeit – Autonomie
- Diskriminierung – Zugehörigkeit
- Nutzlosigkeit – Gebrauchtwerden
- Versagen – Kompetenz
- Isolation – Beziehung
- Resignation – Perspektive
- Nicht ernst genommen werden – ernst genommen werden

Das Erleben ist zentral

Wenn man sich mit psychisch kranken Menschen ausführlich unterhält und sich auf sie einlässt, dann sprechen sie vor allem über ihr Erleben, das heisst Lebensqualität ist zu einem großen Teil etwas Emotionales und Subjektives. Wir müssen uns also bewusst sein, dass die prägenden Kategorien der Patienten zunächst einmal Gefühlskategorien sind. Wir sollten demnach nicht nur überlegen, ob ein Patient selbständig arbeiten oder wohnen kann, sondern ob er sich selbst als kompetent und autonom erlebt. Es ist nicht so, dass automatisch Lebensqualität empfindet, wer selbständig wohnt, oder a priori unzufrieden ist, wer in einem betreuten Wohnheim lebt. Zudem zeigte sich in den Interviews, dass das Erleben in diesen Dimensionen auch nach vielen Jahren der Erkrankung sehr dynamisch, empfindsam und veränderbar ist.

Die Krankheitserfahrung prägt die Lebensqualität

Die ersten drei Dimensionen in der obigen Liste beziehen sich direkt auf die Krankheit – das Leiden, die Machtlosigkeit gegenüber den Symptomen und die existentielle Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (nichts ist mehr wie zuvor). In allen Interviews – auch in den Gesprächen mit den Angehörigen – wurde deutlich: Es gibt ein Vor und ein Nach der Erkrankung. Das bedeutet, dass man die subjektive Lebensqualität psychisch Kranker erst versteht, wenn man versteht, wie dominant ihr Leiden an der Krankheit für die emotionale Bewertung ihrer Lebenssituation ist. Es war gleichzeitig erschütternd, von den Interviewpartnern

Niklas Baer
Dr., Leiter der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation
Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft
Bienentalstrasse 7,
CH 4410 Liestal
Tel: +41/ 61/ 9277165
Fax: +41/ 61/ 9277200
Email:
niklas.baer@kpd.ch;
fachstelle.reha@kpd.ch.

Veränderungswille und Motivation entstehen demnach im Erleben der Patienten durch gute Beziehungen, die Selbstwertgefühl geben und Perspektiven eröffnen.

zu hören, wie selten sie über ihr Leiden sprechen können. Nicht nur gegenüber Angehörigen verschweigen sie oft und verständlicherweise, wie groß ihr Leiden ist, sondern auch in den rehabilitativen Einrichtungen und nicht selten auch in der psychiatrischen Behandlung selbst.

Die Integration der psychischen Erkrankung

Mit der Erkrankung beginnt für viele Betroffene und ihre Angehörigen ein langer Prozess, der vieles in Frage stellt und dazu zwingt, die innere und äußere Realität neu zu ordnen. Auf der einen Seite ist eine schwere psychische Erkrankung oft verbunden mit großen sozialen Verlusten. Auf der anderen Seite führt die Krankheit zu einer psychischen Desintegration, es ist eine Erschütterung der eigenen Identität, man ist je nachdem Schuld- und Schamgefühlen, Ängsten, Gefühlen von Nutzlosigkeit, von Versagen, von Inkompetenz ausgeliefert. Die neue Situation zwingt die Betroffenen zu einer tief greifenden inneren Entwicklung, die verbunden ist mit Krisen des Lebenssinns, der Identität, des Selbstwertgefühls und des Gefühls, kompetent zu sein und sein Leben kontrollieren zu können. Zudem müssen die Betroffenen auf diesem Weg hin zur Krankheitsintegration und zum Aufbau eines neuen Selbstverständnisses als zwar kranker aber gleichwohl wertvoller und fähiger Mensch immer wieder mit Unverständnis, Pessimismus oder handfesten Diskriminierungen fertig werden.

Von Professionellen ernst genommen werden

Die letzte Kategorie der obigen Liste bezieht sich auf die Qualität der Helferbeziehungen. Die Beziehungen zu Psychotherapeuten oder Betreuenden sind für chronisch psychisch kranke Menschen besonders wichtig, sie sind normalerweise der einzige Ort, wo sie sich potentiell wirklich verstanden fühlen. Es ist anzunehmen, dass gerade Psychiater ihre Bedeutung für die Lebensqualität ihrer Patienten (nicht nur für die Gesundung) stark unterschätzen. Die Erfahrung, verstanden und ernst genommen werden, ist deshalb so heilsam, weil es hilft, die vielen schwierigen Erfahrungen, die man als psychisch kranker Mensch macht, in das eigene Selbstbild zu integrieren.

Merkmale einer hilfreichen professionellen Beziehung

Als besonders hilfreich wurden mit großer Übereinstimmung folgende Merkmale der professionellen Haltung genannt:

– Ich bin in einer Beziehung, das heißt, es ist ein echter emotionaler Kontakt.
– Man nimmt mich ernst (mein Erleben wird nicht bagatellisiert).
– Mir wird geglaubt (statt die Haltung „was meint der Patient denn wirklich?“).
– Ich werde verstanden (und man hört mir zu und geht auf mich ein).
– Ich erlebe Mitgefühl für mein Leiden (und nicht nur pädagogische Tipps).
– Ich erfahre Bestätigung und Lob.
– Ich werde wertgeschätzt, wie ich bin (dann fühle ich mich auch wertvoll).
– Ich erfahre Interesse und Engagement (statt ‚therapeutische Abstinenz‘).
– Ich werde so respektiert, wie ich bin (dann kann ich mich auch eher respektieren).
– Man gibt mich nicht auf, auch wenn sich äußerlich nicht viel verändert.
– Man hält aus, was ich erzähle (geteiltes Leid ist halbes Leid).
– Man traut mir etwas zu (dann traue ich mir selbst auch etwas zu).

Veränderungswille ist Resultat, nicht Voraussetzung

Die hier beschriebenen Merkmale sind aus Patientensicht eigentlich Merkmale von Empowerment. Den Patienten hilft eine solche Haltung (auch wenn sie gar nicht perfekt ist), ihre Krankheit psychisch in ihr Selbstbild zu integrieren, eine neue Perspektive als kranker Mensch zu erhalten, sich trotzdem kompetent, nützlich und zugehörig zu fühlen und neues Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl zu erhalten. Dieses neue Selbstkonzept als wertvoller Mensch mit einer Krankheit bedeutet Lebensqualität – und daraus wachsen die Motivation und das Zutrauen, neue konkrete Schritte zu wagen, also auch äußerlich autonomer zu werden. Veränderungswille und Motivation entstehen demnach im Erleben der Patienten durch gute Beziehungen, die Selbstwertgefühl geben und Perspektiven eröffnen. In der Praxis ist es aber immer noch oft so, dass Eigenverantwortung, Wille und Motivation als Voraussetzungen gesehen werden statt als Resultate von Interventionen.

Mangelnde Entwicklung ist auch eine Beziehungsdynamik

Leider zeigt die Untersuchung auch, dass eine solche hilfreich erlebte Haltung von Professionellen eher die Ausnahme ist als die Regel, und das hat sehr konkrete Folgen. In einer Erhebung der Lebenssituation von 287 chronisch psychisch kranken Menschen in verschiedenen rehabilitativen Einrichtungen (Wohnheime, Tagesstätten, Beratungsstellen, stationären Rehabilitationsabteilungen etc.) im Rahmen der Psychiatrieplanung des Kantons Basel-Landschaft 2000-2003 wurde die soziale Desintegration dieser Patienten deutlich[2]: Nahezu alle Klienten haben gemäss Aussage der Behandelnden keine normale Arbeitsstelle, der Großteil pflegt keinerlei gesellschaftliche Kontakte, wohnt unselbständig, ist körperlich vollkommen inaktiv und hat nicht ein einziges Hobby. Konträr zu dieser desintegrierten Situation stehen laut Behandelnden die Bedürfnisse: Die Klienten wünschten sich vor allem einen normalen Arbeitsplatz, einen Partner oder eine Partnerin, eine eigene Wohnung oder generell, «normal zu sein». Laut Einschätzung der Betreuenden dieser Klienten wäre bei über der Hälfte dieser Klienten „schon heute“ ein konkretes Autonomiepotenzial im Arbeitsbereich vorhanden und ebenfalls bei knapp der Hälfte ein Autonomiepotenzial beim Wohnen. Wir fragten deshalb, warum denn dieses Potenzial trotz realer Möglichkeiten nicht umgesetzt wird und die Betreuenden antworteten überraschend: «Die Klienten wollen nicht.» Dies ist ein paradoxes Resultat. Die Klienten leben desintegriert, sie wären gerne

integriert, sie könnten integrierter leben, und doch wollen sie nicht.

Angst

Die Analyse zeigte, dass der Grund, warum trotz Potenzial keine Autonomieschritte gemacht werden, in verschiedenen Ängsten liegt. Zu Beginn des Aufenthaltes in einer rehabilitativen Institution wollen die Betreuenden nicht, dass ein Autonomieschritt gewagt wird („Klient ist noch zu wenig stabil"), und bei fortgeschrittenem Aufenthalt wollen die Patienten es selbst nicht mehr. Die Angst, einen rehabilitativen Schritt zu machen und vielleicht zu «versagen», hängt demnach auch mit der Institutionalisierungsdauer zusammen. Das heißt, es entwickelt sich wahrscheinlich zwischen Klienten und Betreuenden über die Dauer des Aufenthaltes eine negative Dynamik, die die Zuversicht schwinden lässt. Zuerst traut man ihnen wenig zu, und mit der Zeit trauen sie sich selbst nichts mehr zu. Solche Resultate verdeutlichen, dass man den Autonomiewillen nicht nur beim Klienten festmachen kann.

Leben im Heim

Eine Folge-Untersuchung zur Situation aller psychisch kranken Menschen, die in 30 Wohnheimen in der Region Basel leben, hatte zum Ziel, erstmals die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Heime genauer zu beschreiben und deren Lebenssituation im Heim darzustellen[3]. Kaum einer dieser Bewohnerinnen und Bewohner hat einen Partner, eine Partnerin oder eine Beschäftigung. Interessanterweise hatten aber vor Heimeintritt etwa die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner schon einmal mehr als zwei Jahre selbständig gewohnt, hatten einen Partner, eine Partnerin und eine Erwerbstätigkeit - zumindest für die Hälfte der BewohnerInnen bedeutet die jetzige Situation also eine starke Desintegration gegenüber früher.

Veränderungswillen und Zufriedenheit

Die Untersuchung zeigt, dass rund 90% der 464 psychisch kranken Heimbewohnerinnen und -bewohner „Daueraufenthalter" sind, für die kein Austritt mehr geplant ist. Wenn man schaut, wie viele der Bewohner zufrieden sind mit ihrer Situation im Heim und wie viele gerne autonomer wohnen möchten, und dies in Zusammenhang setzt mit ihrer Aufenthaltsdauer im Heim, zeigt sich folgendes Bild:

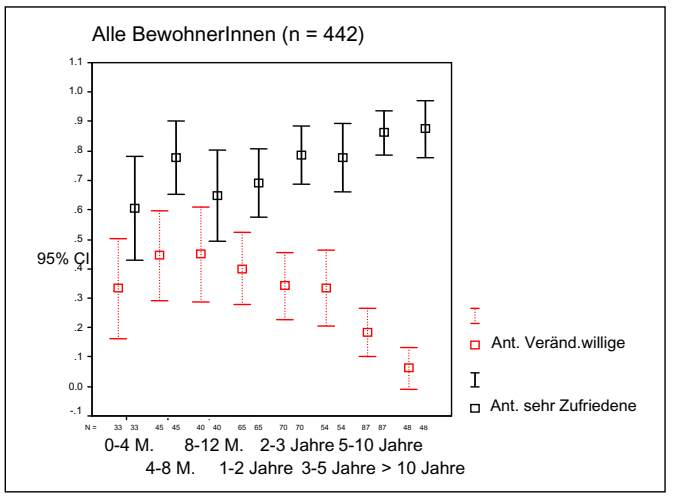


Abb. 1: Zufriedenheit und Veränderungswillen nach Aufenthaltsdauer (n = 442)

Obwohl es sich hier um einen Querschnitt handelt, regen die Resultate zum Nachdenken an: Zu Beginn des Aufenthaltes sind 60% der Bewohner sehr zufrieden und nur etwa 30% haben den Wunsch nach Veränderung in Richtung Autonomie. Nach 4-8 Monaten sind sogar rund 80% sehr zufrieden und gleichzeitig ist auch der Anteil der Veränderungswilligen auf 45% gestiegen. Bei Bewohnern mit dieser Aufenthaltsdauer sind also sowohl Zufriedenheit wie auch Veränderungswillen hoch. Dann stagniert der Anteil der Veränderungswilligen und sinkt gegen Null bei denjenigen, die schon seit mehr als 10 Jahren im Heim sind. Gleichzeitig sinkt zuerst der Anteil der sehr Zufriedenen und beginnt dann erneut zu steigen bis 90% bei den Langzeitbewohnern. Da nur ein geringer Teil der Heimbewohner überhaupt austritt, ist es unwahrscheinlich, dass dieses Resultat nur dadurch zustande kommt, dass die unzufriedenen und veränderungswilligen Klienten halt wieder austreten. So ergeben sich zwei Hypothesen: Entweder die Bewohner werden wirklich immer zufriedener (das wäre wirklich denkbar) oder sie entwickeln eine Art resignative Zufriedenheit und ‚chronifizieren'. Wir haben diese Resultate mit den Betreuenden dieser Heime diskutiert, und diese denken, es handle sich hier eher um eine resignative Zufriedenheit. Der Zeitpunkt im ersten Jahr des Heimaufenthaltes ist also möglicherweise ein besonders wichtiger - wie schon in der vorher geschilderten Untersuchung wird es eventuell bei einigen Bewohnern am Anfang verpasst, einen Schritt in Richtung Autonomie zu wagen.

Was finden Wohnheimleiter wichtig?

Gefragt nach den für ihre Arbeit mit den Bewohnern wichtigen Begriffen machen die 29 Wohnheimleiter folgende Priorisierung (vgl. Abb.2, S.30):
Von 22 Begriffen finden die meisten Heimleiter folgende besonders wichtig: Geborgenheit, Sicherheit, warmes Institutionsklima, Stabilisierung, Beziehung, Ressourcenorientierung und Autonomieförderung. Das ist in Bezug auf die Betonung der Beziehung und das Klima sehr erfreulich, aber was bedeutet „Autonomieförderung", wenn 90% der Klientel nie mehr austreten werden? Interessant ist, dass auf den letzten Plätzen die Begriffe diagnosespezifische Interventionen, Krankheitsverarbeitung oder auch therapeutische Haltung landen - nur 3 bis 7 Heimleiter von 29 fanden das „sehr wichtig". Für das Erleben der Patienten sind aber gerade die professionelle Haltung und die Krankheitsverarbeitung wie wir gesehen haben besonders wichtig. Hinzu

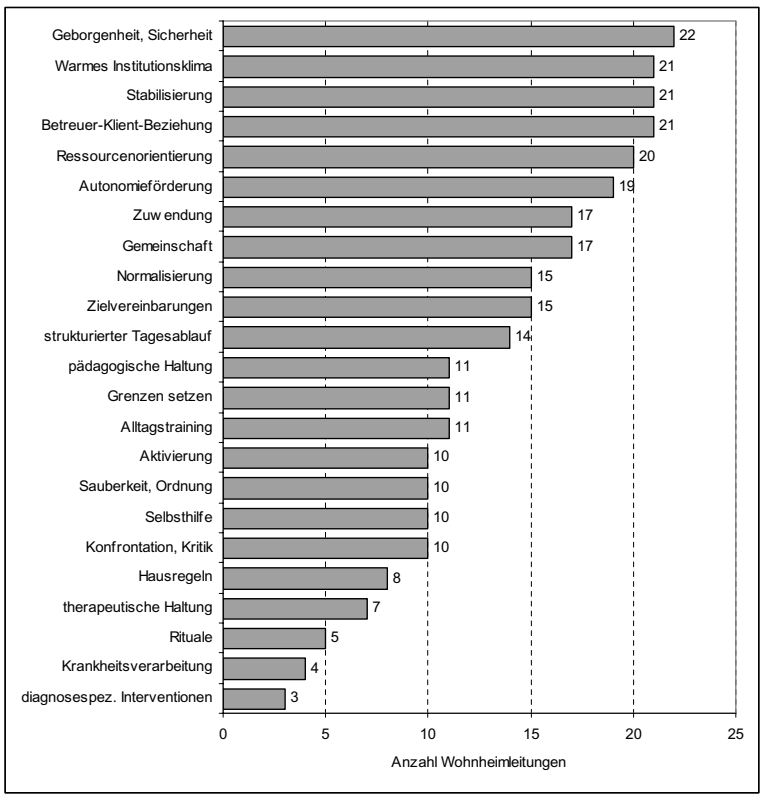


Abb. 2: Was finden Wohnheimleiter „sehr wichtig" für ihre Arbeit (n = 29)?

kommt, dass nur bei wenigen Bewohnern überhaupt bekannt ist, welche psychiatrische Vorgeschichte oder welche Diagnose sie haben. Schließlich wird der Grund des Heimaufenthaltes mit zunehmender Aufenthaltsdauer immer unbekannter - nach 5-10 Jahren wissen die Betreuenden nicht mehr, warum ein Bewohner eigentlich bei ihnen ist, er gehört dann einfach dazu.

Was finden Leiter von Tagesstätten wichtig?

Eine Befragung von Tagesstätten für psychisch Kranke in der Schweiz zeigte sehr ähnliche Ergebnisse[4]. Auch diese wurden gefragt, welche Begriffe für ihre Arbeit besonders wichtig seien. 18 Tagesstätten in der Schweiz wurden angeschrieben, die 10 Antwortenden haben sich folgendermaßen geäußert (vgl. Abb.3): Tagesstättenleiter finden von 30 Begriffen besonders wichtig: Ressourcenorientierung, Einfühlsamkeit, Gruppenaktivitäten, Warmherzigkeit, Selbstbestimmung, persönliche Gespräche, Stabilisierung und Lösungsorientierung. Unwichtig finden sie therapeutische Gruppen, psychiatrische Anamnese, Disziplin, chronische Krankheiten oder auch psychopathologisches Wissen.

Erfreulicherweise - auf dem Hintergrund des Erlebens der Betroffenen - sind Einfühlsamkeit, Warmherzigkeit und persönliche Gespräche ganz vorne. Aber auch hier sind das Leiden („psychiatrische Anamnese") und die Realität der Besucher („chronische Krankheit") eigentlich kein Thema. Das heißt einfach gesagt: Der Grund, warum Besucher von Tagesstätten diese überhaupt frequentieren, wird kaum thematisiert. Man schaut in allererster Linie auf die Ressourcen. Aber das Vorhandensein von ‚Ressourcen' ist nicht der Grund, warum diese Menschen in Tagesstätten sind, sondern ihr Leiden ist es und ihre Defizite.

Polarisierung statt Integration

Die Resultate dieser Untersuchungen weisen darauf hin, dass zwischen psychiatrischer Behandlung und rehabilitativer Versorgung, dem so genannten „Behindertenwesen", zumindest in der Schweiz eine Polarisierung stattgefunden hat: Auf der einen Seite wird vor allem die Psychopathologie fokussiert (und die Rehabilitation vergessen), auf der anderen Seite werden die Ressourcen verstärkt (und das Leiden und die Krankheit verleugnet). Dies ist das Resultat einer Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen - hier das Gesundheitswesen und dort das Behinderten-

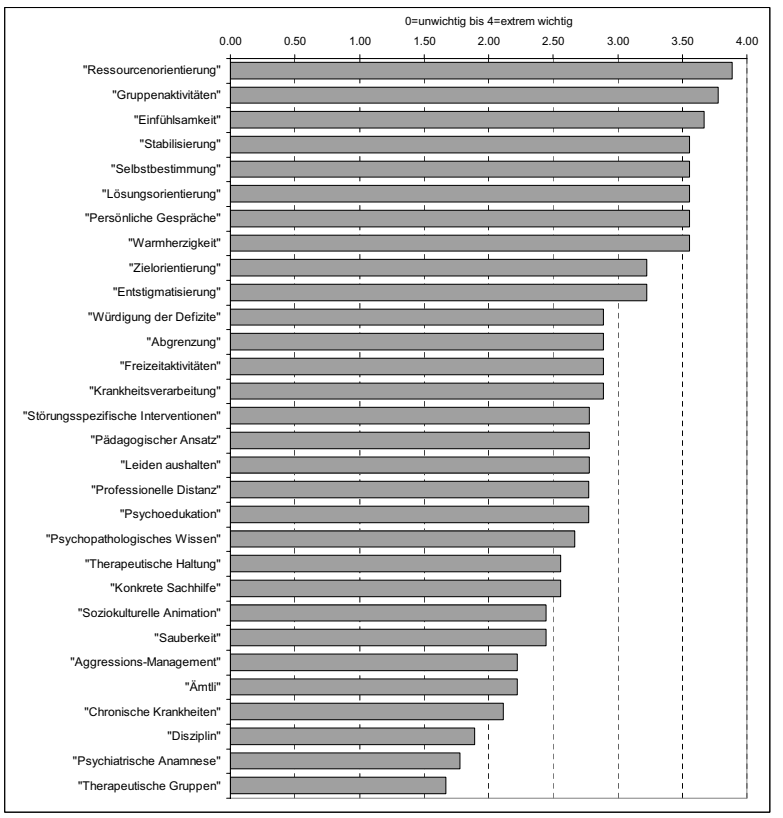


Abb. 3: Was finden Tagesstättenleiter wie wichtig (n = 10 Tagesstätten)?

wesen. Das wird von den Betroffenen als sehr schädlich erlebt. Für die Betroffenen ist es schädlich (nicht nur nicht nützlich), wenn in der Akutbehandlung ihre rehabilitativen Bedürfnisse nicht gesehen werden, und es ist für sie schädlich, wenn in rehabilitativen Einrichtungen ihr Leiden nicht gewürdigt wird. Die Polarisierung von „Defiziten“ und „Ressourcen“ ist natürlich unprofessionell und nimmt den Betroffenen jeglichen Wert - sie sind ja nicht in ihrer gegebenen Situation, weil sie schlecht erzogen wären, sondern weil sie unter einer schweren Krankheit leiden. Diesem Umstand gebührte eigentlich viel Respekt und Aufmerksamkeit, wie dies bei jeder chronischen körperlichen Krankheit auch der Fall wäre.

Psychisches Leid ist kaum auszuhalten

Psychisches Leiden ist wie kaum ein anderes Leiden nach wie vor mit negativen Vorurteilen bedacht. Die Vorurteile sind heute auch insgesamt nicht geringer als vor 50 Jahren. Anscheinend berührt psychisches Leid bei allen - erwiesenermaßen genauso bei Professionellen - tiefgreifende Ängste. Das kann man nicht allein mit Kampagnen ändern. Unter dieser Abwehrhaltung leiden psychisch Kranke besonders stark. Umso wichtiger ist es für sie, dass wir Professionelle ihnen *echt begegnen, ihre schwierige Realität aushalten, mit ihnen über ihr Leiden sprechen* (immer wieder)*, ihr Erleben zu verstehen versuchen,* ihnen *sagen, dass sie abgesehen von der Krankheit gesund und normal sind* und ihnen gleichzeitig *etwas zutrauen.* Die anscheinend in vielen Einrichtungen vorherrschende Strategie, die Erkrankung zu bagatellisieren und zu verleugnen, und stattdessen „Autonomie“ zu „trainieren“, nur „Ziele zu setzen“ oder irgendwelche „Ressourcen zu fokussieren“ geht nicht nur an der Realität der Betroffenen vorbei und bewirkt nichts, sondern es kann für psychisch Kranke zusätzlich schädlich sein. Trainieren, Ziele setzen, Ressourcen fördern sind wichtige Elemente von rehabilitativen Einrichtungen, aber das muss in einen Umgang eingebettet sein, der das Leiden und die oft traurige Realität würdigt, und auch würdigt, wie tapfer viele dieser Patienten mit dieser schweren Realität leben[5]. Wenn wir das würdigen, dann mobilisiert das sehr viele Ressourcen. •

Anmerkungen:

[1] Baer N, Domingo A, Amsler F (2003) Diskriminiert – Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

[2] Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft (2003) Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Liestal, Kantons-Verlag BL.

[3] Baer N, Vauth R, Kunz C (2004) Resultate einer Untersuchung in den Wohneinrichtungen für psychisch Kranke in Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2004 (unveröffentlicht; Unterlagen bei: niklas.baer@kpd.ch).

[4] Baer N, Fasel T, Amsler F (2007) Tagesstrukturierende Angebote für psychisch kranke Menschen: Bedarf, Klientel, Ausrichtung und Nutzen tagesstrukturierender Angebote aus Sicht der BesucherInnen, Zuweisenden und Mitarbeitenden (vollständiger Studienbericht bestellbar auf http://www.stiftungmelchior.ch).

[5] Domingo A, Baer N (2003) Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. Psychiatrische Praxis; 30, 355-357.

Die Hoffnung stirbt zuletzt – wenn sie erst einmal geboren ist!

Von Karl-Heinz Menzler-Fröhlich

„Zur systemischen Dekonstruktion der chronischen Erkrankung in der sozialpsychiatrischen Praxis“, lautete der von der Kerberedaktion vorgeschlagene Arbeitstitel für diesen Artikel.
So wie in guter Umgebung wichtige Teile unserer Gedanken erst beim Sprechen entstehen, ist auch schreibendes sich Beschäftigen ein Geschehen voller innerer und äußerer Dialoge. Am Anfang dieses Artikels steht somit etwas, das erst am – vorläufigen – Ende entstanden ist:
Sich hinsichtlich unserer sozialpsychiatrischen Praxis mit Chronizität zu beschäftigen, bedeutet im Wesentlichen, sich mit uns selbst zu beschäftigen. Mit unseren Fragen, vielleicht mit unserem Unbehagen, mit unserer Haltung. Wo das geschieht, gibt es Impulse zur Weiterentwicklung entsprechender Methoden und Arbeitsformen und zur Entwicklung entsprechender Leitungs-, Organisations- und Verbundstrukturen.

Um das Wort herum – Chronisch

Eigentlich ein einfaches Adjektiv. Wenn wir dieses Wort mit Hilfe unserer Assoziationen etwas dramatisieren, können wir allerdings „Verrücktes“ erreichen. Wir können dann die Überzeugung gewinnen, dass Menschen mit sogenannten chronischen psychischen Problemen kaum persönliche Entwicklungschancen haben, dass Sie ihr Leben vorsichtig und sehr eingeschränkt leben müssen und dass wir natürlich die zu diesen Überzeugungen passenden Strukturen schaffen müssen.

Um das Wort herum – Systemisch

Ein verführerisches Adjektiv, das einem manchmal mit fast unerträglicher Leichtigkeit suggeriert, die kreative Lösung schlummere naheliegend im Verborgenen und es benötige lediglich ein paar beherzte Schnitte mit dem scharfen Skalpell systemischer Methodik, um komplizierte Probleme aus den Spinnweben der sozialpsychiatrischen Strukturen heraus zu operieren.

Aspekte einer kritischen Diskussion – Beiträge ohne Wirkung?

Der Begriff Chronizität regt seit

Karl-Heinz Menzler-Fröhlich
Dipl. Sozialpädagoge, systemischer Familientherapeut, Leiter des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes der Evangelischen Gesellschaft e.V. in Stuttgart

über 30 Jahren zu Auseinandersetzungen an, die dazu führen, bestehendes Wissen, Ideen und Haltungen und die jeweils vorhandenen Strukturen zu befragen. Im Oktober 2006 lädt Nils Greve in einem Vortrag dazu ein, Chronizität als eine Eigenschaft der Beziehungen zu sehen, die wir zu unseren Klienten eingehen und erläutert dementsprechend, dass professionelle Helferinnen und Klientinnen jeweils Einfluss auf den Verlauf dieser Beziehungen nehmen. Er plädiert dafür, sich von der Vorstellung zu verabschieden, Chronizität sei eine Eigenschaft von Menschen oder ihrer Krankheiten. Sein Wunsch: Offen bleiben für Entwicklungen, auch nach langer Zeit, und diese nach Kräften unterstützen.
Seit den frühen 90er Jahren gingen vor allem von Jochen Schweitzer dazu vielfältige, systemisch inspirierte und praxisbezogene Anregungen in die unterschiedlichsten Arbeitsfelder der Sozialpsychiatrie ein (s. dazu den Beitrag von Jochen Schweitzer in diesem Heft).
Bereits 1980 wägt Ciompi Argumente und Gegenargumente zur Frage ab: „Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?“
Er diskutiert Institutionalismus und Unterstimulation, die Vielgestaltigkeit der Langzeitverläufe unter Bezug auf die Studien der 70er Jahre und stellt die Wichtigkeit sozialer Variablen („Umweltplastizität“ chronischer Verläufe) heraus.
Erstaunen kann uns, dass vier Jahrzehnte nach den ersten Forschungsergebnissen zur überragenden Bedeutung von Erwartungshaltung und Zukunftserwartung aller Beteiligten (Klientinnen und Klienten, Angehörige und professionelle Helferinnen und Helfer) heute die Recovery Bewegung auf die Notwendigkeit der Entwicklung einer entsprechenden positiven Haltung hinweisen muss. Michaela Amering, Margit Schmolke, Andreas Knuf und andere stellen das Fortbestehen der Demoralisierung von Hilfesuchenden durch schlechte Prognosen fest und betonen, dass es bei der Gesundung langzeiterkrankter Menschen weniger um spezifische Therapiemethoden als vielmehr um eine gute menschliche Begegnung geht.

Wo es um die Ganzheit einer Person geht, ist das Einnehmen einer sozialpsychiatrischen Haltung kein intellektueller Akt, sondern durch Interesse und Neugier, Herantasten, Begegnung und Wahrnehmung bestimmt.

Wie kommt es, dass die Psychiatrie und Sozialpsychiatrie mit diesem bedeutsamen und lange bekannten Wissen so unachtsam umzugehen scheint?

(Sozialpsychiatrische Grund-) Haltung

Annäherung an einen vielleicht allzu selbstverständlichen Begriff

Wir können über Haltungen schreiben, sie beschreiben, darüber lesen oder darüber reden. Wirksam scheinen sie vor allem dann zu werden, wenn wir sie empfinden. Wir spüren Interesse. Wir brennen vor Neugier. Wir tasten uns heran. Wir begegnen uns. Wir nehmen (für) wahr.
In diesem Sinne ist das Einnehmen einer Haltung kein intellektueller Beschluss, sondern mehr ein Wahrnehmen mit allen Sinnen. „Die bekannte Maxime, man möge erst eine Haltung einnehmen, das weitere ergebe sich von selber, bewährt sich nicht mehr im Umkreis von Wesenshandlung und Wesenshaltung, also wo es um die Ganzheit der Person geht.“ Und Martin Buber in seiner kleinen Abhandlung „Elemente des Zwischenmenschlichen“ 1953 weiter: Wir sollten „eine Gabe ausbilden, die als Aschenbrödel und vorbestimmte Prinzessin in uns Menschen lebt. Manche nennen sie Intuition, aber das ist ein nicht ganz eindeutiger Begriff. Ich möchte den Namen Realphantasie vorziehen, denn in ihrem eigentlichen Wesen ist sie ... ein kühnes, fluggewaltiges, die intensivste Regung meines Seins beanspruchendes Einschwingen in ... die mir entgegentretende besondere reale Person, die ich mir eben so und nicht anders in ihrer Ganzheit, Einheit und Einzigkeit ... zu vergegenwärtigen versuchen kann.“

Sollen professionelle Helferinnen und Helfer jetzt fliegen lernen?

Wenn wir Nils Greve folgen und chronische, auf Dauer angelegte Beziehungen – auch und gerade die zu uns selbst – betrachten, stellen wir nochmals fest:
Sie können geprägt sein von einengenden Voreingenommenheiten, ritualisierten Gewohnheiten und eindimensionalen Antworten.
In welche Richtung können wir unsere (Haltungs-)Kompetenzen entwickeln, damit wir öffnende Fragen erkennen und stellen und an Gesprächen mit besonderer Qualität teilhaben können, die vielleicht so beginnen:
„Haben wir uns wirklich wenigstens ansatzweise klargemacht, was diese Extreme für Herrn S. bedeuten?“, fragte eine Kollegin ins Team als sich Erschöpfung, Resignation und Ärger bei der Unterstützung eines Menschen, dem eine Borderline Störung diagnostiziert war, auszubreiten begann.
„Ich glaube wir sind seelenverwandt, verstehen Sie was ich meine?“, sagte ein Klient vor kurzem zu einem Kollegen.
Wenn wir uns in der von Martin Buber angedeuteten Haltung mit dem Wesen(tlichen) befassen, können wir in eine freundschaftliche, freie und persönliche Auseinandersetzung und Begegnung mit der Möglichkeit der eigenen Weisheit gelangen.

Phil und Sophie – Sich kümmern um die eigene Weisheit – Mäandern ohne Erleuchtungsstress

Die beiden Philosophen Thomas Stölzel und Matthias Ohler laden in ihren Seminaren dazu ein, Fragen zu stellen, uns begleitende Fragen zu beachten und diese weniger durch „rasche Antworten wasserdicht zu schließen“. Sie bringen in Berührung mit vier uns allen (Klientinnen und Klienten, Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer) eigenen, philosophischen Kompetenzen, die ich nachfolgend als Qualitäten einer entsprechenden Haltung beschreiben will.

Wie geht das denn? Hoffen? Zuversichtlich sein? Nicht Voreingenommen-Sein? An Veränderung glauben und sie ermöglichen? Nicht den chronischen Stillstand erwarten?

Staunen

erleben wir vor allem dann, wenn wir auf eine erste Weise wahrnehmen, wenn es uns gelingt, aus unserem Vorwissen, aus professionellen Perspektiven oder mumifizierten Lebenserfahrungen herauszutreten. Wir sind dann ohne Begriffe – im Besonderen natürlich ohne Diagnosebegriffe oder

andere Schließwörter. Mit unserer eigenen Fähigkeit zum Staunen können wir spielen, indem wir versuchen in uns einen Blick zu erzeugen, als sähen oder hörten wir diese Person, dieses Problem oder jene Sichtweise zum ersten Mal. Das kann in einer Teambesprechung mit Kolleginnen und Kollegen genauso erfahrungsreich sein („Was von dem Gehörten erstaunte mich am meisten?“) wie in privaten Bezügen. Erleben wir uns in dieser Weise am Anfang, können wir beginnen uns zu bewegen:

Skepsis

als weitere Qualität einer Haltung, die helfen kann Chronizität zu vermeiden, meint nicht negative Ablehnung oder grundsätzliche Infragestellung. Stattdessen geht es um ein genaues Untersuchen, ein Abwägen von Meinungen und Gegenmeinungen, ein von vielen verschiedenen Seiten Betrachten, ein unbefangenes Zuhören mit dem Wunsch zu Verstehen. Dabei wird eigenes Wissen und Erfahrungen durchaus und intensiv genutzt. Gleichzeitig ist eine konsequente Zurückhaltung wichtig. Eine Entscheidung im Sinne von richtig oder falsch ist nicht gefragt. Diese könnte allzu schnell und doch nur in den sicheren Hafen des eigenen Vorverständnisses führen.
Wie können wir uns dann aber weiterbewegen, in der Begegnung bleiben hin zum Verstehen?

Mut

Der norwegische Philosoph Anders Lindseth schreibt: „Aus der Bewegung des Zuhörens zum Verstehen des Gehörten zu gelangen, das fordert einen selbstverantworteten Schritt heraus. Wir müssen es nicht nur wagen, uns dem Ausdruck des anderen auszusetzen, sondern auch zu einem Verstehen zu gelangen, das wir dem Ausdruck des anderen entgegenbringen können. Verstehen ist also immer ein Mut zum Verstehen. Ohne Mut auch kein Verstehen.“ Das gilt in der Begegnung und im Dialog mit anderen sicher genauso, wie wenn wir uns selbst so gegenübertreten würden, als seien wir uns fremd.
Wenn wir uns professionell als Alltagsbegleiter für einen längeren Zeitraum verstehen, dann kommen wir natürlich nicht ohne eine nächste Kompetenz aus, die uns und den Menschen mit denen wir zu tun haben Gelassenheit, Entspannung und auch innere Distanz gewährt.

Humor

hilft Festgefahrenes aus einem gewissen Abstand heraus zu betrachten, hilft sich zu distanzieren und kann zu einem neuen Blick befreien. Manchmal ist das Zielen neben die Mitte eben doch genauer.

Die vorangegangenen Zeilen beziehen sich auf das Arbeitsfeld des sozialpsychiatrischen Wohnverbundes der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart und beruhen in ihrer praktischen und alltagsbezogenen Bedeutung auf Lernerfahrungen zwischen den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Menschen, die im ambulant betreuten Wohnen in unterschiedlichster Art und Intensität – oft über viele Jahre – unterstützt werden.

Staunen, Skepsis, Mut und Humor als Kompetenzen einer philosophischen, sozialpsychiatrischen Grundhaltung beeinflussen unsere Alltagspraxis und die sich entwickelnden Strukturen. Ausgehend von einem Projekt systemische Praxisreflexion mit Jochen Schweitzer Anfang der 90er Jahre und durch Berührung mit den von Tom Andersen beschriebenen Ideen und Formen des Arbeitens mit Reflektierendem Team gehören entsprechende Arbeitsformen in vielfältiger Weise ebenso zu unserem Arbeitsverständnis wie das Engagement für die Entwicklung entsprechender sozialpsychiatrischer Strukturen.

Zwischen Bescheidenheitsgigantismus und missionarischem Amen liegt die feste Überzeugung, dass wir gute – nützliche und lehrreiche – menschliche Begegnungen erleben, wenn wir staunen - wenn wir mit skeptischer Zurückhaltung dem Zwang zur Eindeutigkeit und zum Tempo widerstehen und verschiedenste Sichtweisen gelten lassen können – wenn wir mit Mut zur gegebenen Zeit Verständnis entgegenhalten und Bewegung und Entscheidung herausfordern – und wenn wir es verstehen, die verflüssigende Kraft des Humors wirken zu lassen.

Auf diese Weise könnte aus dem freudlosen Schauspiel der hoffnungslosen Helfer und Helferinnen, das wir vielleicht manchmal auf unseren inneren Bühnen aufführen, doch noch ein Abenteuerroman mit ungewissem Ausgang werden. •

Literatur:
Andersen, Tom; Das Reflektierende Team, Dortmund 1991
Anderson, Harlene; Das therapeutische Gespräch, Stuttgart 1999
Bieri, Peter; Das Handwerk der Freiheit, Frankfurt 2003
Buber, Martin; Das dialogische Prinzip, Heidelberg 1979
Deissler, Klaus G., Mc Namee, Sheila; Phil und Sophie auf der Couch, Heidelberg 2000
Fuchs, Thomas; Leib, Raum und Person, Stuttgart 2000
Lindseth, Anders; Zur Sache der philosophischen Praxis, Freiburg 2005

DGSP
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V.

Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder, Angehörige und Psychiatie-Erfahrene

Das Kurzfortbildungsprogramm 2008

enthält über 60 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen. Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 13 verschiedenen Orten statt.

Bestelladresse
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: 02 21/51 10 02 · Fax: 02 21/52 99 03
dgsp@netcologne.de · **www.psychiatrie.de/dgsp**

Wie kann die Integration chronisch psychisch kranker Menschen in die Gemeinde (wirklich) gelingen?

Von Günter Ernst-Basten

Abstract

Die Gemeindepsychiatrie hat viel erreicht, das Hilfeangebot hat aber erhebliche Schwächen. Psychisch kranke Menschen haben keine echte Wahl zwischen Leistungen in Sonderwelten und Leistungen in der Mitte der Gesellschaft. Grundlage eines neuen Bündnisses zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie könnte das Leitbild Inklusion sein. Das Wunsch- und Wahlrecht der psychisch kranken Menschen und die „Ambulantisierung" der Leistungen sollten im Zentrum stehen. Neue Strategien und Umsetzungen sind insbesondere im Bereich der Teilhabeplanung, den Leistungen im Wohn- und Arbeitsbereich und im Bereich der Behandlung notwendig.

Günter Ernst-Basten
Geschäftsführer
Brücke Schleswig-Holstein gGmbH
Vorstand des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V.
Muhliusstraße 94,
24103 Kiel
Email:
mailbox@bruecke-sh.de

Gemeindepsychiatrische Subkulturen

Hat die Gemeindepsychiatrie wirklich die gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten für psychisch kranke Menschen verbessert oder sind eigene, von der Gesellschaft abgetrennte, psychiatrische Subkulturen, in den Gemeinden entstanden? Muss die Gemeindepsychiatrie als Realität akzeptieren, „dass (sich) viele chronisch Kranke ... ein Netz von Betreuungspersonen und Therapeuten als Ersatz für ein ‚normales soziales Netz' schaffen und im Übrigen fast nur Kontakt zu anderen Betroffenen pflegen"? Erleben viele psychisch kranke Menschen nur noch in diesen ‚Psychiatriegemeinden' Verständnis und Akzeptanz anstelle von Ablehnung und Stigmatisierung? Trägt forcierte Integration das Risiko einer Dekompensation in sich (*Hambrecht*, 2007)? Brauchen psychisch kranke Menschen separate Wohnstätten und Werkstätten oder sollten sie, wie andere Bürger auch –mit der notwendigen fachlichen Begleitung- die allgemeinen Angebote in einer Kommune in Anspruch nehmen können? Tragen die gemeindepsychiatrischen Anbieter selbst mit ihren Angeboten zu diesen Sonderwelten bei? Gestalten sie Schonräume, in denen sich Betroffene und Mitarbeiter/innen bequem einrichten? Wird mehr Markt benötigt, um Abhilfe zu schaffen? Oder mehr Steuerung seitens der Leistungsträger?

Bilanz

Diese und ähnliche Fragen bewegen derzeit die Landschaft. Um sie beantworten zu können, ist es hilfreich, zunächst Bilanz zu ziehen. Bei aller Notwendigkeit zur Veränderung sollten wir das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. Auf jeden Fall teile ich die Auffassung von *Bauer* (2007), dass die Gemeindepsychiatrie eine ganze Menge zum Positiven verändert hat. Vor der Psychiatriereform waren psychisch kranke Menschen im Wesentlichen allein gelassen und ausgeschlossen. Das Psychiatriesystem und die Gesellschaft waren sich einig in der Exklusion. Mit der Psychiatriereform entwickelte sich eine vielfältige Landschaft mit integrativen Leistungen, so wie sie auf der Grundlage des Leistungsrechtes und der jeweiligen regionalen Absprachen möglich wurden. Differenzierte Angebote im Wohnbereich, unterschiedliche Hilfen im Arbeitsbereich, Kontaktstellen und Begegnungsstätten, wohnortnahe psychiatrische Behandlung in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form entstanden.

Über diesen Erfolg der Gemeindepsychiatrie sollten wir uns freuen. Wir müssen aber auch feststellen, dass die bis jetzt entstandenen Angebote weiterentwickelt werden müssen. Unser jetziges gemeindepsychiatrisches Hilfesystem weist wesentliche strukturelle Mängel auf. Es ist zwar im Vergleich zur früheren Situation deutlich weniger exkludierend, hat aber auch als eine Art Nebenwirkung der Reform Sonderwelten entstehen lassen.

Eine skizzenhafte Bilanz der jetzigen Situation:

- Unser gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem ist sehr vielfältig, mit Einzelleistungen von zum Teil hoher fachlicher Qualität.
- Die Angebotslandschaft ist fragmentiert, die Leistungen stehen unverbunden nebeneinander. Die Leistungsträger markieren klare Grenzen in ihren Zuständigkeiten. Das System gleicht einem Puzzle mit vielen Einzelteilen, die nicht alle zusammenpassen. Es ist für alle Beteiligten, insbesondere für Menschen in Lebenskrisen, schwer durchschaubar.
- Die Leistungen sind angebots- und nicht personenzentriert. Die Finanzierungen sind an Einrichtungen und Dienste und nicht an Menschen gebunden, die Wahlmöglichkeiten der Menschen sind stark eingeschränkt.
- Die Hilfesysteme Sucht, Psychiatrie, Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Altenhilfe und Psychosomatik sind voneinander getrennt, obwohl die Probleme der Menschen meist verschiedene Bereiche berühren.
- Bestimmte Gruppen (alte Menschen, Menschen mit Doppeldiagnosen, Migranten/innen usw.) sind unterversorgt. Gleichzeitig gibt es Überversorgung aufgrund der mangelnden Koordinierung im Hilfesystem.
- Der Bedarf wächst kontinuierlich, die Kosten steigen weiter an. Das Geld fließt überwiegend in

stationäre Bereiche, der ambulante Bereich ist unterfinanziert und stark verregelt.
• Das bestehende System ist nur begrenzt leistungsfähig, wie z.B. die stark steigende Zahl von Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankung zeigt. Aus dem Arbeitsleben ausgeschlossen zu sein ist für (chronisch) psychisch kranke Menschen Standard.
• Viele psychisch kranke Menschen leben auch in der Gemeinde in Sonderwelten, nutzen ein Netz von Betreuungspersonen und Therapeuten als Ersatz für ein „normales“ soziales Netz und haben fast nur Kontakt zu anderen Betroffenen. Das stabilisiert und gibt Halt, schließt aber auch aus.

Leitbild Integration	Leitbild Inklusion
Hilfeempfänger/in	leistungsberechtigte/r Bürger/in
Einrichtungsfinanzierung	Personfinanzierung
Fürsorge / Fremdbestimmung	Assistenz und Selbstbestimmung
Professionalisierung	Subsidiarität
Pauschaliertes Leistungspaket	individuelle Lösung
Input- und Prozessorientierung	Wirkungs-/Ergebnisorientierung
Geschützte „Orte zum Leben“	Community Living, Inklusion
Strukturierte Arbeit	arbeitsteilige komplexe Arbeitsprozesse
Geregelte Arbeitsverhältnisse	umfassende Mobilität und Flexibilität

(nach Steinhart 2007)

Tabelle: Paradigmenwechsel von der Integration zur Inklusion

Von der Integration zur Inklusion

Die gemeindepsychiatrischen Träger haben aus meiner Sicht jetzt die wichtige Aufgabe, die Initiative zur Weiterentwicklung der Leistungen zu ergreifen. Wir sollten unsere Aktivitäten nicht auf die Verteidigung des Erreichten reduzieren. Im Gegenteil, wir brauchen innovative Ideen und Mut, diese auch umzusetzen und neue Wege zu gehen. Wir brauchen eine neue Partnerschaft mit den Leistungsträgern und der Politik und –besonders wichtig- eine Stärkung der Position der Nutzerinnen und Nutzern. Wir sollten die Betroffenen als leistungsberechtigte Bürgerinnen und Bürger verstehen, die ein Recht auf Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten haben. Wir haben die Chance, an der zukünftigen Ausgestaltung der gemeindepsychiatrischen Leistungen aktiv mitzuwirken. Und das bei erheblich besseren Startbedingungen als vor 25 Jahren.

Orientierungsrahmen für die Beschäftigung mit der Gemeindepsychiatrie der Zukunft kann die Idee der „Inklusion“ sein. In Schleswig-Holstein beschäftigen wir uns, angestoßen durch das Sozialministerium, derzeit im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit Behinderungen mit diesem Konzept. Die Tabelle zeigt dies: Auf der linken Seite sieht man das bisherige Paradigma „Integration“, auf der rechten Seite die neue Orientierung. Bei der Umgestaltung der Leistungen in Richtung des Leitbildes Inklusion „geht es vor allem um die Wahrung der Rechte (der Menschen mit Behinderung) als Bürgerin und Bürger, die Herstellung gesellschaftlicher Teilhabe durch personenzentrierte Unterstützung und die Sicherung der materiellen und sozialen Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben“ (LAG der Freien Wohlfahrtspflege Schleswig-Holstein, 2007).

Strategien und Maßnahmen

Um Veränderungen anzustoßen, müssen wir gemeinsam mit Leistungsberechtigten und Leistungsträgern konkrete regionale Handlungsstrategien und Umsetzungspläne entwickeln. Dabei sollte es gemeinsames Ziel sein, den Leistungsberechtigten eine wirkliche Wahl auf der Grundlage persönlicher Wünsche und Bedarfe und eines differenzierten Leistungsangebotes zu ermöglichen. Zu dieser Wahl sollte es auch gehören, dass die Leistungsberechtigten zwischen Schonräumen einerseits und der Möglichkeit, unter Begleitung wie andere Bürger auch in der Gemeinde zu wohnen, zu arbeiten und die Freizeit zu gestalten, entscheiden können.

Voraussetzung für diese Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes ist eine umfassende Information und Beratung, die Feststellung des Teilhabebedarfes in einem fundierten und transparenten Verfahren, die Vereinfachung des Zugangs (Beantragung, Begutachtung, Abklärung von Zuständigkeiten und Teilhabebedarf) bei leistungsträgerübergreifenden Hilfen und ein Angebot an personenzentrierten anstelle von institutionszentrierten Leistungen, die in der Lebenswelt der Leistungsberechtigten ansetzen. Dabei müssen wir auf die Sicherung der Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung (einschließlich der Qualität der Arbeitsbedingungen) achten.

Teilhabeplanung

Ziel der Teilhabeplanung soll es sein, das persönliche Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen als Leistungsberechtigte zu realisieren.

Strategien können sein:
• Sicherstellen, dass die Leistungsberechtigten einen niedrigschwelligen Zugang zu umfassender unabhängiger Information und Beratung erhalten.
• Ein transparentes Verfahren zur Feststellung des Teilhabebedarfes festlegen, dass alle Beteiligten (Leistungsträger, -berechtigte, -erbringer) einbezieht, aus dem sich Leistungsansprüche ableiten und dass Rechtssicherheit schafft.
• Ein anerkanntes Instrument der Rehabilitationsdiagnostik auf der Grundlage der ICF einsetzen.
• Eine leistungsträgerübergreifende, lebensweltorientierte Leistungsplanung durchführen.
• Die Leistungsplanung als partnerschaftliche Aufgabe der Beteiligten, z.B. in Form von Hilfeplankonferenzen realisieren.
• Schnittstellen zwischen Leistungsträgern oder Leistungsbereichen organisieren.
• Den Leistungsberechtigten die Chance ermöglichen, ihre Teilhabeansprüche auch rechtlich durchzusetzen.

Gemeinsames Ziel sollte es sein, den Leistungsberechtigten eine wirkliche Wahl auf der Grundlage persönlicher Wünsche und Bedarfe und eines differenzierten Leistungsangebotes zu ermöglichen.

Leben in der Gemeinschaft

Ziel der Leistungen in diesem Bereich soll es sein, nach Möglichkeit den Verbleib in der vertrauten Lebenswelt sicherzustellen. Die Hilfen sollen zu den Menschen

kommen und nicht die Menschen zu den Hilfen. Die Leistungsberechtigten sollen die Möglichkeit zu einer echten Wahl ihres Wohnortes unabhängig von Art und Umfang der Betreuung haben.

Strategien können sein:
- Die starren Grenzen zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Betreuungsformen aufheben.
- Regional aufeinander abgestimmte Wohnverbünde ausgestalten.
- Genügend Ressourcen auch für die fallunspezifische und indirekte Arbeit im Stadtteil zur Verfügung stellen.
- Stadtteilorientierte Kontakt- und Begegnungsstellen für alle Bürger/innen öffnen.
- Stationäre Wohneinrichtungen ausschließlich kleinteilig und gemeindeorientiert organisieren.
- Stationäre Wohneinrichtungen in den Stadtteil hinein öffnen.
- Vereinbarungen zur Umwandlung stationärer Plätze in ambulante Betreuungsformen („Konversionsprojekte“) treffen.
- Begünstigende Rahmenbedingungen für die bedarfsgerechte ambulante Betreuung schaffen (Sicherstellung von Qualitätsstandards, von ambulanten Komplexleistungen).

Strategien und Maßnahmen im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben

Ziel der Leistungen in diesem Bereich soll es sein, nach Möglichkeit den Verbleib im Arbeitsleben sicherzustellen oder den Zugang zu ermöglichen. Die Leistungen im Arbeitsbereich sollen den Leistungsberechtigten die Möglichkeit zu einer echten Wahl ihres Arbeitsortes unabhängig von Art und Umfang der Betreuung geben.

Strategien können sein:
- Die Trennung zwischen teilstationären und ambulanten Leistungsformen überwinden, z.B. die enge Zusammenarbeit von Werkstätten und Integrationsfachdiensten organisieren.
- Regionale aufeinander abgestimmte Rehabilitationsverbünde (regionale Zentren zur Teilhabe am Arbeitsleben) ausgestalten.
- Das Eingangsverfahren in Werkstätten so verändern, dass es keine Einbahnstraße in die Werkstatt hinein ist sondern eine echte Möglichkeit zum Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt bietet (z.B. durch Organisation außerhalb der Werkstatt).
- Den Berufsbildungsbereich auch ambulant außerhalb der Werkstatt unter Nutzung des allgemeinen Arbeitsmarktes organisieren.
- Virtuelle Werkstattplätze in ausreichender Zahl zur Verfügung stellen.
- Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt aus der Werkstatt heraus aktiv gestalten.
- Die bisher an die Institution Werkstatt gekoppelten Leistungen zukünftig an die Person knüpfen (einschließlich gleicher sozialversicherungsrechtlicher Regelungen) und so die Möglichkeit, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit dauerhafter Unterstützung tätig zu sein, schaffen.
- Ein Angebot für unterstützte Beschäftigung in der Region zur Verfügung stellen.
- Integrationskonzepte in Zusammenarbeit Sozialhilfeträger – Arbeitsgemeinschaften nach SGB II verabreden.
- Regionale Entwicklungspartnerschaften unter Einbeziehung der Leistungsträger, Leistungserbringer, Kooperationspartner aus der Wirtschaft begründen.

Strategien und Maßnahmen im Bereich Behandlung und medizinische Rehabilitation

Ziel der Leistungen in diesem Bereich soll es sein, dass Menschen in psychiatrischen Krisen nach Möglichkeit nicht aus ihrem Lebensumfeld herausgerissen und dass persönliche und soziale Ressourcen gestärkt werden. Ziel soll es auch sein, ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen sicherzustellen.

Strategien können sein:
- Angebote der medizinischen Rehabilitation in erreichbarer Nähe ausgestalten,
- Die Möglichkeit schaffen, krankenhausbehandlungsbedürftige Krisen auch mit ambulanter Unterstützung zu bewältigen (Hometreatment).
- Psychiatrische Krankenpflege, ambulante Ergotherapie, Soziotherapie regional ausbauen.
- Im Rahmen integrierter Versorgungsverträge regionale Behandlungsnetzwerke ausgestalten.
- Sich an medizinischen Versorgungszentren beteiligen.

Schlussbemerkung

Die Aufzählung der von mir vorgeschlagenen Strategien ist sicher nicht vollständig. Manche Maßnahmen sind relativ leicht umzusetzen. Sie benötigen (nur) Veränderungen in unseren Köpfen und tatkräftiges Handeln. Das dürfte eigentlich den Managerinnen und Managern sozialpsychiatrischer Organisationen nicht schwer fallen. Andere Maßnahmen beziehen sich auf „dicke Bretter“. Hier müssen wir breite Bündnisse schließen und konsequent an der Umsetzung arbeiten. Ich glaube aber, dass die Zeit reif ist für Veränderungen. Wir haben mittlerweile ziemlich klare Vorstellungen davon, wie die Gemeindepsychiatrie in Zukunft aussehen soll, die Hürden liegen in der Umsetzung. Aber die gemeindepsychiatrischen Träger, die bereits in der Praxis gezeigt haben, dass konkrete Veränderungen möglich sind, machen uns Mut.

Die Gesellschaft, in der wir leben, ist nicht homogen. Sie ist nicht nur durch eine Kultur gekennzeichnet, sondern durch viele Subkulturen. Warum soll in dieser Gesellschaft nicht auch eine sozialpsychiatrische Subkultur ihren Platz finden, wenn sich die Menschen für diese besonderen Schonräume entscheiden? Wichtig für mich ist die Möglichkeit zur freien Wahl. Dazu ist es unbedingt notwendig, dass psychisch kranke Menschen in ihrer Rolle als Leistungsberechtigte im Versorgungssystem wesentlich gestärkt werden. Sie benötigen Information, Beratung und Assistenz bei der Auswahl der für sie richtigen Angebote, auch im Zusammenhang mit der Leistungsform des Persönlichen Budgets. Leistungserbringer haben die Aufgabe, neue Leistungen auch außerhalb von Einrichtungen zu gestalten, um Wege zur möglichst weitgehenden Teilhabe in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben hinein zu ermöglichen. Leistungsträger haben die Aufgabe, flexible Formen der Leistungserbringung auch leistungsträgerübergreifend möglich zu machen und zu gestalten. •

Literatur:
Bauer, Manfred: Die Psychiatriereform war nur eine Modernisierung. Contra-Position. Psychiatrische Praxis 2007; 34, 216-217
Hambrecht, Martin: Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert. Psychiatrische Praxis 2007; 34: 263-265
Freie Wohlfahrtspflege Schleswig-Holstein: Diskussionspapier Behindertenpolitisches Gesamtkonzept, 2007
Steinhart, Ingmar: Dialog Inklusion. Vortrag 6-2007

SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen

Von Matthias Hammer, Irmgard Plößl, Tanja Hundsdörfer

Abstract

Vorgestellt wird ein Stressbewältigungstraining (SBT) für psychisch kranke Menschen. Es dient dazu, die Teilnehmer zu unterstützen, funktionale Alltags- und Krisenbewältigungsstrategien sowie das optimale Belastungsniveau einzuüben, Über- und Unterforderung zu meiden und positives Erleben zu stärken. Es werden die Ergebnisse einer Wartegruppenstudie, die in der WfbM des Rudolf-Sophien-Stifts (Stuttgart) durchgeführt wurde, vorgestellt. Das SBT wurde in die Standardversorgung der WfbM und der RPK Abteilung des RRSS aufgenommen.

Einleitung

In den vergangenen Jahren sind die Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und deren Selbsthilfemöglichkeiten im Umgang mit Belastungen vermehrt ins Blickfeld gerückt. Dies spiegelt sich in zahlreichen wissenschaftlich Untersuchungen [1,2] zur Krankheitsbewältigung wider, aber auch in verschiedenen konkreten Handlungsansätzen, Selbstbefähigung zu fördern [3,4] und Unterstützung zu bieten bei der Optimierung von Bewältigungsstrategien. Bewältigungsorientierte Ansätze stellen auch eine wichtige Grundlage in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen dar [5].
Diese Ansätze werden in der Regel vor dem Hintergrund des integrativen und störungsübergreifenden Entstehungs- und Verlaufsmodells für psychische Erkrankungen, dem Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungs-Modell [6], formuliert, das in der psychiatrischen Forschung allgemein anerkannt ist. Es beschreibt die Wechselwirkungen von Entstehungsbedingungen, Disposition, auslösenden und belastenden sowie protektiven Faktoren, die zum Auftreten und Verlauf einer psychischen Erkrankung beitragen. Stressfaktoren werden in diesem Modell als maßgebliche Faktoren betrachtet, die in Wechselwirkung stehen zu einer störungsspezifischen angeborenen oder erworbenen Verletzlichkeit.
Bewältigung bedeutet in diesem Zusammenhang zu lernen, äußere oder innere Belastungen zu tolerieren, zu vermeiden oder zu überwinden [7], um Rückfällen entgegen zu wirken und das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhalten bzw. sie zu steigern. In diesem Sinne ist es wichtig, dass psychisch kranke Menschen die eigenen Bewältigungs- und Selbsthilfefähigkeiten einsetzen und optimieren lernen, um mit Stress und Belastungen angemessen um zu gehen.
Um psychisch kranke Menschen bei der Bewältigung von Belastungen zu unterstützen sind sowohl *personenbezogene Ansätze* erforderlich wie z.B. Beratung, Psychotherapie, die an den Fähigkeiten der Person ansetzen, als auch *ökologische oder umgebungsbezogene Ansätze [8,9]* wie z.B. „beschützte Arbeitsplätze“, die an den Umgebungsbedingungen ansetzen und diese so gestalten, dass Betroffene sich möglichst selbst bestimmt entfalten können.
Nachfolgend wird ein störungsübergreifendes personenbezogenes Trainingsprogramm zur Stressbewältigung [10] vorgestellt, das die Teilnehmer dabei unterstützen soll ihre Bewältigungsstrategien zu verbessern und die eigenen Selbsthilfemöglichkeiten zu nutzen unter Einbeziehung des psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Hilfesystems.

Zielgruppe, Zielsetzungen und Inhalte des SBT

Das SBT wurde für psychisch kranke Menschen entwickelt,
- die psychisch belastet und/oder psychoseerfahren sind,
- die in einer heterogenen diagnoseübergreifenden Gruppenzusammensetzung konstruktiv zusammenarbeiten können,
- die durch eine Gruppensituation nicht überfordert oder überstimuliert werden,
- die fähig sind, Informationen in deutscher Sprache aufzunehmen und zu verarbeiten.

Kontraindikationen für die Teilnahme:
- Akutsymptome einer Psychose
- akute Suizidalität
- Überforderung / Überstimulation durch eine Gruppensituation
- stark antisoziales Verhalten

Die Zielsetzungen des Trainings:
- Aufsuchen und Kennen lernen des optimalen Belastungsniveaus
- Vermeidung von Überforderung und Unterforderung
- Erarbeitung von Strategien zur Alltagsbewältigung
- Erarbeitung von Strategien zur Krisenbewältigung
- Nutzung von persönlichen Ressourcen und Nutzung des Arbeits- und Unterstützungssystems
- Förderung der Problemlöse- und Selbsthilfekompetenzen
- Förderung des positiven Erlebens, des Wohlbefindens und der Lebensqualität
- Einübung von Entspannung und Erholung
- Kennen lernen und Einüben verschiedener Stressbewältigungsstrategien

Über- und Unterforderung können einen negativen Einfluss auf den Langzeitverlauf von psychischen Erkrankungen haben [11]. Für psychisch kranke Menschen ist es wichtig, mit Rücksicht auf die individuell spezifische Verletzlichkeit das Leben so gestalten zu lernen, dass sie sich im optimalen Belastungsniveau befinden. Dazu sind Selbststeuerungs- und Selbsthilfekompetenzen erforderlich, aber auch ein Unterstützungssystem, das verletzlichen Menschen

Dr. Matthias Hammer
Dr. Irmgard Plößl
Tanja Hundsdörfer
Rehabilitationszentrum
Rudolf-Sophien-Stift
gGmbH
Leonbergerstr. 220
70199 Stuttgart
Hammer@rrss.de
Plößl@rrss.de

Überforderung optimale Anforderung Unterforderung

WEG- Bild als symbolische Darstellung des optimalen Anforderungsniveaus

Arbeits-, Freizeit- und Wohnmöglichkeiten bietet, die ihren Bedürfnissen und ihrem individuellen Belastungs- und Anforderungsniveau entsprechen.
Dieser Zusammenhang wird im Rahmen des SBT aus didaktischen Gründen vereinfacht und symbolisch im WEG-Bild dargestellt (s. o.): Das optimale Anforderungsniveau ist mit einem Weg zu vergleichen, auf dem man festen Boden unter den Füßen hat. Man kann die Richtung und das Ziel bestimmen und hat ein Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmung.
Kommt man links vom Weg ab, beginnt der Bereich der Überforderung. Dabei treten zunächst Frühwarnzeichen auf. Die körperlichen und psychischen Signale für Überforderung sind symbolisch dargestellt durch einen Zaun. Falls diese Signale nicht wahrgenommen werden und die Belastungen zunehmen, besteht die Gefahr, noch weiter vom Weg abzukommen und die kritische Grenze zu überschreiten. Es besteht die akute Gefahr eines Rückfalls. Dies kann mit einem Abhang verglichen werden (aus dem Gleichgewicht durch Überforderung).
Auf der rechten Seite des Weges befindet sich ein Sumpfgebiet. Je weiter man vom Weg nach rechts abkommt, um so mehr besteht die Gefahr zu „versumpfen". Dies drückt sich in Unlustgefühlen, depressivem Erleben, Rückzug, Vermeidung, Antriebslosigkeit etc. aus (aus dem Gleichgewicht durch Unterforderung).
Das SBT verfolgt die Zielsetzung, die Selbstwahrnehmung und Selbststeuerungsfähigkeit der Teilnehmer zu verbessern, im Hinblick auf Überforderung und Unterforderung. Im Bilde gesprochen: jeder Teilnehmer sollte herausfinden, ob er sich in der Nähe des Abhangs, auf dem Weg oder im Sumpf befindet, um angemessene Bewältigungsstrategien einzusetzen, die auf den Weg bzw. ins Gleichgewicht zurück führen, die dazu führen, wieder ins optimale Belastungsniveau zu gelangen, das Wohlbefinden zu steigern und Rückfälle und Krisen zu vermeiden. In den nachfolgend dargestellten Modulen werden spezifische Strategien erarbeitet zur Bewältigung von Überforderung (z.B. Krisenplan, Rückfallprophylaxe, Entspannung und Erholung) und Unterforderung (z.B. Planung positiver Aktivitäten, Förderung des positiven Erlebens). Darüber hinaus werden Strategien zur Alltagsbewältigung (z.B. Problemlösetraining) und zur Verbesserung der Lebensqualität erarbeitet.

Aufbau und Inhalte:
Das SBT ist als fortlaufendes Gruppentraining konzipiert mit wöchentlichen Trainingssitzungen. Das Training sollte mit 6 bis 9 Teilnehmerinnen durchgeführt werden. Am günstigsten ist die Durchführung mit einer geschlossenen Gruppe von Anfang bis Ende. Das Basisprogramm umfasst 12-14 Sitzungen, die jeweils 90 Minuten dauern, einschließlich einer kurzen Pause von 10-15 Minuten. Auch die Dauer kann an das jeweilige Setting und die Zielgruppe angepasst werden.
Das SBT umfasst das Basisprogramm mit sieben Modulen. Es liegen außerdem fünf ausgearbeitete Zusatzmodule vor, die weitere Bewältigungsstrategien beinhalten und Anwendungen des Problemlösetrainings auf andere Lebensbereiche ermöglichen. Die Zusatzmodule können an das Basisprogramm angehängt werden oder Module des Basisprogramms ersetzen, falls es sinnvoll erscheint.

SBT Basisprogramm / Module
1: Einführung
2: Stress und psychische Erkrankung
3: Entspannungstraining: Progressive Muskelentspannung
4: Krisenbewältigung
5: Problemlösetraining für alltägliche Belastungen
6: Positives Erleben fördern
7: Gruppenabschluss

/ Zusatzmodule
1: Tauschbörse
2: Gedanken und Stress
3: Gesundheitsförderliches Verhalten
4: Problemlösen am Arbeitsplatz
5: Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung verbessern

Evaluation

In einer ersten Wartegruppenstudie wurde das Basisprogramm des SBT im Hinblick auf seine Wirksamkeit im Rahmen der WfbM des Rehabilitationszentrums Rudolf-Sophien-Stift untersucht [12].

Die Evaluation des Trainingsprogramms ergab Veränderungen im prä-post-Vergleich bei der Trainingsgruppe, die nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden:
- Es wird eine Steigerung des Wissens über Stress, Stressbewältigung und das Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungsmodell erzielt.
- Es wird eine Reduktion der Beschwerden allgemein und insbesondere in den Bereichen Somatisierung, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit und paranoides Denken erhoben (BSI) [13].
- Es wird eine Verbesserung der Lebensqualität in den Bereichen Leistungsvermögen, Genuss- und Entspannungsfähigkeit, positive und negative Stimmung erhoben (PLC) [14].
- Im Hinblick auf Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen ist im prae-post-Vergleich eine signifikante Zunahme internaler Kontrollüberzeugungen festzustellen, aber auch in den Bereichen Selbstwirksamkeit und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten wird eine leichte Zunahme bei der Mehrzahl der Teilnehmer erhoben (FKK) [15].
- Im Hinblick auf die Krankheitsverarbeitung und die vorherrschenden Copingstile wird eine Steigerung aktiver problemorientierter Copingstile erhoben (FKV) [16].
- Im Problemlösetraining geben insgesamt 84,2% der Teilnehmer an, dass sie eine positive Veränderung im Hinblick auf einen ausgewählten Problembereich bewirken konnten (Selbsteinschätzung).

• Die Zufriedenheitsbewertungen für die einzelnen Trainingsmodule liegen zwischen 1,6 und 2,7. Gemäß den Aussagen der Teilnehmer werden die Module Planung positiver Aktivitäten und Genusserleben eher mit Spaß und Interesse verbunden. Das Modul Stress und psychische Erkrankung wird als hilfreich und nützlich im Umgang mit der psychischen Erkrankung bewertet (Abschlussevaluation).
• Im Rahmen der Abschlussevaluation, einem Fragbogen mit 19 offenen und geschlossenen Fragen, gaben 78,9% der Schulungsteilnehmer an, dass sich die Gruppe eher positiv auf die Rehabilitationsmaßnahme auswirke (z.B. „Fühle mich als Rehabilitand durch solche Gruppen ernst genommen und gefördert"). 89,5% der Teilnehmer gaben an, dass sie Teile des Trainings im Alltag umsetzen oder anwenden könnten z.B. Krisenplan oder positive Aktivitäten, wie Kinobesuch, Stadtbummel. 57,9% der Teilnehmer geben an, dass das Training zu einer Stimmungsverbesserung beigetragen habe. Das Berichten und Planen positiver Aktivitäten wird von 89,5% der Teilnehmer als positiv erlebt. 84,2% der Teilnehmer gaben an, dass Elemente dieses Trainings Spaß gemacht haben wie z.B. das Zusammensein in der Gruppe, Genusserleben und Entspannung. 94,7% gaben an, dass sie das Verhalten des Trainers eher hilfreich fanden.
Der überwiegende Teil der Gruppenteilnehmer ist zufrieden mit den Vorabinformationen über das Gruppentraining, einer Trainingsdauer von ca. 12 Terminen und 1,5 Stunden mit Pause pro Gruppentreffen.
Aufgrund der Studie können allerdings keine Aussagen über die längerfristigen Effekte gemacht werden, da bisher keine katamnestische Untersuchung durchgeführt wurde. Aus methodischer Sicht ist kritisch anzumerken, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelt (Trainingsgruppe n=19, Wartegruppe n=11). Diese Studie hat somit den Charakter einer Pilotstudie. Die Ergebnisse sind insgesamt ermutigend und entsprechen den gesetzten Schulungszielen. Aufgrund der positiven Ergebnisse und der Rückmeldungen der Teilnehmer wurde das SBT in die Standardversorgung der WfbM und der RPK Abteilung aufgenommen. •

Danksagung:
Wir danken der Heidehof Stiftung GmbH in Stuttgart für die Unterstützung und Förderung der wissenschaftlichen Studie.

Literatur:
[1] Thurm-Mussgay I. Krankheitsverarbeitung Schizophrener – Die Anwendung des Coping-Konzeptes auf die Schizophrenie. Konstanz: Hartung-Gorre, 1990
[2] Schaub A. Coping-Forschung und bewältigungsorientierte Therapien bei schizophrenen Störungen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, 2003: 173-191
[3] Knuf A, Empowerment-Förderung: Zentrales Anliegen psychiatrischer Arbeit. Kerbe 4 2005: 4-7
[4] Knuf A, Seibert U. Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001
[5] Weig W. Psychiatrische Rehabilitation. In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer (Hrsg). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer 2003: 820-831
[6] Gaebel W. Äthiopathogenetische Konzepte und Krankheitsmodelle in der Psychiatrie. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2003: 26-47
[7] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984
[8] Eikelmann B. Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1998
[9] Reker T. Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie. Prospektive Untersuchungen zu Indikation, Verläufen und zur Effizienz arbeitsrehabilitativer Maßnahmen. Darmstadt: Steinkopff, 1998
[10] Hammer M. SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen. Ein Handbuch zur Moderation von Gruppen. Psychosoziale Arbeitshilfe 24. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2006
[11] Wing J. Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie. In: Böker W, Brenner HD (Hrsg). Bewältigung der Schizophrenie. Bern-Stuttgart-Toronto: Huber, 1986
[12] Hammer M et al. Stressbewältigungstraining (SBT) für psychisch kranke Menschen – Pilotstudie in einer WfbM über ein Gruppenprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation. Rehabilitation 2007; 46: 102-110.
[13] Franke GH. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform des SCL-90-R) –Deutsche Version. Göttingen: Beltz, 2000
[14] Siegrist J, Broer M, Junge A. Profil der Lebensqualität chronisch Kranker, PLC. Gött.: Beltz, 1996
[15] Krampen G. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Gött.: Hogrefe, 1991
[16] Muthny FA. Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV. Weinheim: Beltz, 1989

Disability Mainstreaming

Konsequente Perspektive der Sozialpsychiatrie

Von Katrin Grüber

Katrin Grüber
Dr., Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft IMEW, Warschauer Str. 58A
10243 Berlin
Biologin, von 1990 bis 2000 Mitglied des Landstags NRW, in den Jahren 1995 bis 2001 Lehrtätigkeiten für Politikwissenschaft.

„Disability Mainstreaming" ist ein relativ junger Begriff, der in der deutschen Diskussion bisher kaum gebräuchlich ist. Er lehnt sich implizit und explizit an den Begriff „Gender Mainstreaming" an, der 1995 im Zusammenhang mit Entwicklungspolitik auf die internationale politische Agenda kam und in der Folge auch in Deutschland eingeführt wurde.
Ausgehend vom Konzept Gender Mainstreaming wird in folgendem Artikel erläutert, was Disability Mainstreaming heißt – und welche weitreichenden politischen Folgen es haben kann.

Zu den Begriffen

In sozialpsychiatrischen Einrichtungen ist das Konzept *Gender Mainstreaming* nicht unbekannt. Mit dem Begriff *Gender* (soziales Geschlecht) in Abgrenzung zum Begriff *Sex* (biologisches Geschlecht) wird zum Ausdruck gebracht, dass die Ungleichheit, die Frauen in unserer Gesellschaft erfahren, eher in der Gesellschaft und nicht in der Biologie zu suchen ist. Insofern erscheint Gender Mainstreaming als konsequente Perspektive einer Sozialpsychiatrie, die nicht (nur) auf körperliche, neurologische und psychische Aspekte als Störungsauslöser zielt, sondern das soziale Umfeld in den Blick nimmt. *Mainstreaming* (*mainstream* engl. Hauptstrom) bezeichnet die Einbettung eines Themas in den Hauptstrom: Es wird überall verankert, kommt überall vor.

Gender Mainstreaming in der Sozialpsychiatrie bedeutet beispielsweise, dass Mitarbeitende ihren geschlechtersensiblen Blick für den Umgang mit Erkrankungen schulen. Dies bedeutet einerseits, Stereotypisierung über *die* Män-

Disability Mainstreaming heißt, das – vermeintlich gesicherte – Wissen über Behinderung auf der Grundlage der Unterscheidung von Einschränkung und Behinderung zu prüfen.

ner bzw. Frauen zu vermeiden, aber auch wahrzunehmen, dass Krankheiten bei Männern anders verlaufen können als bei Frauen. Ein inzwischen relativ bekanntes Beispiel sind die unterschiedlichen Symptome bei Herzinfarkt. Andere Aspekte zeigte Gabriele Tergeist in ihrem Artikel zu Gender und Depression (2007) auf. (1)

Gender Mainstreaming in der Behindertenhilfe heißt, dass unterschiedliche Bedürfnisse von behinderten Männern und Frauen wahrgenommen werden. Swantje Köbsell verweist darauf, dass dies nicht selbstverständlich ist: „Behinderte Menschen sind Männer und Frauen. Doch diese schlichte Feststellung ist immer noch wenig verbreitet, was eine Form der Diskriminierung darstellt.“ (2). Gender Mainstreaming soll auch in der Politik und Verwaltung verankert werden. Sichtbares Zeichen ist das Gender Kompetenz-Zentrum, das durch das Ministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend finanziert wird. (3)

Disability Mainstreaming und Gender Mainstreaming?

Analog zur Unterscheidung von biologischem und sozialem Geschlecht lässt sich auch Einschränkung als Beschreibung körperlicher Gegebenheiten unterscheiden von Behinderung als Effekt gesellschaftlichen Handelns. Der Slogan „Man ist nicht behindert, man wird behindert“ macht deutlich, dass Behinderung eher eine Erfahrung von Menschen ist, weniger eine natürliche Eigenschaft. Allerdings ist die Ansicht, dass Behinderung – auch – eine soziale Konstruktion ist, keineswegs gesellschaftlich anerkannt.

Wenn *Gender Mainstreaming* bedeutet, den geschlechtersensiblen Blick zu schulen, heißt *Disability Mainstreaming*, das – vermeintlich gesicherte – Wissen über Behinderung auf der Grundlage der Unterscheidung von Einschränkung und Behinderung zu hinterfragen, zu überprüfen, zu differenzieren.

Differenzen wahrnehmen und anerkennen

Diese Differenzierung betrifft auch die Tatsache, dass die Art der Einschränkung sehr unterschiedlich sein kann. Sie kann physischer, psychischer oder geistiger Art sein. Sie kann angeboren oder erworben sein. Sie kann sichtbar oder nicht sichtbar sein. Sie kann mit technischen Hilfsmitteln kompensierbar sein oder auch nicht. Ein anderer Aspekt ist der Grad der Abhängigkeit, die manche Menschen mit Behinderungen besonders verletzbar macht.

Es gibt Unterschiede zwischen Menschen mit Behinderungen, weil sie unterschiedlich behindert werden und eingeschränkt sind. Darüber hinaus gehören sie aber auch verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen an und haben deshalb verschiedene Identitäten. So sind beispielsweise Menschen mit Behinderungen entweder Männer oder Frauen. Bis vor wenigen Jahren hat dieser Unterschied in der Wahrnehmung und bei politischen Entscheidungen keine Rolle gespielt, obwohl die Situation von Frauen mit Behinderung anders sein kann als die von Männern mit Behinderung. Einige Frauen erleben eine Diskriminierung in zweifacher Hinsicht: als Frau und als Mensch mit Behinderung. Hier treffen sich Ansätze des Disability Mainstreaming und des Gender Mainstreaming.

Das Leben von Menschen mit Behinderungen wird stark geprägt durch ihr Einkommen. Es macht einen großen Unterschied, ob sie reich sind (nur in Ausnahmefällen) oder arm (überdurchschnittlich häufig). Darüber hinaus gibt es Unterschiede, wenn diese Menschen allein oder mit einem Partner leben, wenn sie Kinder haben oder nicht, wenn sie hetero- oder homosexuell sind und auch ob es einen Migrationshintergrund gibt oder nicht.

Dass es notwendig ist, diese Unterschiede innerhalb der Gruppe der Menschen mit Behinderung in den Blick zu nehmen, wenn der Begriff Disability Mainstreaming eingeführt wird, zeigen die Erfahrungen bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming. Hier hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass es wichtig ist, Frauen nicht nur als homogene Gruppe wahrzunehmen, sondern auch ihre Unterschiede zu thematisieren. (4)

Allerdings ist diese Differenzierung der zweite Schritt. Für den Erfolg von Disability Mainstreaming ist es eine wichtige Vorbedingung, dass Menschen mit Behinderungen und ihre Belange für alle sichtbar werden. Ohne diese Sichtbarkeit sind die folgenden Schritte nicht möglich und auch nicht wirksam.

Deshalb ersetzt die Einführung von Disability Mainstreaming nicht die Behindertenbeauftragten. Ihre Stellen sind weiterhin notwendig, auch wenn Gleichstellung zur Querschnittsaufgabe beispielsweise einer Verwaltung wird. Ebenso wichtig ist eine kritische Begleitung durch Behindertenverbände.

Eine andere wichtige Voraussetzung ist eine Analyse der aktuellen Situation in den verschiedenen Politikfeldern und gesellschaftlichen Bereichen, um so die Auswirkungen unterschiedlicher Maßnahmen im Behindertenbereich ermitteln zu können. Entsprechende Statistiken, die die unterschiedliche Situation von Menschen mit oder ohne Behinderung erfassen, fehlen bisher weitgehend. Über die bloße Darstellung der Unterschiede hinaus ist es dann notwendig, danach zu fragen, welche Ursachen es für diese Unterschiede gibt, um angemessen gegensteuern und Nachteile ausgleichen zu können. So können positive Ziele für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung formuliert und Maßnahmen für die Umsetzung vorgenommen werden.

Disability Mainstreaming in der Politik und Verwaltung

Hermann Haack, der frühere Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, hat wahrscheinlich als erster in Deutschland darauf hingewiesen, dass Disability Mainstreaming etwas Allumfassendes ist und dass die Etablierung für die Politik weit reichende Folgen hätte. „Jedwedes politisches und gesellschaftliches Handeln soll danach befragt werden, in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen

beiträgt bzw. sie verhindert.“ (5) Disability Mainstreaming ist keineswegs nur für die Sozialpolitik relevant. So steht es auch in einem Papier der Europäischen Union. (6)

Dies würde bedeuten, dass bei Gesetzgebungsverfahren grundsätzlich die Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen von den Ministerien überprüft würden, bevor Gesetze den Bundestag erreichen. Für das Gender Mainstreaming gibt es eine entsprechende Verwaltungsvorschrift (7). Bisher ist es allerdings nicht einmal selbstverständlich, dass Behindertenverbände bei Anhörungen zu Gesetzesvorhaben eingeladen werden.

Die Etablierung von Disability Mainstreaming bedeutet ein Umdenken bereits bei der Planung. Es bedeutet, dass von vorneherein unterschiedliche Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Behinderung berücksichtig werden oder dass auch Geräte so konstruiert werden, dass sie von allen nutzbar sind (Universal Design). Der Vorteil von leichter zu bedienenden Fahrkartenautomaten liegt auf der Hand.

Erforderlich ist die Bereitschaft von Menschen ohne Behinderungen, sich auf die Perspektive von Menschen mit Behinderungen einzulassen. Darüber hinaus muss akzeptiert werden, dass Entscheidungsprozesse möglicherweise länger dauern können oder durch die Berücksichtigung von zusätzlichen Faktoren komplizierter werden. Disability Mainstreaming kann aber für alle wichtige Vorteile mit sich bringen: insbesondere wenn nachträgliche, oft kostspielige Korrekturen vermieden werden können.

Es leuchtet ein, dass für Ministerien oder auch nachgeordnete oder kommunale Behörden, die die Fragen von Menschen mit Behinderungen bisher nicht berücksichtigt haben, entsprechende Schulungen beispielsweise durch ein Kompetenzzentrum notwendig sind. Denn für sie ist es in den ersten Jahren schwierig, beim Planen umzudenken und auch konsequent die Folgen von Gesetzesvorhaben auf Menschen mit Behinderungen abzuschätzen.

Erfolgsstrategie

Last but not least: Disability Mainstreaming bedarf der finanziellen Unterstützung – auch durch die öffentliche Hand. Dies gilt für die Forschung, die die bisherige Situation analysiert und Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderung macht. Aber auch die Mitarbeitenden in den Gruppen in den Ministerien oder anderen Verwaltungen müssen angemessen ausgestattet sein, um die Auswirkungen von Vorhaben auf Menschen mit Behinderung zu analysieren.
Es wird sicherlich einige Zeit dauern, bis Disability Mainstreaming etabliert und zur Selbstverständlichkeit geworden ist. Es erscheint überlegenswert, den Implementierungsprozess der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Disability Mainstreaming-Prozess zu gestalten.

Ich danke Susanne Diehr für ihre hilfreichen Anmerkungen. •

Literatur:
(1) Tergeist, Gabriele, Der Fall Gender und Depression, Das Eine, das Andere und die Vielfalt, Kerbe 2 2007, S. 25-27.
(2) Swantje Köbsell, Gender Mainstreaming und Behinderung, einsehbar unter www.isl-ev.de/wp-content/KbsellGenderundBehinderung.pdf
(3) www.bmfsfj.de/Politikbereiche/gleichstellung.html und www.genderkompetenz.info
(4) Carol Miller und Bill Albert, Mainstreaming disability in development: Lessons from gender mainstreaming, Disabiltiy Knowledge and Research, 2005
(5) Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 ist nicht Vergangenheit. Grundsatzrede des Behindertenbeauftragten auf der Bilanzveranstaltung „Teilhabe gestalten – Konsequenzen aus dem EJBM“ am 18. Februar 2004 in Berlin, einsehbar unter www.behindertenbeauftragte.de/index.php5?nid=214&tAction=home
(6) European Commission (2005): Disability Mainstreaming in the European Employment, einsehbar unter www.euroblind.org/fichiersGB/2005mainstr.htm
(7) www.bmfsjf.de, s.o.

Nachrichten aus dem Bundesverband der Evangelischen Behindertenhilfe BeB

Conty in Diakonischen Rat berufen

BeB-Vorsitzender rückt in Aufsichtsgremium des Diakonischen Werkes nach

Michael Conty, Geschäftsführer des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe der v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel in Bielefeld und seit der außerordentlichen Mitgliederversammlung im Mai 2007 in Bergisch Gladbach Vorsitzender des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB), ist bei der diesjährigen Diakonischen Konferenz, die vom 16. bis 18. Oktober 2007 in Münster stattfand, in den Diakonischen Rat berufen worden.
Conty ist beim BeB Ansprechpartner für den Arbeitsbereich 7 (Sozialpolitik und Rechtsentwicklung) und vertritt den BeB bereits im Lenkungsausschuss des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege (GRP) im Diakonischen Werk der EKD, in der Diakonischen Konferenz, im Kontaktgespräch Behindertenhilfe sowie im Arbeitskreis Behindertenrecht der fünf Fachverbände und in anderen fachpolitischen Gremien. Arbeitsschwerpunkte seiner Tätigkeit sind die Themen Personal und Bildung, Sozialrecht sowie Konzept- und Unternehmensentwicklung. Conty tritt nun für den BeB auch im Diakonischen Rat die Nachfolge von Pfarrer Klaus-Dieter K. Kottnik an, der seit 1. Februar 2007 Präsident des Diakonischen Werks der EKD ist und dem Diakonischen Rat nunmehr mit beratender Stimme angehört. Der Diakonische Rat überwacht als Aufsichtsgremium die Umsetzung der Beschlüsse der Diakonischen Konferenz. Den Vorstand berät er bei dessen Arbeit und beaufsichtigt seine Amtsführung. Er beruft die Vorstandsmitglieder und schlägt der Diakonischen Konferenz den Präsidenten oder die Präsidentin zur Wahl vor.
Die Diakonische Konferenz ihrerseits ist das oberste, beschlussfassende Gremium des Diakonischen Werkes der EKD. Die ihr angehörenden Mitglieder treten üblicherweise einmal im Jahr zu einer mehrtägigen Konferenz zusammen, die der Information, dem Austausch und der Beratung zu relevanten Themen dient. Zugleich ist die Diakonische Konferenz das Gremium, das in wich-

tigen das Werk betreffenden Angelegenheiten Beschlüsse fassen kann und den Präsidenten oder die Präsidentin des Diakonischen Werkes der EKD wählt.
Mitglieder sind die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), neun Freikirchen und freikirchliche Diakonische Werke, die Landesverbände, das heißt, die Diakonischen Werke der 22 Landeskirchen der EKD und rund 80 Fachverbände. Bundesweit gibt es etwa 27.000 diakonische Einrichtungen und Dienste, die sich in ihrer Arbeit insbesondere für Kinder, sowie ältere, behinderte und sozial benachteiligte Menschen engagieren. Rund 450.000 Mitarbeitende sind hauptamtlich in den Einrichtungen der Diakonie beschäftigt, sie werden unterstützt von etwa 400.000 Ehrenamtlichen.
Die Diakonische Konferenz 2007 stand inhaltlich unter der Überschrift „Mitten im Leben - Diakonie: Kirche in der Welt“. Die Teilnehmenden setzten sich schwerpunktmäßig mit der Frage auseinander, wie soziales und seelsorgerliches Handeln im 21. Jahrhundert realisiert und organisiert werden kann. Ausgangspunkt der Überlegungen war, dass Netzwerkarbeit zur Tradition der Diakonie gehört – jetzt ginge es um eine Intensivierung des kirchlichen Bezuges diakonischer Dienste und Einrichtungen. Die Einsicht lautete schließlich: Nur gemeinsam mit anderen - kirchlichen, kommunalen, lokalen – Akteuren erreicht die Diakonie die Menschen in ihren sozialen Kontexten. Netzwerkarbeit wird immer stärker zu einer Voraussetzung erfolgreichen diakonischen Engagements.

Thomas Schneider

Arbeit – ein Anliegen der Sozialpsychiatrie

Psychiatriejahrestagung findet am 6./7. Mai 2008 in Bonn statt

„Jeder nach seinen individuellen Möglichkeiten – Arbeit und Selbstwirksamkeit in der Gemeinde“ – unter diesem Motto steht die nächste Psychiatriejahrestagung, zu der der BeB zusammen mit dem DW EKD am 6. und 7. Mai 2008 nach Bonn einlädt. Arbeit und Erwerbstätigkeit sind nicht nur zentral für die ökonomische Existenzsicherung, sondern auch für die soziale Identität, sozialen Kontakte sowie Selbstachtung und Selbstwirksamkeit. Während Arbeitslosigkeit einerseits zu Sinn- und Existenzkrisen führen und psychisch krank machen kann, sind andererseits die aktuellen arbeitsmarktpolitischen Bedingungen sowie die Veränderungen der individuellen Arbeitsprozesse für die Zunahme von Krankheitstagen und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen mitverantwortlich. Gleichzeitig unterstreichen Langzeitstudien eindrucksvoll einen engen Zusammenhang zwischen der Integration in Arbeit und einem positiven Verlauf von schizophrenen Erkrankungen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird erkennbar, warum das Thema Arbeit wieder zu einem zentralen Anliegen sozialpsychiatrischen Handelns werden muss, das der BeB und das DW EKD mit dieser Tagung aufgreifen.
In den Hauptvorträgen wird unter anderem die sozialethische und anthropologische Bedeutung des Tätigseins erörtert, der Sinn von Arbeit aus Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen dargestellt, Ergebnisse aus dem Modellprojekt der Aktion psychisch Kranker zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen vorgestellt und politische Initiativen und Vorhaben zur Diskussion gestellt, die die Situation psychisch erkrankter Menschen auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt verbessern sollen.
In den Arbeitsgruppen am zweiten Tag werden neue Entwicklungen mit der virtuellen Werkstatt, Integrationsprojekte, Zuverdienstunternehmen, aber auch Arbeitsmöglichkeiten im zweiten Milieu sowie künstlerisches Schaffen als Form der Expressivität und Teilhabe vorgestellt.

Katharina Ratzke

Ein ausführliches Tagungsprogramm mit Anmeldemodalitäten finden Sie im Internet unter www.beb-ev.de oder über die Geschäftsstelle des BeB:
Katrin Leniger, Altensteinstr.51, 14195 Berlin, Fax: 030 83 00 12 75, Email: leniger@beb-ev.de.
Anmeldung bis 5.März 2008.

Gesucht: Unterstützung für das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft.

Das Thema Biomedizin geht jeden Menschen an. Und doch wissen nur Wenige mit Begriffen wie embryonaler Stammzellforschung, Pränataldiagnostik oder dem Klonen etwas anzufangen.
Das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) bringt in die wissenschaftlich, politisch und öffentlich geführte Debatte zur Biomedizin und Bioethik einen weiteren – einen neuen Blickwinkel ein: die Perspektive von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. „Das IMEW ist das erste Ethik-Institut überhaupt, das die Perspektive von Menschen mit Behinderung besonders berücksichtigt. Das IMEW ist damit kritische Stimme in der Biomedizin und Vordenker in den Reihen der neun größten deutschen Behindertenverbände“, sagt Rudolf Drescher, stellv. Vorsitzender der Gesellschafterversammlung.
Erklärtes Ziel des IMEW ist die Verankerung von Disability Mainstreaming in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft. Die Belange und Interessen von Menschen mit Behinderung müssen nicht nur anerkannt, sondern stets von vorne herein bei allen Forschungs- und Gesetzesvorhaben berücksichtigt werden.
Wie wichtig dies ist, zeigt das neue Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen“ (Gewebegesetz), das im August 2007 in Kraft getreten ist. Das Ethikforum des IMEW hatte in einer Stellungnahme auf die „rechtspolitischen Gefahren für den Schutz der Rechte von Minderjährigen und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen“ hingewiesen. Es konnte erreicht werden, dass die Möglichkeit der Entnahme von Gewebe von nichteinwilligungsfähigen Menschen zu fremdnützigen Zwecken aus dem Text gestrichen wurde.
Mit einem bereits etablierten Disability Mainstreaming auf Bundesebene hätte der Gesetzgeber eine solche Passage von Anfang an im Gesetzestext nicht verwendet. Hier zeigt sich, welchen Erfolg die Umsetzung unserer Vision für Menschen mit

Behinderung bringen würde.

Das IMEW will auch Brücken zwischen Wissenschaft und Gesellschaft und zwischen Menschen mit und ohne Behinderung bauen. Hierzu dient z.B. die Veranstaltungsreihe „Friedrichshainer Gespräche“. Auf der barrierefrei gestalteten Website des Instituts stehen neben einem internationalen Veranstaltungskalender, zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen, der vollständigen Schriftenreihe „IMEW konkret“ auch die wegweisende Rede „Es ist normal, verschieden zu sein“ des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker als kostenlose Vollversionen zum Download bereit.
Insbesondere mit der Schriftenreihe „IMEW konkret“ sollen die komplexen Themengebiete der Biomedizin (z.B. die Präimplantationsdiagnostik oder das Klonen) für eine breite Öffentlichkeit, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen, für Menschen mit Behinderungen und für Angehörige, „übersetzt“ werden.
Das IMEW möchte dadurch Diskussionen über die Grenzen der Biomedizin auch in der breiteren Öffentlichkeit erleichtern.
Das Institut führt auch eigene Forschung durch. Die Entwicklung einer eigenen Ethik-Konzeption soll die Grundlage für die ethische Beurteilung von Auswirkungen medizinischer Verfahren auf Menschen mit Behinderung sein. Der Direktor des St. Vinzenz-Stiftes, Dr. Dr. Söling beschreibt den Nutzen des IMEW so: „Das Institut unterstützt mit seiner Forschung unsere praktische Arbeit, indem es die medizinische Entwicklung und den Zeitgeist ... aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung analysiert und mit seinen Ergebnissen unsere Suche nach alternativen Wegen anstachelt.“ Auch zu schwierigen Themen, wie der Sterbebegleitung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen, bietet das IMEW Einrichtungen konkrete Hinweise für die Praxis als Handreichungen an. Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Beratung der Verbände.
Für diese große Bandbreite an wichtigen Aufgaben benötigt das, 2002 als gemeinnützige GmbH gegründete, IMEW zahlreiche Spenden, auch von juristischen Personen. Sie erhalten als Gegenleistung Informationen über Publikationen, Projekte und interessante Veranstaltungen des IMEW und werden zu exklusiven Treffen eingeladen.
Weitergehende Informationen über das IMEW erhalten Sie auf unserer Website www.imew.de. oder unter: Tel 030/293 817-70; Email:grueber@imew.de.

Dr. Katrin Grüber, Leiterin des Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft gGmbH
Stefan Schenck, Fundraising.
(vgl. den Beitrag von Dr. Karin Grüber zum Thema „Disability mainstreaming in diesem Heft, S.39 ff.)

4. internationales Festival KULTUR VOM RANDE von und für Menschen unabhängig von Behinderung und Benachteiligung, Reutlingen

30. Mai bis 7. Juni 2008

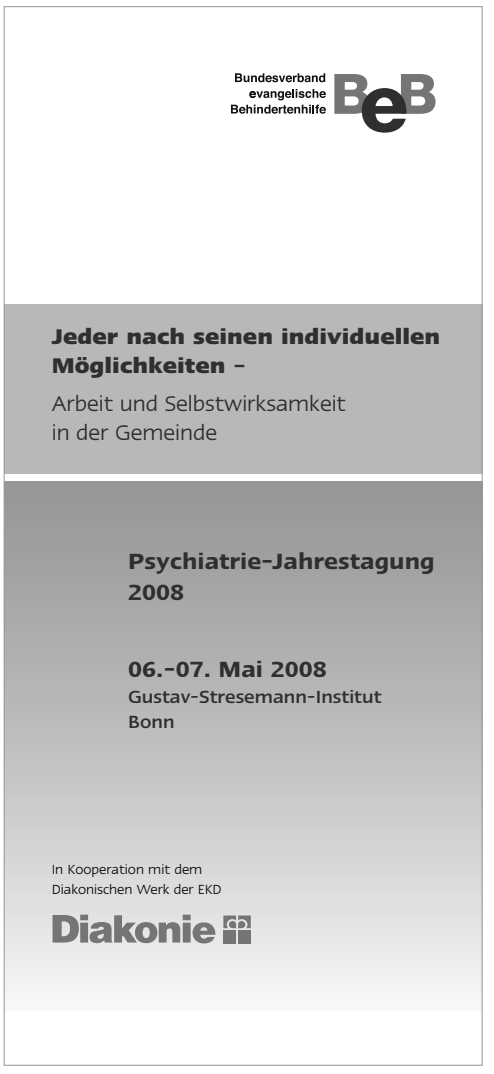
Zum Thema „Ein Fest für Hände und Füße“ zeigen professionelle Ensembles von Schauspielern mit und ohne Behinderung ihre Produktionen im Zelt auf dem Festivalgelände neben dem Busbahnhof Reutlingen. In der Innenstadt bietet das Festival Straßentheater, Ausstellungen, Aktionen und Workshops für neue kreative Erfahrungen.
Höhepunkt am 7. Juni auf dem Marktplatz: SCHRITT VOR! Alles tanzt – ein Tag zum Bewegen und Mittanzen mit dem Steptänzer Ray Lynch.

Veranstalter:
BAFF Bildung Aktion Freizeit Feste (Lebenshilfe Reutlingen und BruderhausDiakonie), Fakultät für Sonderpädagogik der PH Ludwigsburg/ Reutlingen und Kulturamt der Stadt Reutlingen.
SCHRITT VOR! Alles tanzt wird gemeinsam mit dem Landesverband Baden-Württemberg der Lebenshilfe ausgerichtet. Mehr unter www.kultur-vom-rande.de.

Die Gruppe „Danse Brute“ aus Wien kommt 2008 zu Kultur vom Rande nach Reutlingen.

DGSP
Neue Broschüre über Beschwerdestellen erschienen

Eine Broschüre über unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie mit nützlichen Adressen und Vorlagen wurde im Rahmen des Projektes zur Förderung unabhängiger Beschwerdestellen von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie erstellt. Sie liefert Informationen für potentielle Nutzer und für Beschwerdestellen.
Die Broschüre kann direkt bei der DGSP, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Telefon: 0221/511002 oder per E-Mail: dgsp@netcologne.de gegen einen Unkostenbeitrag von zwei Euro pro Stück (bei größeren Mengen Rabatt) bestellt werden. Unter www.beschwerde-psychiatrie.de steht die Broschüre zum Download als pdf-Datei zur Verfügung.



Das Tagungsprogramm mit Anmeldung finden Sie im Internet unter: www.beb-ev.de oder über die Geschäftsstelle des BeB, Altensteinstr.51, 14 195 Berlin; info@beb-ev.de.

Aus dem Programm der Bundesfachakademie BuFa / GFO

	Region Nord
10.03. – 13.03.08, Münster	Pro Psychiatrie Qualität: Transfer in die Praxis
02.04. – 04.04.08, Erkner 23.04. – 25.04.08, Steinfurt	Doppeldiagnose: Psychisch krank und geistig behindert
	Region Süd
17.4. – 19.4.08, Stuttgart	Psychose und Sucht
Seminar 1: 07.-09.02.08 Tauberbischofsheim	Systemisch orientierte Arbeit im Team sowie mit Eltern und Angehörigen in der Behinderten- und Jugendhilfe. Mehrteilige Weiterbildung
Seminar 1: 12.-15.02.08 Hösbach	Kreative Gestaltpädagogik mit System Grundlagen der integrativen Gestaltarbeit in pädagogischen, soziotherapeutischen und beraterischen Prozessen, Mehrteilige Weiterbildung
11.-14.03.08 Rothenburg o.d.T.	Neuorientierung in der sozialen Arbeit Einführung in das Handlungskonzept des Case-Management
11.-14.03.08 Rothenburg o.d.T.	SHIATSU – heilsame Berührung – Aktivierung – Ausgleich – Entspannung
08.-11.04.08 Rothenburg o.d.T.	"Farbe tut gut" – Arbeiten mit Farben und Strukturen
21.-22.04.08 Rothenburg o.d.T.	Naturheilkundliche Behandlungsmethoden - sicher und effektiv anwenden bei Alltagsbeschwerden, bei Freizeiten und auf Reisen
28.04.-30.04.08 Tauberbischofsheim	Hilfebedürftige Menschen zwischen Elternhaus/Familie und Institution. Systemisch denken, sozial-pädagogisch handeln im Umgang mit Hilfebedürftigen, Eltern, Angehörigen und im Team. Intensiv-Seminar.

Inhouse-Angebote/Beratung/Supervision der Bufa / GFO

Zum Beispiel „PPQ"
- Einführungsveranstaltungen
- Multiplikatorenweiterbildungen
- Beratung und Prozessbegleitung
- Fachspezifische Seminare zu PPQ-relevanten Themen

Anmeldung und Info: Bundesfachakademie / GFO:
Region Nord:
Friesenring 32/34, 48147 Münster, Tel: 0251 2709-396, Fax: 0251 2709 398, Email: nord@bufa-gfo.de; Internet: www.bufa-gfo.de

Region Süd:
Sonnenhof, Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall
Tel.: 0791/500 282, Fax: 0791/500 300
Email: sued@bufa-gfo.de; Internet:www.bufa-gfo.de

DGSP- Kurzfortbildungen 2008 / Auswahl

Psychose und Sucht, Ref: Prof. Dr. med. Wolfgang Schwarzer	15./16. Februar 08 in Erfurt
„Um klar zu sehen, genügt oft ein Wechsel der Blickrichtung". Ressourcenorientierung im Umgang mit sich selbst, mit Klienten und Kolleginnen. Ref.: Sonja Berning	15./16. Februar 08 in Bielefeld
Mediation – ein Zauberwort Konstruktive Streitschlichtung – Einführung in die Methode der Mediation. Referentinnen: Sabine Debus, Michaela Hoffmann	15./16. Februar 08 in Köln
Die Borderline-Störung. Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Betroffenen. Referent: Dr. med. Ewald Rahn	22./23. Februar 07 in Hannover
„Die Wahrheit hat viele Seiten" Einführung in die Möglichkeiten systemisch begründeter Methoden psychiatrischer Arbeit, Referent: Karsten Groth	22./23. Februar 08 in Frankfurt (Main)
Psychische Erkrankungen Neue Erkenntnisse – neue Behandlungsstrategien. Ref.: Prof. Dr. med. Wolfgang Schwarzer	29. Februar/1. März 08 in Weimar
Stimmen verstehen. Praktische Anleitung zum Umgang mit dem Stimmenhören. Ref: Antje Müller, Stimmenhörerin, Netzwerk Stimmenhören e.V., Berlin, Koreferentin: Caroline von Taysen, Dipl.-Psychologin.	7./8. März 08 in Magdeburg
Arbeitsstörungen Referent: Dr. med. Ewald Rahn	7./8. März 08 in Bielefeld
Psychische Erkrankung und Drogenmissbrauch. Schwierigkeiten im Umgang mit Kiffern und Co. Referent: Udo J. Küstner	14./15. März 08 in Hamburg

Anmeldung: DGSP, Zeltinger Str.9, 50969 Köln, Tel. 0221-51 10 02, FAX: 0221-52 99 02, Email: dgsp@netcologne.de

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung / Landesverband Bayern

Tiergestützte Pädagogik und Therapie mit Hund - Sechsteilige Lehrgangsreihe - mit Theorie- und Praxisseminaren - Zertifikat	Beginn: 29.02. - 02.03.08 (Bay K 96/2008)
Psychiatriepraktikum und Fortbildung - Theorie und Praxis des Umgangs mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen	25.06. - 27.06.08 (B 76/2008)
Wenn die Bilder laufen lernen – Maltherapie	07.03. - 08.03.08 (B 78/2008)

Anmeldung und Info: Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Landesverband Bayern e.V. / Fortbildungsinstitut, Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen, Tel.: 09131/75461-0, Fax: 09131/75461-90,