

Kerbe



Forum für
soziale Psychiatrie

3 2021 August
September
Oktober
39. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Erfahrungen mit Corona:
Was hat die Psychiatrie gelernt?**

Zwang vermeiden
ist möglich

Kerbe-Jubiläum 2022:
Schreiben Sie uns!

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

• **Jedes einzelne Leben zählt – Wertewandel in Zeiten von Corona?**

Wie unser Sozial- und Gesundheitswesen krisenfest werden kann, Sigrid Grauman, Seite 4

• **Die Corona-Pandemie – ein Ungleichheitsverstärker**

Klaus Dörre, Seite 7

• **Corona-Pandemie in besonders verletzlichen Gruppen**

Andreas Kruse, Seite 11

• **Psychosoziale und psychiatrische Folgen der Corona Krise**

Jutta Lindert, Seite 13

• **Von Verschwörungsanhängern oder „Das Böse in uns selbst“**

Kurze Einführung in die Verschwörungpsychologie, Michael Blume, Seite 16

• **Sozialpsychiatrische Hilfen in Corona-Zeiten**

Ein kritischer Rückblick und ein konstruktiver Ausblick, Jörg Holke, Seite 18

• **Ein Refugium in der Pandemie**

Unterstützung traumatisierter Geflüchteter im Corona-Jahr 2020, Ulrike Schneck, Seite 20

• **Menschenrechtliches aus der Peer-Perspektive**

Partizipation und Teilhabe, Julia Lippert u. Sabine Haller, Seite 22

• **Corona – eine Herausforderung für die Mitarbeitenden und die Organisation**

Andrea Krainhöfer und Marion Krieg, Seite 24

• **Was bedeutet die Corona-Krise für unsere psychisch kranken Patient:innen und Bewohner:innen im LWL-Psychiatrieverbund?**

Michael Schulz, Holger Foullois, Kerstin Webel u. Michael Löhr, Seite 26

• **„Reingezoomt“**

Online-Selbsthilfegruppe bei STEPPS Iris Haferkemper, Ulrike Siepelmeyer-Müller, Christiane Tilly und Andrea Vonnahme, Seite 29

• **Eine besondere Wohnform in der Zeit des Lockdowns**

Bianca Krumrey u. Anja Koch, Seite 31

• **WfbM im Lock-Down**

Bewertung der Teilhabeangebote im Rahmen einer Kurzbefragung, Annette Blaudszun-Lahm, Frank Eierdanz u. Judith Hoffmann, Seite 33

• **Was haben wir gelernt?**

Psychiatrie und Bedarfsgerechtigkeit in Zeiten von COVID-19, Martin Reker, Seite 35

• **Not macht erfinderisch**

Stefan Corda-Zitzen, Seite 37

• **Ein Virus beeinflusst unser Denken – unser Denken beeinflusst das Virus**

Paul Watzlawick mit einer Einführung von Stefan Weinmann, Seite 39

41 Spectrum

• **Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland**

Dreh- und Angelpunkt für Menschen mit psychischer Erkrankung, Beate Pinkert, Seite 41

• **Zwang vermeiden ist möglich**

Perspektiven für die psychiatrische Versorgung, Matthias Rosemann, Seite 44

48 Termine

Titelfoto: pixabay

Jubiläumsausgabe 2022 Schreiben Sie der Kerbe!

Im nächsten Jahr feiert die Kerbe ihren 40. Jahrgang. Grund genug ein wenig zurückzublicken und auch die Leserinnen und Leser zu Wort kommen zu lassen. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Gibt es etwas Besonderes, das Sie in Erinnerung behalten haben? Ein Artikel, der Sie berührt, gefreut oder vielleicht auch aufgeregt hat? Schreiben Sie uns ein paar kurze Worte, gerne ganz persönlich und geben Sie Name, Wohnort und ggf. Funktion an. Zuschriften bis 31. Oktober 2021 an: andreas.steidel@kerbe.info

Liebe Leserin,
lieber Leser

Wie alle anderen haben sich die KERBE-Redaktionsmitglieder in ihrer täglichen Arbeit, aber auch im Rahmen der Zeitschrift mit der COVID-19-Pandemie beschäftigt. Kein anderes Thema ist so allgegenwärtig, auch jetzt noch, im Sommer 2021, der uns schon Freiheiten zurückgegeben hat und noch weitere verheißt. Manche oder mancher mögen das Thema so schnell als möglich durch andere von ebenso großer Wichtigkeit ersetzen wollen – aber da es *die* gesellschaftliche Krise der letzten eineinhalb



Jahre ist und wie kein anders Ereignis uns beschäftigt und beeinflusst, haben auch wir uns schon vor einiger Zeit entschlossen, eine Sammlung von Beiträgen zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie und der diese begleitenden Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung zusammenzustellen. Dabei sind wir uns bewusst, dass es sich nur um eine erste vorläufige Zwischenbilanz handeln kann. Die Beforschung der Auswirkungen der Pandemie auf verschiedene Bereiche der Gesellschaft hat gerade erst begonnen und wird Jahre, wenn nicht Jahrzehnte dauern. Dennoch liegt eine Reihe von Erfahrungen, Beobachtungen und Analysen auch für die Sozialpsychiatrie vor, die teils überraschen und teils bestätigen, und aus denen wir auch über das Fachgebiet selbst und über sozialpsychologische, ökonomische und viele andere Bereiche einiges lernen können. Letztendlich geht es, ausgehend von den Erfahrungen in der Pandemie, um Fragen, wie die psychiatrischen Hilfen krisenfest organisiert werden können, welche rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen notwendig und sinnvoll sind, um Menschen in psychischen Krisen personenzentriert und wirksam zu unterstützen, und welche inhaltlichen Weiterentwicklungen sinnvoll wären.

In einem übergreifenden Artikel bringt uns Sigrid Graumann ins Bewusstsein, dass das Primat des Infektionsschutzes zu Kollateralschäden geführt hat: Menschen mit Behinderung und Psychiaterfahrung haben in der Pandemie einen Rückfall in Handlungsmuster aus der Zeit vor der UN-Behindertenrechtskonvention erleben müssen. Die Autorin ermahnt uns eindringlich, die strukturellen Vulnerabilitäten sozial benachteiligter Menschen zu berücksichtigen und macht dies zur wesentlichen Bedingung für die Schaffung eines krisenfesten Solidarsystems. Auch die Beiträge von Klaus Dörre und Andreas Kruse zielen auf das Thema soziale Ungleichheiten und Verletzlichkeit. Die Pandemie hat beides offengelegt, aber auch uns alle an unsere Verletzlichkeit als Person und als Gesellschaft erinnert. Sowohl die persönliche als auch die institutionelle Unterstützung psychosozial Benachteiligter, Traumatisierter, Geflohener,

Vereinsamer auch und gerade in Zeiten der Bedrohung aller durch eine ansteckende Erkrankung ist ein Lackmустest für die Humanität der Gesellschaft. Nach Michael Blumes Text über Urängste, Verdrängungen und Abspaltungsmechanismen, die auch und besonders für den Umgang mit dem schwer greifbaren Virus und den kontrovers diskutierten (nationalen) politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie greifen, bringt das Heft sowohl die Perspektive von Psychiater-Erfahrenen und die Herausforderungen, in einer solchen Krisenzeit Partizipation zu leben, als auch die Schwierigkeiten der in der psychiatrischen Versorgung Mitarbeitenden zur Sprache. Wie wurden Angebote aufrechterhalten, wenn eben die so notwendigen direkten sozialen Kontakte unerwünscht oder verboten waren? Welche Medien wurden genutzt? Was veränderte sich im Umgang mit den Menschen, die auf das psychiatrische Hilfesystem angewiesen waren?

In zwei abschließenden Texten werden wichtige Fragen zur Bedarfsgerechtigkeit der Psychiatrie aufgegriffen: Welches sind wichtige Lehren für das Hilfesystem aus den letzten eineinhalb Jahren? Zu guter Letzt hat uns Jürgen Armbruster noch einen denkwürdigen Text von Paul Watzlawick, den dieser vor 30 Jahren als Vortrag auf einer Tagung zu AIDS der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart gehalten hat und von einer erstaunlichen Aktualität ist, aus dem Hut gezaubert und zum Abdruck freigegeben: Er erinnert uns daran dass die Angst sowohl bei HIV wie auch heute bei COVID-19 ein wichtiger Antreiber gewesen ist, etwas zu verändern – auf Dauer aber keine gute Ratgeberin ist!

Dieses Heft möchte Denkanstöße geben die unterschiedlichen, sich z.T. widersprechenden und erschütternden, aber auch positiven Erfahrungen aus der Pandemie zu reflektieren im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für unser Zusammenleben und das psychiatrische Hilfesystem. Wir wünschen interessante Ein- und Ausblicke.

*Katharina Ratzke
Iris Maier-Strecker
Stefan Weinmann*



Jedes einzelne Leben zählt – Wertewandel in Zeiten von Corona?

Wie unser Sozial- und Gesundheitswesen krisenfest werden kann

Von Sigrid Grauman

Die Pandemie-Krise hat uns vor Augen geführt, dass wir als Menschen vulnerable und soziale Wesen sind. Damit hat sich die Tür zu einer solidarischeren und sozial gerechteren Gesellschaft ein wenig geöffnet. Allerdings sind auch die Risiken und Belastungen durch das Virus und seine Bekämpfung sozial sehr ungleich verteilt. Menschen mit Behinderung oder Psychiatrieerfahrung sind nicht nur besonderen Infektions- und Gesundheitsrisiken ausgesetzt, sondern auch von besonders gravierenden Beschränkungen ihrer Rechte betroffen. Die Prinzipien der Selbstbestimmung und Inklusion waren in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie sehr stark eingeschränkt. Belastungen und Schädigungen, die aus den Schutzmaßnahmen resultierten, waren viel zu wenig im Blick. In einem konsequent gemeinwohlorientierten Sozial- und Gesundheitswesen dagegen würden Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung – auch während einer Krise – ohne Bevormundung die Hilfe und Unterstützung erhalten, die sie brauchen, um ihre Grund- und Menschenrechte gleichberechtigt wahrnehmen zu können.



Sigrid Grauman

Prof. Dr., Professorin für Ethik und Rektorin der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kant-Str. 18-20, 44803 Bochum

„Die Politik hat Handlungsmacht bewiesen“

Wir leben nun gut ein Jahr mit dem Covid-19-Virus und befinden uns in der dritten Welle einer Pandemie. Um die Ausbreitung der Corona-Pandemie einzuschränken, wurde das gesellschaftliche, wirtschaftliche und kulturelle Leben stark eingeschränkt. Eine ungebremsste Ausbreitung von Covid-19-Infektionen hätte die Gesundheitsversorgung kollabieren lassen können. Die Modellrechnungen der Virologen zusammen mit den schockierenden Geschichten und Bildern aus anderen Ländern verlangten nach raschen und wirkungsvollen Maßnahmen, um das Infektionsgeschehen unter Kontrolle zu halten und das Sterben von Menschen zu verhindern. In ihrer bewegenden Fernsehansprache vom 18. März sagte Angela Merkel:

„Das sind nicht einfach abstrakte Zahlen in einer Statistik, sondern das ist ein Vater oder Großvater, eine Mutter oder Großmutter, eine Partnerin oder Partner, es sind Menschen. Und wir sind eine Gemeinschaft, in der jedes Leben und jeder Mensch zählt.“ (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2020)

Die „Heuristik der Furcht“ (Hans Jonas) avancierte in dieser akuten Gefahrensituation zum Leitprinzip politischer Verantwortung. Entscheidungen wurden nämlich unter der Bedingung großer wissenschaftlicher Unsicherheit getroffen, was die Erkenntnislage über das Virus selbst, aber auch was die Wirkung der Schutzmaßnahmen betrifft. Vor dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie vor mehr als einem Jahr hätte wohl niemand hierzulande gedacht, dass ein solcher lock down auch gegen die Interessen mächtiger Lobbygruppen durchsetzbar sei. Das macht Hoffnung, dass auch andere notwendige Reformen, ohne die der notwendige sozial-ökologische Wandel nicht gelingen kann, möglich sind. Dafür aber müsste der Wertewandel, der sich in der Rede der Bundeskanzlerin abzeichnete, dauerhaft sein.

„Wir sitzen (nicht) alle in einem Boot“

In der Corona-Politik wird viel vom Schutz von Risikogruppen gesprochen. Damit sind zum einen Menschen gemeint, die auf Grund ihres Alters oder einer Vorerkrankung im Falle einer

Infektion ein hohes Risiko für einen schweren, potenziell tödlichen Krankheitsverlauf haben. Laut dem aktuellen Lagebericht des Robert Koch Instituts waren 88 % der Personen, die an einer Covid-19-Erkrankung gestorben sind, 70 Jahre oder älter. Ein besonders hohes Infektionsrisiko tragen Personen mit vielen sozialen Kontakten, wie beispielsweise Personen, die im Sozial- und Gesundheitswesen arbeiten, versorgt oder unterstützt werden. Besonderen Gefahren für Gesundheit und Leben sind Personen ausgesetzt, bei denen ein hohes Infektionsrisiko und ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zusammenkommen. Das betrifft insbesondere die Alten- und Pflegeheime, wo mehr als die Hälfte aller an einer Covid-19-Erkrankung Verstorbenen lebte (Wolf-Ostermann und Rothgang 2020). Für Pflege- und Altenheime aber auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie wurde besondere Schutzmaßnahmen verordnet, die die Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe teils extrem beschnitten haben. Vor allem zu Beginn der Pandemie waren viele Menschen, die in Einrichtun-



gen leben, von der Außenwelt praktisch abgeschottet. Die Maßnahmen waren äußerst undifferenziert und berücksichtigen weder die besonderen Strukturen von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie, noch die Lebensrealitäten der Menschen, die dort leben. Es kam auf Grund der schwierigen Situation vermehrt zu Klinikeinweisungen nach PsychKG, aber auch zu einem Anstieg von Zwangsbehandlungen. Bis der Bundesgerichtshof anders entschied, wurden zum Teil keine persönlichen Anhörungen vor der Bestellung von gesetzlichen Betreuern durchgeführt. Das alles sind Eingriffe in die Grundrechte der Betroffenen, die weit über diejenigen hinausgehen, die anderen Bürgerinnen und Bürgern zugemutet wurden. Die Sensibilität für die Situation von Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung blieb zumindest zu Beginn der Pandemie offenbar häufig auf der Strecke. Außerdem muss die Frage gestellt werden, ob die restriktiven Pandemieschutz-Maßnahmen in Einrichtungen primär motiviert waren, die Menschen in den Einrichtungen zu schützen, oder nicht vielmehr, die Gesellschaft im Namen des Gemeinwohls vor den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Von Personen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, die selbstständig leben, wurde erwartet, sich in freiwillige Selbstisolation zu begeben. Dazu gehören auch viele Menschen mit Behinderung oder Psychiatrieerfahrung. Das aber setzt nicht nur Nachbarn oder Familienmitglieder voraus, die bereit sind, Einkäufe und andere Versorgungsarbeiten zu erledigen, sondern kann auch zu Vereinsamung mit entsprechenden psychischen Folgeschäden führen. Aber immerhin konnten diese Betroffenengruppen über ihre Selbstisolation, deren Form und Maß selbstbestimmt entscheiden. Das schließt ein, sich das Recht herauszunehmen, an der einen oder anderen Stelle unvernünftig zu sein – etwa selbst einkaufen oder im Park spazieren zu gehen – und dafür ein gewisses Gesundheitsrisiko in Kauf zu nehmen. Bei den Personengruppen, die in Einrichtungen leben und unterstützt werden, war das nicht der Fall. Über die Schutzmaßnahmen, denen sie ausge-

setzt waren, entschieden Dritte. Die beschriebenen Maßnahmen wurden politisch entschieden und mussten von den Einrichtungen konkret umgesetzt werden (Robert-Koch-Institut 2021). Nicht wenige Leitungen und Teams in der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie suchten und fanden kreative Lösungen, um die Versorgung so gut wie möglich aufrecht und gleichzeitig die Freiheitsbeschränkungen halbwegs erträglich zu halten. Trotzdem sind die Belastungen, die mit den Freiheitsbeschränkungen verbunden sind, für Menschen mit Behinderung oder Psychiatrieerfahrung groß. Und vor allem sind die Belastungen durch die Pandemie-Schutzmaßnahmen gesamtgesellschaftlich betrachtet sehr ungleich – und wie ich meine auch ungerecht – verteilt.

Mittlerweile treten auch soziale Ungleichheiten, die im direkten Zusammenhang mit der Pandemie stehen, immer stärker ins gesellschaftliche Bewusstsein. Jetzt, wo die Älteren zunehmend geimpft sind, fällt auf, dass auf den Intensivstationen überdurchschnittlich viele sozial benachteiligte Patienten mit Covid-19 behandelt werden. Dafür kann es verschiedene Gründe geben. Sozial benachteiligte

Jetzt, wo die Älteren zunehmend geimpft sind, fällt auf, dass auf den Intensivstationen überdurchschnittlich viele sozial benachteiligte Patienten mit Covid-19 behandelt werden.

Menschen, darunter viele mit Migrationsgeschichte, arbeiten häufig im Dienstleistungssektor – oft in prekären Beschäftigungsverhältnissen – und sind dadurch einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Zudem leben sie häufig vergleichsweise beengt, was das Risiko einer Verbreitung des Virus im familiären und sozialen Umfeld erhöht. Gleichzeitig sind sozial benachteiligte Menschen durchschnittlich stärker gesundheitlich vorbelastet und mit Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung konfrontiert. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung oder Psychiatrieerfahrung. Es ist daher naheliegend anzunehmen, dass sie nicht nur einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, sondern auch im Falle einer Infektion mit einer größeren Wahrscheinlichkeit einen schweren Krankheitsverlauf erleiden. Ärzte berichten außerdem, dass schwere Krankheitsverläufe oft damit zusammenhängen, dass an Covid-19 Erkrankte erst ärztliche Hilfe suchen, wenn die Krankheit schon

fortgeschritten und die Lunge bereits geschädigt ist. Auch das könnte sozial benachteiligte Gruppen auf Grund der Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen stärker betreffen. Auch wenn wir diese Zusammenhänge bislang noch nicht detailliert mit Daten belegen können, sind sie nachvollziehbar und basieren auf zahlreichen Berichten aus der Praxis.

„Solidarität mit vulnerablen Gruppen“

In ihrer Rede wies die Bundeskanzlerin auch darauf hin, dass uns die Pandemie vor Augen führt, „wie verwundbar wir alle sind, wie abhängig von dem rücksichtsvollen Verhalten anderer.“ (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2020). Heißt das nun aber, dass sich die Einsicht in die Vulnerabilität und Sozialität des Menschen gegen das vorherrschende liberalistische „Zerrbild“ eines ungebundenen, autonomen Subjekts durchsetzen kann? Könnten wir zukünftig mit mehr Verständnis für die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung hoffen? Schauen wir in eine Zukunft, in der Prinzipien wie Solidarität und Kooperation, wie von feministischen Theoretikerinnen schon lange gefordert, einseitige Vorstellungen von Leistung und Konkurrenz einer liberalistisch verengten Politik ablösen werden? Stephan Lessenich hat sicher Recht damit, dass dies eine zu optimistische Einschätzung des Wertewandels wäre, den wir derzeit beobachten können (Lessenich 2020). Dennoch meine ich, dass die Erfahrungen, die wir als Gesellschaft in der Pandemie machen, die Tür für Reformen hin zu einer solidarischeren und sozial gerechteren Gesellschaft ein wenig geöffnet haben.

Wir haben in der Pandemie eindrücklich die Erfahrung gemacht, dass wir als Menschen leibliche, in sozialer Gemeinschaft lebende Wesen sind. Aus anthropologischer Sicht ist diese *allgemeine* Vulnerabilität auf die leibliche und soziale Verfasstheit, die wir als Menschen mit allen anderen Menschen teilen, zurückzuführen. Daraus folgt die Einsicht, dass wir als Menschen in vielen Phasen unseres Lebens existenziell auf Sorge angewiesen sind, die andere für uns leisten.

Aus der allgemeinen Vulnerabilität kann für einzelne Personen eine *beson-*



dere Vulnerabilität folgen. Zu dieser besonderen Vulnerabilität können innere Bedingungen wie das Lebensalter, eine Krankheit oder Behinderung beitragen, dann kann von *inhärenter* Vulnerabilität gesprochen werden. Zu einer besonderen Vulnerabilität können aber auch Lebensumstände wie Wohn- und Arbeitsverhältnisse beitragen, was als *strukturelle* Vulnerabilität bezeichnet werden kann. Diese Differenzierungen sind wichtig, weil sich darin die Einsicht spiegelt, dass wir zwar alle von einer Covid-19-Infektion betroffen sein können und alle auf ein funktionsfähiges Gesundheitswesen angewiesen sind, es aber dennoch erhebliche Unterschiede hinsichtlich des individuellen Infektionsrisikos, des Risikos eines schweren Krankheitsverlaufs sowie potenzieller Folgeschädigungen durch die Schutzmaßnahmen gibt.

Differenzierte Schutzmaßnahmen sollten die besondere *inhärente* Vulnerabilität von Personen sowohl was den Schutz vor einer Infektion, als auch was potenziell schädigende Nebenfolgen der Schutzmaßnahmen angeht, berücksichtigen. Dafür stehen beispielsweise die kreativen Kompromisse zwischen dem Gesundheitsschutz und der Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten, die vor allem in vielen Einrichtungen der Sozialpsychiatrie getroffen wurden. Die Einsicht in besondere strukturelle Vulnerabilitäten sollte dazu führen, die individuellen Lebens- und Arbeitsverhältnisse von Personen oder Personengruppen zu berücksichtigen. Dies geschieht etwa, wenn mit mobilen Impfteams in sozialen Brennpunkten, wo sehr hohe Infektionsraten zu verzeichnen sind, verstärkt geimpft wird. Für Einrichtungen und Angebote der Langzeitpflege, der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie sollten aus den Erfahrungen struktureller Vulnerabilität Reformen dahingehend abgeleitet werden, dass kleine, begrenzte, feste Gruppen von Personen von ebenfalls kleinen, begrenzten, festen Team versorgt und unterstützt werden. Ein Infektionsausbruch kann so auf eine kleine Zahl von Menschen begrenzt werden. Dafür sind allerdings angemessene Räumlichkeiten und Personal-

schlüssel notwendig.

„Wann bekommen wir unsere Freiheit zurück?“


So oder so ähnlich sind derzeit viele Medienberichte übertitelt, in denen die Rücknahme von Einschränkungen der Grundrechte und die Voraussetzungen hierfür behandelt werden. Die dahinterstehenden Wünsche und Interessen sind allesamt sehr nachvollziehbar. Wir sollten allerdings sehr aufmerksam sein, dass dabei nicht ein reduziertes Ver-

Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung haben in der Pandemie leider einen Rückfall in Handlungsmuster aus der Zeit vor der UN-Behindertenrechtskonvention erleben müssen.

ständnis von Grundrechten rehabilitiert wird, mit dem die beschriebenen Einsichten in die Vulnerabilität des Menschen negiert werden. Das könnte nämlich bedeuten, dass wieder einmal einseitig diejenigen Rechteinhaber privilegiert werden, die sich selbst für ihre Rechte einsetzen

können und sich unabhängig von gegenseitigen Sorge-Beziehungen wännen. Damit möchte ich nicht missverstanden werden: ich vertrete selbst ein betont freiheitliches Verständnis der Grund- und Menschenrechte. Ein Verständnis von Gemeinwohl, dem individuelle Grund- und Menschenrechte „geopfert“ werden können, lehne ich entschieden ab. Gerade Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung haben in der Vergangenheit immer wieder die Erfahrung machen müssen, im Namen des vermeintlichen Gemeinwohls als Objekte von Wohltätigkeit und Fürsorge bevormundet und entrechtet zu werden. Mit den Grund- und Menschenrechten verbinden wir aber den Anspruch, dass alle Bürgerinnen und Bürger bzw. alle Menschen den gleichen Anspruch auf ihre Achtung und ihren Schutz haben, auch diejenigen die aktuell auf Unterstützung und Sorge angewiesen sind. Dieser Anspruch ist allerdings nur mit einem Gemeinwohlbegriff zu realisieren, der auf einem freiheitlichen Verständnis der Grund- und Menschenrechte basiert und gleichzeitig die Einsichten in die inhärente und strukturelle Vulnerabilität des Menschen ernst nimmt. In diesem Sinne müssen wir Freiheit als assistierte Freiheit verstehen, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert (Graumann 2011).

Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung haben in der Pandemie leider einen Rückfall in Handlungsmuster aus der Zeit vor der UN-BRK

erleben müssen. Die Prinzipien der Selbstbestimmung und Inklusion waren in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie zu Gunsten des Infektionsschutzes vielfach über lange Zeit sehr stark eingeschränkt oder sogar vollständig ausgesetzt. Dabei waren die Belastungen und Schädigungen, die aus den Schutzmaßnahmen resultierten, viel zu wenig im Blick. Wir sollten für den Fall, dass wir mit dieser Pandemie noch länger leben müssen bzw. für mögliche künftige Krisen Vorkehrungen treffen, damit das nicht wieder geschieht. Menschen mit Behinderung und Psychiatrieerfahrung müssen - auch während einer Krise - ohne Bevormundung die Hilfe und Unterstützung erhalten, die sie brauchen, um ihre Grund- und Menschenrechte gleichberechtigt wahrnehmen zu können. Das heißt auch, dass unser Sozialwesen und unsere Gesundheitsversorgung nur dann krisenfest sind, wenn wir sie so reformieren, dass die inhärenten und strukturellen Vulnerabilitäten von allen sozial benachteiligten Menschen berücksichtigt werden. In diesem Sinne sollten wir für ein konsequent gemeinwohlorientiertes Sozial- und Gesundheitswesen streiten. 

Literatur

Graumann, Sigrid (2011): Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte. Frankfurt a.M.

Jonas, Hans (1984): Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt a.M.

Lessenich, Stephan (2020): Verwundbar ist, wer zu uns gehört. Süddeutsche Zeitung 5.5.2020 <https://www.sueddeutsche.de/kultur/diskurs-und-coronavirus-unsere-verwundbaren-1.4897768> (zuletzt abgerufen 03.05.2021)

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020): Fernsehansprache von Bundeskanzlerin Angela Merkel, 18. März 2020. <https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/fernsehansprache-von-bundeskanzlerin-angela-merkel-1732134> (zuletzt abgerufen 03.05.2021)

Robert Koch Institut (2021): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt abgerufen 03.05.2021)

Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf (zuletzt abgerufen 03.05.2021)



Die Corona-Pandemie – ein Ungleichheitsverstärker

Von Klaus Dörre

Die Corona-Pandemie ist eine medizinische Katastrophe, die in vielerlei Hinsicht als Ungleichheitsverstärker wirkt. So lautet die These des Beitrags, der sich mit den sozialen Folgen von Covid-19 auseinandersetzt. Die Pandemie macht nicht nur bestehende Ungleichheiten sichtbar, sie trägt auch dazu bei, dass neue Spaltungslinien entstehen.



Klaus Dörre

Univ.-Prof. Dr., Geschäftsführender Direktor des DFG-Kollegs, Professur Arbeits-, Industrie- und Wirtschaftssoziologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Foto: Angelika Osthues

Erinnern wir uns. Als die pandemische Situation öffentlich wurde und der erste Lockdown folgte, schien die Welt still zu stehen. Endlich, so hieß es frohlockend, ist der Ausstieg aus dem Hamsterrad des „Immer mehr und nie genug!“ möglich. Trotz aller Gefahren gibt es nun Zeit für Muße, die Natur erholt sich und in der Bucht von Venedig wurden statt Kreuzfahrtschiffen Delfine gesichtet. Ins Rampenlicht traten Berufsgruppen, die zuvor gesellschaftlich nahezu unsichtbar waren. Nicht Autohersteller, sondern Altenpfleger:innen, das Klinikpersonal, die Kassierer:innen im Supermarkt und die Erzieher:innen in den Kindertagesstätten erwiesen sich als systemrelevant. Die neuen „Held:innen des Alltags“ wurden von Balkonen beklatscht und die Aufwertung ihrer Tätigkeiten schien nur noch eine Frage der Zeit. Nie war die Gelegenheit günstiger, die Gesellschaft grundlegend zu verändern, hieß es in den Feuilletons der Qualitätspresse.

Infektionsketten führen in die „Zone der Prekarität“

Geblichen ist von dieser gesellschaftlichen Stimmung wenig bis nichts. Anstelle eines mutigen „Machen wir die Gesellschaft der Zukunft besser!“ stellt sich trotz der Aussichten auf ein Ende der Pandemie vielfach Katzenjammer ein. Der Stimmungswechsel hängt mit der Erkenntnis zusammen, dass die Gesellschaften noch viele Jahre benötigen werden, um die sozialen, kulturellen und psychischen Belastungen durch Covid-19 und die ihr nachfolgende wirtschaftliche Rezession auch nur

annähernd zu bewältigen. Mehr und mehr bricht sich die Erkenntnis Bahn, dass die Corona-Pandemie, darin früheren Seuchen ähnlich, in vielerlei Hinsicht als Ungleichheitsverstärker und Entsolidarisierungstreiber wirkt. Wie unter einem Brennglas macht die Krankheit all jene Unsicherheiten und Ungleichheiten sichtbar, die in modernen kapitalistischen Gesellschaften seit langem (re)produziert werden. Und sie fügt den alten neue Spaltungslinien hinzu. Zu den alten Ungleichheiten gehört zunächst die sozial ungleiche Verteilung des Gesundheitsrisikos, das mit Covid-19 verbunden ist. Dass gesundheitliche Risiken sozialen Lagen folgen, ist seit langem bekannt. Die Corona-Pandemie macht diesbezüglich keine Ausnahme.

Zwar bedroht das Virus Sars-CoV-2 grundsätzlich alle, aber eben nicht alle in gleicher Weise. Mittlerweile ist klar, was Virologie und angrenzende Wissenschaftsdisziplinen auch aufgrund der unzureichenden Datenlage zunächst übersehen haben. Wie das Robert-Koch-Institut mittlerweile feststellt, ist die Ansteckungsgefahr überall dort besonders hoch, wo materielle Not und räumliche Enge das Abstandhalten erschweren.

Die Verfolgung von Infektionsketten führt zu prekären Arbeitsverhältnissen, beengtem Wohnraum und Quartieren mit hohen Anteilen an Menschen im Hartz-IV-Bezug. Die „Zone der Prekarität“, der hierzulande mindestens ein Fünftel der Bevölkerung zuzurechnen ist (Anhaltspunkt sind die 20 bis 24 % Erwerbstätigen im Niedriglohnssektor), bietet Corona-Hotspots den sozialen Raum.

Ungleichheitstreiber vom ersten Tage an

Doch die ungleiche Verteilung von Gesundheitsrisiken ist nur ein Aspekt des ungleichen Pandemiegeschehens. Weil es einen vollständigen Stillstand der Ökonomie nie gegeben hat, wirkte auch das Management von Pandemie und nachfolgender Rezession vom ersten Tag an als Ungleichheitsverstärker. Konnten viele Angestellte ins Homeoffice wechseln, mussten gewerblich Arbeitende häufig auch dann in die Fabrik, wenn es dort an elementaren Schutzvorkehrungen fehlte. Millionenfache Kurzarbeit ist mit erheblichen Einkommensverlusten der Betroffenen verbunden. Nur 54 % der Beschäftigten von Betrieben mit und nur 31 % der Arbeitenden in Betrieben ohne Tarifvertrag haben ein aufgestocktes Kurzarbeitergeld bekommen. Wer im Niedriglohnbereich arbeitet, kann damit kaum die laufenden Kosten bestreiten. Mitte 2020 war für etwa zwölf Millionen Menschen Kurzarbeit angemeldet; real arbeiteten sechs bis sieben Millionen Beschäftigte in reduzierter Zeit. Je länger die Kurzarbeit andauert, desto größer werden die Einbußen beim Lohn. Eingeschränkter Konsum mag das teilweise kompensieren, doch die Lage ändert sich schlagartig, wenn laufende Kosten wie Kredite und Mieten nicht mehr zu bedienen sind. Viele kleine Selbstständige, deren Gewerbe lahmgelegt ist, müssen ein solches Schicksal fürchten. Wer von Mini- und Midi-Jobs leben muss, fällt häufig durch das Raster staatlicher Auf- und Aufbauhilfen. Ungleichheitsverstärkend wirkt die Pandemie auch in scheinbar privile-



gierten Milieus. Weil der Nebenjob verloren geht, gerät das Studium in Gefahr. Homeoffice und digitale Kommunikation erweitern trotz mancher Annehmlichkeit auch den Zugriff auf die Privatsphäre. Wenn Schule und Kitas geschlossen oder nicht voll funktionsfähig sind, wird die Kinderbetreuung zu einem schwerwiegenden Problem. Leidtragende sind zumeist Frauen, denen, obwohl oftmals selbst berufstätig, wieder die Hauptlast bei den überlebensnotwendigen Sorgearbeiten zufällt. Auch die Umstellung auf digitale Kommunikation kann als Ungleichheitsverstärker wirken. In den Schulen scheitern bevorzugt diejenigen, die auf persönliche Kontakte und Hilfestellungen durch Bezugspersonen dringend angewiesen sind. Wer nicht einmal über einen Computer verfügt und dem Fernunterricht qua Handy beiwohnen muss, um dessen Nutzung er mit seinen Geschwistern ringt, neigt zu Resignation und droht, an den sozial hochgradig selektiven Mechanismen des Bildungssystems zu scheitern. Studierende, die ihre Kommiliton:innen und Professor:innen nach drei Semestern noch nie persönlich getroffen haben, wissen, wovon die Rede ist.

Vereinsamung – ein unterschätztes Problem

Befragte Studierende machen auf eine Problematik aufmerksam, die infolge der Corona-Pandemie zwar nicht völlig neu entsteht, aber doch für jüngere Altersgruppen eine völlig neue Relevanz erhält – Einsamkeit und soziale Isolation. Jenaer Studierende benennen dies mit Abstand als ihr Hauptproblem. Aber sie sind gewiss nicht die einzig Betroffenen. Ausschlaggebend für den Problemkomplex Einsamkeit sind mangelnde Integration in soziale Netzwerke und fehlende Wertschätzung durch andere. Einsamkeit ist demnach nicht identisch mit totaler sozialer Isolation; sie ist ein relationales Phänomen, dass sich im Kontrast zu erfüllten Sozialbeziehungen definiert. Auch die Verengung sozialer Kontakte im Alter oder die Tatsache, dass man im Leistungsbezug von ALG II mit Stigmatisierung zu kämpfen hat und Sozialkontakte sich zunehmend auf einen Kreis von Personen im Leistungs-

bezug beschränken, kann zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen. Insofern ist Einsamkeit kein individueller Makel, keine Krankheit, die man sich zufällig einfängt wie ein Virus. Doch das Virus Sars-CoV-2 wirkt antisozial. Einziger Schutz ist Social Distancing, das bedeutet auch Kontaktverzicht. Hält man Abstand und bleibt zuhause, läuft das auf radikale Entgesellschaftung hinaus, ja Entgemeinschaftung hinaus. Jede andere Person kann Viren übertragen. Deshalb muss digitalisierte Kommunikation ersetzen, was sonst Direktkontakte zwischen Menschen leisten. Das ist jedoch nur sehr bedingt möglich. So gilt das Homeoffice großen Mehrheiten der Beschäftigten als willkommene Option und Zugewinn an Autonomie. Doch je länger die Heimarbeitsphase

Besonders bedrückend ist, dass die gesellschaftliche Aufwertung der beklatschten Held:innen auf sich warten lässt. Von einer Prämie abgesehen, hat sich kaum etwas getan.

dauert desto stärker macht sich der fehlende soziale Kontakt am Arbeitsplatz bemerkbar. Kaum ein Beschäftigter möchte auf einen festen Arbeitsplatz in der Firma vollständig verzichten, der digitale Eremit ist für sie eher eine Dystopie.

Doch auch unabhängig davon steigt in der Alltagskommunikation die Geiztheit. Die Zugänge zum „Massenschönen“ (Kaspar Maase), zu Konzerten, Sportveranstaltungen, Theateraufführungen, Bars und Restaurants sind versperrt. Damit fehlen jene Selbstbetätigungsräume, die moderne Gesellschaft zusammenhalten. Dass Medien und digitale Kommunikation Face-to-Face Kontakte ersetzen könnten, ist eines jener Märchen, dessen Glaubwürdigkeit mit der Häufigkeit der Erzählungen abnimmt.

Held:innen des Alltags – überlastet, angeschmiert, ausgenutzt

Besonders bedrückend ist indes, dass die gesellschaftliche Aufwertung der beklatschten Held:innen das Alltags weiter auf sich warten lässt. Von einer Prämie abgesehen, die zudem nur ein Teil des Pflegepersonals erhielt, hat sich kaum etwas getan. Allgemeinverbindliche Tarifverträge für die Sozial- und Gesundheitswirtschaft sind weiterhin nicht in Sicht. Ohne tarifliche Absicherung kann jedoch weder die dringend nötige materielle noch die ebenso wichtige symbolisch-kulturelle Aufwertung der sorgenden, pflegenden, erziehenden

und bildenden Tätigkeiten gelingen. Das steht in einem grotesken Missverhältnis zu den besonders hohen gesundheitlichen Risiken, denen das Pflegepersonal beispielsweise auf den Intensivstationen oder in den Altenheimen ausgesetzt ist. Unter rigidem Kosten- und Wettbewerbsdruck wurde über Jahre hinweg vor allem beim Personal gespart. Als die Pandemie zur Jahreswende 2020/2021 ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte und die Intensivbetten knapp wurden, waren Ärzte, Klinikbeschäftigte und Pfleger:innen im Dauereinsatz. Individuell wurden die Belastungsgrenzen häufig weit überschritten. In den Alten- und Pflegeheimen fehlte es wegen Infektionen und familiären Betreuungsaufgaben der Beschäftigten an Personal. Oft konnte der Betrieb nur mit Hilfe von Leiharbeitskräften aufrechterhalten werden, die sich infolge ihrer Einsätze ebenfalls infizierten. Es ist kein Zufall, dass die Todeszahlen beim Pflegepersonal weltweit besonders hoch sind. Mehr als 100.000 von ihnen haben Leben verloren; allein in Indien sind, Stand Mai 2021, etwa 1.000 Ärzte an Covid-19 gestorben.

Die Pandemie – eine Nachhaltigkeitsbremse

Solche Zahlen deuten bereits an, dass sich die Pandemie am besten dort bekämpfen lässt, wo das Gesundheitswesen und die sozialen Sicherungssysteme noch einigermaßen intakt sind. In Ländern, in denen wohlfahrtsstaatliche Netze nicht oder nur rudimentär vorhanden sind, machen sich die Folgen von Pandemie und Rezession ungleich härter bemerkbar. Wie die Vereinten Nationen in einem Bericht belegen, wirkt die Corona-Krise als eine katastrophale Nachhaltigkeitsbremse. Das Nachhaltigkeitsziel (Sustainable Development Goal ((SDG)) 1), sämtliche Formen der Armut bis 2030 überall zu beenden, ist in weite Ferne gerückt. Erstmals seit Jahrzehnten haben alle Ausprägungen von Armut wieder zugelegt. 2020 sind 71 Millionen Menschen zusätzlich in extreme Armut getrieben worden; vier Milliarden verfügten über keinerlei Sozialschutz. Die Bekämpfung des Hungers ist ins Stocken geraten. Neben Klimaschocks, Kriegen und der Wanderheuschreckeneplage erweist sich Covid-19 als zusätzliche Belastung für die Ernährungssysteme. 144 Millionen (21,3 Prozent) der Kinder unter fünf Jahren werden



deshalb voraussichtlich von Wachstumshemmungen betroffen sein. Auch die Geschlechtergleichstellung (SDG 5) leidet. Mit Ausgangssperren nimmt das Gewalttrisiko gegen Frauen und Mädchen zu. Durchschnittlich stellen Frauen 70 Prozent des Personals in den Gesundheits- und Pflegediensten, das von Ansteckung besonders bedroht ist. Drei Milliarden Menschen haben keine einfache Handwaschgelegenheit im Haus und sind deshalb bei den Hygienemaßnahmen strukturell benachteiligt (SDG 6). Zwar hat sich die Einkommensungleichheit während des Berichtszeitraums in 38 von 84 erfassten Ländern verringert, doch Covid-19 trifft nun die verwundbarsten Gruppen besonders hart. Dazu zählen Menschen mit Handicap sowie Fluchtmigranten. Die Umsetzung des Ziels, die Ungleichheit in und zwischen Ländern zu verringern (SDG 10), wird erschwert, weil die weltweite Rezession die Finanzierung von Entwicklungsprogrammen gefährdet. Weltweit könnte die pandemiebedingte Rezession bis zu 400 Mio. Arbeitsplätze kosten. 1,6 Milliarden Menschen in der Schattenwirtschaft sind existenziell bedroht.

Covid-19 bewirkt degrowth by disaster

Weil verschiedene Ausprägungen von Ungleichheit zunehmen, wird auch die Bekämpfung des Klimawandels erschwert. Nur auf den ersten Blick wirkt Covid-19 ökologisch tatsächlich segensreich. Wie der Crash von 2007 bewirken Lockdown und Wirtschaftskrise „degrowth by disaster“. Tatsächlich haben eingeschränkte Mobilität und zeitweiliger Zusammenbruch der Industrie die Kohlendioxidemissionen in einem Maße reduziert, wie das seit Jahrzehnten nicht mehr der Fall gewesen ist. Die Bundesrepublik hat ihre Klimaziele 2020 vor allem wegen der Pandemie erreicht. Doch mit der Wiederbelebung der Wirtschaft sind die Emissionen rascher angestiegen als erwartet. Berechnungen der Internationalen Energieagentur (IEA) bestätigen für 2020 einen Rückgang der Emissionen um weltweit etwa 5,8 Prozent; das entspricht dem Ausstoß der gesamten Europäischen Union. Im Energiesektor gingen die Emissionen um 3,3 Prozent zurück, im Bereich Verkehr war es gar ein Minus von 14 Prozent. Doch seit April 2020 sind die Emissionen weltweit wieder angestiegen; im Dezember lagen sie bereits über den Werten

des Vergleichsmonats aus dem Vorjahr. Um das 1,5-Grad-Erderwärmungsszenario zu erreichen, wären weltweit Reduktionen des Treibhausgasausstoßes um durchschnittlich 7,6 Prozent jährlich erforderlich – das aber kontinuierlich und eben nicht als Folge eines zeitlich begrenzten Lockdowns. Die IEA befürchtet, dass die historische Chance der Welt, 2019 den globalen Höhepunkt an Emissionen erreicht zu haben, verspielt wird. Das nicht zuletzt, weil in Industriestaaten wie der Bundesrepublik neben dem Fahrrad vor allem der individuelle PKW-Verkehr von den Corona-Regeln profitiert, während die Fahrgastzahlen bei der Bahn und im öffentlichen Nahverkehr in Stadt und Land um 70 bis 80 Prozent eingebrochen sind. Offenbar steigert die Corona-Krise die Gefahr einer Schädigung von Sektoren, die für eine nachhaltige Verkehrswende unverzichtbar sind.

Harte Verteilungskämpfe stehen bevor

Harte Verteilungskämpfe, wie sie infolge hoher Verschuldung bei gleichzeitig sinkenden Steuereinnahmen allen Gesellschaften bevorstehen, könnten diesen Trend zusätzlich verstärken. In Deutschland plädieren die Wirtschaftsverbände bereits für rigide Sparmaßnahmen, die in erster Linie zulasten von Sozialausgaben gehen sollen. Stopp für die Grundrente, die Eingrenzung sachgrundloser Befristung und die Rente mit 63, Rückabwicklung der paritätischen Finanzierung von Krankenversicherungsbeiträgen und der Begrenzung von Leiharbeit sowie Einschränkung bei Mitbestimmungsrechten lauten die Forderungen des für die Metallwirtschaft zuständigen Branchenverbandes. Der BDI fordert gar das Abrücken von der Homeoffice-Pflicht und spricht sich gegen den „Testzwang“ in den Betrieben aus. In anderen europäischen Staaten fallen Forderungen der Kapitalverbände noch erheblich radikaler aus. Im Vergleich zu vielen Staaten des globalen Südens ist das aber noch immer eine geradezu komfortable Situation, denn dort stellt sich längst die Frage, was lebensbedrohlicher ist – die Krankheit Covid-19 oder die wirtschaftlichen und sozialen Folgen eines harten Lockdowns,

der gerade den Ärmsten der Armen die Existenzgrundlage raubt.

Covid-19 verstärkt die Ungleichheit zwischen Staaten

Eigentlich, so könnte man hinzufügen, sind alle Staaten, die den Sustainable Development Goals (SDGs) zugestimmt haben, verpflichtet, sich für die Gesundheit aller Menschen jeden Alters einzusetzen und deren Wohlergehen zu garantieren (SDG 3). Die Realität sieht anders aus. Längst ist der Kampf gegen die Pandemie zum Gegenstand imperialer Rivalitäten geworden ist. Nur jenen Staaten, die über genügend Impfstoff verfügen und ihre Impfkampagnen rasch zum Erfolg führen, bietet sich die Chance zu rascher wirtschaftlicher Gesundung. Folgerichtig wird eine globale Gesundheitsgefahr mit Impfstoffnationalismus bekämpft. Aller Solidaritätsbekundungen zum Trotz hatten sich im Frühjahr 2021 ganze zehn Staaten 76 Prozent des verfügbaren Impfstoffs gesichert. 85 einkommensschwache Länder werden möglicherweise erst nach Jahren mit der Immunisierung ihrer Bevölkerungen beginnen können. Ursprünglich versprach der sogenannte COVAX-Mechanismus, eine globale solidarische Impfstoffverteilung zu gewährleisten. Durch exklusive bilaterale Verträge reicher Staaten mit Impfstoff-

Im Impfstoffnationalismus offenbart sich ein Grundmuster der Krisenbewältigung. Gefahrenlagen wie die der Corona-Pandemie existieren im globalen Maßstab; letztendlich können sie auch nur im globalen Maßstab überwunden werden.

herstellern wurde dieses Abkommen jedoch ausgehöhlt und unterlaufen. Eine Folge ist, dass in ärmeren Ländern häufig nicht einmal das Pflegepersonal der Kliniken vor Covid-19 geschützt werden kann. Offenbar ist das internationale Staatensystem in seiner bestehenden Verfassung nicht in der Lage, Impfstoffe

als öffentliches Gut zu behandeln, um dem entsprechenden Nachhaltigkeitsziel Geltung zu verschaffen.

Im Impfstoffnationalismus offenbart sich ein Grundmuster der Krisenbewältigung inmitten eines epochalen Umbruchs. Gefahrenlagen wie die der Corona-Pandemie existieren im globalen Maßstab; letztendlich können sie auch nur im globalen Maßstab bearbeitet und überwunden werden. Gelingt das, wie bei Covid-19, nicht, schlägt das Virus früher oder später zurück. Die Gefahr von Mutationen, die sich auf zuvor



scheinbar halbwegs sichere Altersgruppen spezialisieren oder gegenüber Impfstoffen resistent sind, wächst. Impfkampagnen werden damit zu einem Rennen gegen die Zeit und privatkapitalistisches Eigentum, festgeschrieben in Patenten für Corona-Technologie, erweist sich als Haupthindernis für nachhaltigen Gesundheitsschutz. Deshalb fordern Organisationen wie „Ärzte ohne Grenzen“ ein Aussetzen von Patenten auf Covid-19-Technologie, raschen Technologietransfer in Länder des globalen Südens sowie Impfstoffspenden reicher Staaten, um zumindest die schlimmsten Engpässe auszugleichen.

Das subversive Moment der Pandemie

Darin artikuliert sich ein subversives Moment der Pandemie. Gesellschaften, denen es nicht gelingt, elementare Schutzbedürfnisse in ihre sozioökonomischen und politischen Funktionsmechanismen zu integrieren, generieren in einer global verflochtenen Welt spürbar und nachvollziehbar ein Überlebensrisiko. Dass der Ausnahmezustand, den Covid-19 ausgelöst hat, ein schwarzer Schwan, ein statistisch höchst seltenes Ereignis bleiben wird, ist unwahrscheinlich. In einer globalisierten Welt kann jede Naturkatastrophe, jede Wirtschaftskrise zu einem sozialen Desaster werden, das Notstandsmaßnahmen legitimiert. Islamistischen Terrorismus hat die französische Regierung mit monatelangem Ausnahmezustand beantwortet. Ereignisse wie der Hurrikan Katrina können, wie seinerzeit in New Orleans, ebenfalls Notstandsregime erzwingen. Wird die Realisierung von Nachhaltigkeitszielen blockiert, könnten sich die Anlässe für Ausnahmezustände häufen. Ungebremster Klimawandel bedeutet Zunahme von Wetterextremen, eine höhere Wahrscheinlichkeit von Naturkatastrophen und damit auch von äußeren Schocks, die zu immer neuen Notständen führen könnten. Aufstände und Riots, die mit Hilfe des Militärs niedergeschlagen werden, könnten eine ähnliche Dynamik auslösen. Moderne kapitalistische Gesellschaften würden, wenn sie mit immer neuen Notstandregimes reagierten, zu „Katastrophengesellschaften“ (Ulrich Beck), in denen der Ausnahmezustand den Alltag regiert. Deshalb gibt es für übertriebenen Optimismus keinen Anlass. „Durchkommen!“ lautet eine Devise, der sich viele

verschrieben haben. Grundfalsch wäre es, dem Wünschbaren schon den Rang einer wahrscheinlichen Zukunft zu verleihen. Debatten um alternative Gesellschaftsmodelle sind dringend vonnöten, das waren sie auch schon vor der Pandemie. Doch nur Realitätssinn, gepaart mit der Skepsis des Verstandes, einem klaren Blick für Kräfteverhältnisse, für das Gangbare und das Erreichbare, kann Visionen nachhaltiger Gesellschaften den Status glaubwürdiger Alternativen verleihen. Denn in den realen Möglichkeiten, für die die Mauer des Bestehenden noch den Blick verstellt, wurzelt tatsächlich ein subversives Moment der Pandemie.

Dazu nur ein Beispiel:

Bisher setzten Hygienemaßnahmen in der Regel erst dann ein, wenn die Krankheiten auftraten. Weitdenkende Virolog:innen haben stattdessen angeregt, ein globales Früherkennungssystem zu entwickeln, das potenzielle Pandemien schon während ihrer Entstehung wirksam bekämpft. Ein nachhaltiges Präventionssystem wäre jedoch ausgesprochen teuer. Es müsste weltweit errichtet werden, um wirksam zu schützen, und würde daher die Prioritäten öffentlicher Haushalte dramatisch verschieben. Groß angelegte Rüstungsprogramme ließen sich dann nicht mehr finanzieren. Nachhaltige Seuchenprävention liefe daher auf eine deutliche Veränderung der Prioritätensetzung in öffentlichen Haushalten und schließlich auf radikale gesellschaftliche Veränderungen hinaus, denn sie wäre ohne eine demokratische Rückverteilung des gesellschaftlich erzeugten Reichtums von Reich zu Arm und von Zentrum zu Peripherie nicht zu bewerkstelligen.

Das Virus und die Zerstörung von Vernunft

Vielleicht ist es die Ahnung, dass eine bloße Rückkehr zur „Normalität“ keine lebenswerte Zukunftsperspektive bietet, der Hauptgrund für eine neuartige politische Spaltungslinie, die sich mit wachsender Dauer der Pandemie immer heftiger bemerkbar macht. Gemeint ist die demonstrative Nicht-Achtsamkeit, die sich in Teilen der Gesellschaft Bahn bricht. Diese Haltung wird nicht nur von Corona-Leugnern, Querdenkern und anderen Verschwörungsideologen

artikuliert. Die Staus in den deutschen Mittelgebirgen, die es zum Jahreswechsel trotz dramatischer Todeszahlen gegeben hat, lösen in anderen Teilen der Gesellschaft Kopfschütteln aus. Sie stehen symbolisch für eine Grundhaltung, die unter Freiheit ausschließlich die Abwesenheit von Zwang versteht. Gleich ob Maskenpflicht, Kontaktbeschränkungen oder Reiseverbote – Restriktionen, die das Management der Pandemie mit

Restriktionen, die das Management der Pandemie mit sich bringt, werden von einer lautstarken Minderheit als Akte der Willkür und grundlose staatliche Bevormundung attackiert.

sich bringt, werden von einer lautstarken Minderheit als Akte der Willkür und grundlose staatliche Bevormundung attackiert. In solchen Haltungen bricht sich eine Tendenz Bahn, die schon länger zu beobachten ist – die Erosion von Wissenshie-

rarchien bis hin zu einem Punkt, der sich nur noch als Zerstörung von Vernunft bezeichnen lässt.

Mit seinem Neusprech nach dem Motto „Wahrheit ist Lüge“ hatte der Ex-US-Präsident Donald Trump diese gefährliche Entwicklung bis zu einem Punkt vorangetrieben, den kaum jemand für möglich gehalten hätte. Seine Wahrheitsverdrehungen, die an George Orwells 1984 erinnern, mündeten in die Behauptung, die Wahlniederlage sei in Wahrheit ein Wahlsieg! Ein faschistoider Mob nahm das beim Wort und stürmte mit Waffengewalt das Kapitol. Das war ein Frontalangriff auf die Demokratie. Aber dieser Angriff ist abgewehrt. Donald Trump ist nicht mehr Präsident der USA. Seine rassistische Nekropolitik, die das Virus relativierte, weil die Krankheit vor allem die Ärmsten und damit hauptsächlich people of colour trifft, ist gescheitert. Mit Joe Biden wird nicht alles gut, aber der menschengemachte Klimawandel wird nicht mehr gelehnet. Billionen Dollar werden investiert, um die wirtschaftlichen und sozialen Folgen der Pandemie zumindest abzumildern. Das ist ein Schritt nach vorn, es ist vor allem ein Triumph von Bewegungen wie Black lives matter und es ist ein Signal, das nach der Pandemie trotz aller Schwierigkeiten vielleicht doch eine bessere Welt möglich wird. 🌍

Literatur

Dörre, Klaus. (2020): Die Corona-Pandemie – eine Katastrophe mit Sprengkraft. Berlin J Soziol 30, 165–190. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00416-4>, sowie ggf. zusätzlich: Dörre, Klaus (2021): Lockdowns sind kein Klimaschutz. Jacobin.de.



Corona-Pandemie in besonders verletzlichen Gruppen

Von Andreas Kruse

Zunächst werden Aussagen zur Verletzlichkeit und Resilienz getroffen, die sich auf deren Situationsspezifität konzentrieren. Dabei wird hervorgehoben, dass in Situationen mit besonders hohen psychischen Anforderungen bestehende psychische Auffälligkeiten und Störungen verstärkt werden oder weitere hinzutreten. Als Bedingung für eine fachlich und ethisch überzeugende Psychopathologie wird die Fähigkeit benannt, sich in die innere Situation einer Patientin bzw. eines Patienten einzuschwingen und diese Situation in ihrer (biografischen) Entwicklung zu verstehen. Besondere Risikokonstellationen in der Corona-Pandemie werden aufgezeigt; diese sind nicht nur durch die innere (psychische) Verletzlichkeit, sondern auch durch Lebenslage- und Umweltmerkmale bedingt. Möglichkeiten der Prävention und Intervention werden diskutiert, wobei Interaktionen zwischen der Person, ihrer Lebenslage und ihrer (sozialen, räumlichen und institutionellen) Umwelt im Zentrum stehen. Abschließend wird dargelegt, wie wichtig Verletzlichkeitsdiskurse in öffentlichen Räumen für die Humanität unserer Gesellschaft sind.

1. Grundlegende Überlegungen zur Vulnerabilität und Resilienz

Vulnerabilität (Verletzlichkeit, Verwundbarkeit) der Person zeigt sich vor allem in Situationen, die besondere Anforderungen an die Psyche der Person richten. Die Besonderheit der Anforderungen bemisst sich auch nach den Fähigkeiten und Fertigkeiten, mithin der *Kompetenz* der Person. Dabei geht es nicht nur um den Umfang oder die psychologische Tiefe der Kompetenzen. Es geht auch und vor allem darum, inwieweit die bestehenden Kompetenzen mit den situativen Anforderungen harmonieren. Ist eine solche Harmonie (oder eine solche Passung) nicht gegeben, dann ist von erhöhter Vulnerabilität auszugehen, die ihrerseits das Risiko psychischer Auffälligkeiten oder Störungen birgt. Dieses Vulnerabilitäts-Verständnis hebt die *Situationsspezifität* der Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit hervor. Es bestehen allerdings große interindividuelle Unterschiede in der Anzahl der Situationsspezifitäten von Vulnerabilität: Den einen Pol bilden jene Personen, die nur in wenigen Situationen Vulnerabilität zeigen, den anderen Pol solche Personen, die sich in zahlreichen Situationen als verletzlich bzw. verwundbar erweisen. Vielfach wird von „besonders vulnerablen Gruppen“ gesprochen, bei denen in der hier gewählten Diktion multiple Situationsspezifitäten vorliegen,

die mithin in zahlreichen Situationen von emotionaler und verhaltensbezogener Überforderung bedroht sind, woraus das erhöhte Risiko psychischer Auffälligkeiten oder Störungen erwächst. Es können – wenn die betreffende Person bereits psychische Störungen aufweist – derartige Störungen *weiter verstärkt* werden, oder aber es können *weitere Auffälligkeiten bzw. Störungen hinzutreten*. Vulnerabilität kann im Kern nicht losgelöst von *Resilienz* (seelische Widerstandsfähigkeit) gedacht werden, die ihrerseits im Sinne von psychischen Qualitäten gedeutet wird, die Menschen dazu befähigen, in Situationen mit erhöhtem Anforderungsgehalt Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln oder zu stärken, die vor negativen Folgen derartiger Situationen schützen, wenn nicht sogar seelisch-geistige Reifungsprozesse in Gang setzen. Dieser Schutz bzw. diese Reifungsprozesse können dazu führen, dass die Person Situationen, die aus objektiver Sicht durch besondere Anforderungen imponieren, subjektiv nicht in diesem Sinne erlebt und deutet. Warum wird diese ausführliche Einleitung gewählt? Der Grund liegt darin, dass wir gerade Menschen mit psychischen oder neurokognitiven Störungen als besonders verletzlich einzuordnen haben, das heißt, dass diese mit höherer Wahrscheinlichkeit eine multiple Situationsspezifität von Vulnerabilität zeigen; zudem ist die seelische Widerstandsfähigkeit in vielen



Andreas Kruse

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Dipl.-Psych., Direktor des Instituts für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Foto: Kommunikationsabteilung Universität Heidelberg.

Situationen erkennbar verringert, woraus die deutlich erhöhte Vulnerabilität ebenfalls erwächst. Dies ist eine erste Aufgabe jeder guten psychopathologischen Diagnostik, die ihrerseits auf *das Sich-Einschwingen und Verstehen der inneren Situation* der Person gründet: nämlich herauszuarbeiten, in welchen Situationen eine Person mit psychischen und neurokognitiven Störungen (deutlich) verringerte Fähigkeiten und Fertigkeiten zur (inneren) Verarbeitung und (äußeren) Bewältigung der in diesen Situationen gestellten Anforderungen aufweist. Und es ergibt sich eine zweite Aufgabe: diese beschreibt die möglichst differenzierte Analyse von *Lebenslage- und Umweltmerkmalen*, die die gegebene Vulnerabilität mitbedingen bzw. weiter verstärken; aus umgekehrter Perspektive ist auch die Frage nach den schützenden (protektiven) Merkmalen zu stellen. Bildung, Einkommen, körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit, soziale Integration und Teilhabe, Wohnbedingungen und Dienstleistungsqualität des Wohnquartiers sind für den Grad der Vulnerabilität (bzw. Resilienz) bedeutende Merkmale. Besonders vulnerable Gruppen sind nicht allein durch einen Mangel an verarbeitungs- und bewältigungsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten charakterisiert, sondern auch durch nachhaltig wirkende, in hohem Maße einschränkende Lebenslage- und Umweltmerkmale.

2. Vulnerabilität und Resilienz in der Corona-Pandemie

Auch mit Blick auf die Corona-Pandemie ist zu fragen, inwieweit sich Personengruppen identifizieren lassen, bei denen von einer erhöhten Vulnerabilität auszugehen ist, sei diese durch eine spezifische Erlebens- und Verhaltensdisposition oder durch einschränkende Lebenslage- und Umweltmerkmale bedingt. Dabei ist die Studienlage, auch wenn sie bislang nicht sehr umfangreich ist, eindeutig: Jene Personen, bei denen bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie psychische Auffälligkeiten oder Störungen bestanden, erwiesen sich mit Blick auf die (innere) Verarbeitung und (äußere) Bewältigung der Corona-bedingten Einschränkungen und Belastungen als besonders vulnerabel: ihnen gelang die Verarbeitung und Bewältigung schlechter als Personen, die diese Auffälligkeiten oder Störungen nicht zeigten. Die geringere Widerstandsfähigkeit im Hinblick auf diese Einschränkungen und Belastungen äußert sich in einer Vertiefung der bestehenden wie auch im Auftreten neuer, weiterer psychischer Störungen – vor allem Depressionen und Angstzustände sind hier zu nennen. Zudem lassen sich Lebenslage- und Umweltmerkmale identifizieren, die im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität in Zeiten der Corona-Pandemie zu deuten sind: Zu nennen sind hier niedrige soziale Schicht, geringer Bildungsstand sowie geringes Einkommen – Lebenslagemerkmale, die in verschiedenen Altersgruppen negative Einflüsse auf die Verarbeitung und Bewältigung der durch die Corona-Pandemie bedingten Belastungen zeigen; zu nennen sind beengte Wohnbedingungen, geringe soziale Integration und Partizipation, schließlich eine unzureichende Infrastruktur an Dienstleistungen und Bildungsangeboten. Wenn diese verletzlichkeitserhöhenden (bzw. resilienzschwächenden) Merkmale interagieren – und zwar im Sinne einer Person-Situations- bzw. Person-Umwelt-Interaktion, so sind die Risiken für eine Vertiefung bestehender bzw. das Auftreten weiterer psychischer Störungen erkennbar erhöht.

3. Welche Folgerungen ergeben sich für Prävention und Intervention?

Die Corona-Pandemie gibt uns nicht nur Einblick in spezifische Vulnerabilitätskonstellationen wie auch in spezifische Resilienzformen, sondern sie legt – vermittelt über diese – auch Aussagen zu den Richtungen der Prävention und Intervention

nahe. Diese Aussagen greifen Erfahrungen auf, die insbesondere (aber nicht nur) im Kontext der Corona-Pandemie gewonnen wurden und die für die Bewältigung zukünftiger (pandemischer) Krisenkonstellationen von Bedeutung sind. Zunächst sind die spezifischen Vulnerabilitäten zu beachten, die Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oder Störungen zeigen. In vielen Fällen sind diese Vulnerabilitäten auch das Ergebnis verringerter Resilienz und ungünstiger (weil die Entwicklungsmöglichkeiten einschränkender) Lebenslage- und Umweltmerkmale. Dies bedeutet zum einen, dass Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oder Störungen im Falle einer gesellschaftlichen Krise eine psychiatrische, psychotherapeutische oder sozialpädagogische Begleitung erhalten. Dabei ist zu bedenken, dass Vulnerabilität und Resilienz immer auch das Ergebnis spezifischer *Figurationen* (ein auf Norbert Elias zurückgehendes Konstrukt) bilden, das heißt, spezifischer Beziehungen zwischen der psychisch auffälligen oder gestörten Person einerseits und deren nahen An- und Zugehörigen andererseits. Daraus folgt, dass gegebenenfalls die Begleitung auch auf An- und Zugehörige ausgeweitet wird. Dabei ist hervorzuheben: eine derartige Begleitung meint nicht „Pathologisierung“; sie erwächst auch nicht auf dem Boden eines „Paternalismus“. Vielmehr spricht aus ihr ein besonderes Verantwortungsgefühl jenen Menschen gegenüber, bei denen eine deutlich höhere psychische Reagibilität besteht und die aus diesem Grunde gerade in gesellschaftlichen Krisensituationen besonderen Anforderungen ausgesetzt sind. Mit dieser Verantwortung soll auch zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Menschen (wie auch ihre An- und Zugehörigen) nicht vergessen werden. Ebenso erscheint es als bedeutsam, ein *Präventionskonzept* zu entwickeln, in dem die Möglichkeit tiefgreifender gesellschaftlicher Krisen (die ihrerseits mit der Gefahr gesellschaftlicher Brüche verbunden sind) mitgedacht ist. Bis heute hatten wir keine Vorstellung davon, wie tiefgreifend wir in unserer Lebensgestaltung von gesellschaftlichen Krisen betroffen sein können und wie umfassend die Anpassungs- und Neuorientierungsleistungen sind, die diese Krisen uns abverlangen. Wir müssen uns in den verschiedenen Bildungs-, Erziehungs- und Weiterbildungsbereichen noch sehr viel mehr auf derartige Krisen einstellen und die Frage erörtern, wie es gelin-

gen kann, sich in diesen Krisen besser zu schützen. Entsprechende Verhaltenstechniken, die sich positiv auf die Selbstwirksamkeit und Kompetenz wie auch auf die Art der Informationssuche auswirken, sind hier ausdrücklich zu nennen: sie sollten – ohne dass hier Gefühle der Unsicherheit und Angst ausgelöst werden – konsequent vermittelt werden.

Doch genügt dieser personologische Ansatz alleine nicht. Es ist auch auf die Bildung von Netzwerken sowie auf den Abbau von sozialen Ungleichheiten zu achten, um Ressourcen zu stärken bzw. zu stabilisieren und damit spezifische Vulnerabilitäten abzubauen.

In Erziehung und Bildung sollte der Blick nicht nur auf die Ausbildung von Selbstverantwortung gerichtet sein.

In Erziehung und Bildung sollte der Blick nicht allein auf die Ausbildung von Selbstverantwortung und – entsprechend – Identität gerichtet sein, sondern

auch auf die Entwicklung von Empathie, Solidarität, Mitverantwortung und Respekt vor dem Anderen: Damit wird ein zentraler Beitrag zur Kompetenz bei der Schaffung und Erhaltung von sozialen Netzwerken geleistet, die in ihrer Bedeutung für Resilienz in gesellschaftlichen Krisen nicht hoch genug gewichtet werden können. Zudem muss es ein Ziel sein, die soziale Ungleichheit erkennbar zu verringern, indem allen Menschen ein ausreichend breites Spektrum an Bildungsangeboten (mit der Möglichkeit einer verbesserten beruflichen Perspektive), eine ausreichende materielle Sicherung sowie teilhabefreundliche Wohnverhältnisse ermöglicht werden. Zu bedenken ist, dass die besonderen psychischen Gefährdungen in einer gesellschaftlichen Krise immer auch entlang den Dimensionen sozialer Ungleichheit verlaufen.

Schließlich darf mit Blick auf die Effektivität von Prävention (und Intervention) keinesfalls die Bedeutung gesellschaftlicher und politischer Institutionen für die Entwicklung, die Erhaltung und Wiedererlangung von Ich-Identität unterschätzt werden. Die Zuverlässigkeit von Institutionen wird vielfach als ein präventives (und schützendes) Moment der Identitätsentwicklung beschrieben; zudem wird derartigen Institutionen in Zeiten der gesellschaftlichen Krise ausreichend Vertrauen geschenkt.

Institutionen aus den Bildungs- und Versorgungssegmenten zeigen sich in der aktuellen Pandemie in ihrer Resilienz oder aber in ihrer Vulnerabilität. Mit Resilienz von Institutionen ist gemeint, dass diese Ressourcen vorhalten, die sie

in die Lage versetzen, sich auch in Zeiten einer gesellschaftlichen Krise hoch adaptiv gegenüber den Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer zu verhalten. Zu nennen sind hier Einrichtungen, denen es zum Beispiel gelingt, Prinzipien des Gesundheitsschutzes mit jenen der Autonomie und der sozialen Teilhabe einzelner Nutzerinnen und Nutzern zur optimalen Übereinstimmung zu bringen. Dies erfordert unter anderem ein hoch differenziertes Gestaltungs- und Risikomanagement, verbunden mit entsprechender Ausstattung und kompetenzförderlichen Angeboten. Vulnerable Institutionen hingegen weisen derartige Ressourcen nicht auf und zeigen sich gerade in Zeiten der Pandemie als verletzlich – was sich auf Autonomie und soziale Teilhabe von Nutzerinnen und Nutzern negativ auswirkt. Man denke hier nur an Schulen, die keine leistungsfähige digitale Infrastruktur aufweisen, oder aber an Pflegeheime bzw. Behinderteneinrichtungen, die keine hochentwickelten kompetenzförderlichen Angebote vorhalten, die das Individuum in seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sozialkommunikativen, alltagspraktischen und spirituellen (religiösen) Dimension ansprechen.

4. Verletzlichkeit als Teil der *Conditio humana*

Was unsere Gesellschaft generell beachten sollte: In einer gesellschaftlichen Krise wie jener der Corona-Pandemie wird uns unser aller Verletzlichkeit deutlich bewusst. Diese Krise zeigt uns, dass Verletzlichkeit nicht ein „Merkmal“ einzelner Personen und Gruppen bildet, sondern Teil der *Conditio humana* ist – und somit auch offen ausgesprochen und gelebt werden muss. Dies heißt: Menschen sollten sich untereinander viel häufiger darüber verständigen, dass wir ohne die Andere, ohne den Anderen nicht sein können, dass wir auf ein Gemeinwohl angewiesen sind, welches die Rechte der bzw. des Einzelnen zu schützen vermag; und zu diesen Rechten gehört auch ein Maß an sozialer (institutioneller) Unterstützung, welches in der Zeit einer gesellschaftlichen Krise „schützt“. In gewisser Hinsicht führen uns gerade Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen die Verletzlichkeit der menschlichen Existenz vor Augen – und können uns damit helfen, uns unserer eigenen Verletzlichkeit bewusst zu werden. In dem Maße, in dem dies in einer Gesellschaft gelingt, wird diese erheblich an Humanität gewinnen, das heißt eine Haltung entwickeln, die an den besonders verletzlichen Menschen nicht vorbeigeht, sondern die besondere Verantwortung diesen gegenüber verspürt und wahrnimmt. ●

Psychosoziale und psychiatrische Folgen der Corona Krise

Von Jutta Lindert

Die COVID-19 Pandemie

Die COVID-19 Pandemie ist eine Herausforderung für die physische und die psychische Gesundheit der Menschen weltweit. Seitdem im Dezember 2019 chinesische Medien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Ausbruch an Fällen von Pneumonie unbekanntem Ursprungs gemeldet haben, ist die Welt durch diese Pandemie herausgefordert (Cui 2019). Am 11.3.2020 waren Fälle der Corona-Krankheit (COVID-19) bereits in 114 Ländern bekannt geworden und die WHO hatte COVID-19 zu einer Pandemie erklärt (Centers for Disease Control and Prevention 2010). In Europa sind bis Mitte April 2021 mehr als 3 Millionen Menschen gestorben, nachdem sie an COVID-19 erkrankt waren. Diese Pandemie hat jedoch nicht nur zu einer erhöhten Mortalität und schweren COVID-19 Erkrankungen geführt, sondern auch das alltägliche soziale Leben und alltägliche Routinen nachhaltig unterbrochen und verändert. Entsprechend der Anzahl betroffener Menschen kann daher diese COVID-19 Pandemie als „schwerwiegendes Ereignis“ oder „Katastrophe“ (disaster) beschrieben werden. Katastrophen geschehen häufig in einer begrenzten Region sowie zum Beispiel Erdbeben, Überschwemmungen, Dürre oder technische Katastrophen. Katastrophen sind unterschiedlich definiert und kategorisiert entsprechend der Verursachung (Naturkatastrophen oder menschengemachte Katastrophen). Forschungen zu den psychischen Folgen von Katastrophen zeigen, dass Katastrophen kurz- und langfristig vielfältige psychische Folgen nach sich ziehen können (Cui 2019), die sich jedoch im Verlauf der Zeit ändern können. Die COVID-19 Pandemie kann als 'virale' Katastrophe beschrieben werden, die die Menschen weltweit unvorbereitet getroffen hat.



Jutta Lindert

Prof. Dr., Hochschule Emden/Leer, Emden, Deutschland; WRSC, Brandeis Universität, Waltham, USA. Vizepräsidentin der Sektion Public Mental Health der European Public Health Association (EUPHA)

Forschungen zu dieser unvorbereiteten, viralen Katastrophe haben gezeigt, dass die COVID-19-Pandemie eine Vielzahl von Stresssymptomen wie Unsicherheit, Angst und Furcht sowie Hilflosigkeit angesichts der Unvorhersehbarkeit ausgelöst hat (Kola L. 2020). Entsprechend früherer Berichte insbesondere zur betroffenen Bevölkerung in China publizierten die Vereinten Nationen bereits im Jahr 2020 einen Bericht zur Notwendigkeit, die psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie zu unterstützen (United Nations 2020). Weiterhin wurde in diesem Statement der Vereinten Nationen darauf hingewiesen, dass die psychische Gesundheit der Bevölkerungen durch die COVID-19 Pandemie betroffen sei und psychische Gesundheit neben der Bekämpfung der Pandemie eine dringende Priorität für Politik und Versorgungsplanung haben solle. Ebenso hat die Weltgesundheitsorganisation schon früh darauf hingewiesen, dass die COVID-19-Pandemie kurz-, mittel- und langfristig mit einer psychischen Belastung der Bevölkerung weltweit einhergeht (Adhanom Ghebreyesus T. 2020). Bereits vorhandene Literatur zum Zusammenhang zwischen Katastrophen und psychischer Gesundheit hatte schon vor der COVID-19 Pandemie darauf hingedeutet, dass während und nach Katastrophen Stress und damit auch Stress assoziierte Symptome nor-

male Reaktionen auf außergewöhnliche Ereignisse sind (North CS, 2013). Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass durch Katastrophen hervorgerufene stress-bedingte psychische Folgen langfristig sein können. Die COVID-19 Pandemie ist eine Katastrophe, die potentiell lebensbedrohlich ist und Unsicherheit und Angst bei den Menschen hervorruft. **Selbst wenn stressbedingte Reaktionen normale Reaktionen sind, so zeigen nach Katastrophen Menschen nicht nur stressbedingte Reaktionen, sondern können auch stressbedingte psychische Störungen entwickeln.** Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Mehrheit der von der Pandemie betroffenen Menschen keine stressbedingten psychischen Störungen entwickelt, könnte allein die globale Betroffenheit durch die COVID-19 Pandemie zu einem Anstieg an Menschen mit psychischen Störungen führen. Es ist daher dringend notwendig, verlässliche robuste Zahlen zur Häufigkeit und zum Verlauf psychischer Störungen zur Verfügung zu stellen. Ein besseres Wissen zu den Zusammenhängen zwischen Katastrophen und psychischer Gesundheit und psychischen Störungen wird es nicht nur ermöglichen, auf diese Pandemie besser zu reagieren, sondern auch auf zukünftige Pandemien besser vorbereitet zu sein.

Was wissen wir? Häufigkeit psychischer Belastungen und psychischer Störungen während der COVID-19-Pandemie

Schon vor der COVID-19-Pandemie war 20% der Krankheitslast in der Bevölkerung auf psychische und neurologische Störungen zurückzuführen. (Whiteford HA 2013). Die Literatur zu COVID-19 weist jedoch auf ein erhöhtes Risiko verschiedener psychischer Störungen als Folge der COVID-19-Pandemie hin. Diese Symptome und Störungen schließen depressive Störungen, Angststörungen, stress-assoziierte Störungen sowie Substanzgebrauchsstörungen ein. Bisherigen Studien zu Folge wurden für depressive Störungen Prävalenzraten von 14,6-48,3% für Angststörungen von 6,33-50,9% für posttraumatische Belastungsstörung von 7% - 53,8% festgestellt. Die Auswirkungen der Pandemie sind jedoch länderspezifisch unterschiedlich. Eine Studie mit 21.000 Menschen in 16 Ländern fand

große Unterschiede zwischen den Ländern mit der höchsten Krankheitslast in Großbritannien (65%), gefolgt von 62% in Italien, 61% in Spanien, 60% in Polen, 57% in Frankreich, 54% in Schweden, 51% in Dänemark und 44% in Deutschland (YouGov, 2020).

Es wurden jedoch durch die Pandemie nicht nur psychische Störungen, sondern auch psychische Symptome hervorgerufen. Diese Symptome waren weit verbreitet und schließen insbesondere Schlafstörungen (Prävalenzrate zwischen 34,3-38%) und gesundheitsrelevantes Verhalten (Internetnutzung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum) ein. Insbesondere konnte gezeigt werden, dass der Alkoholkonsum während der Pandemie zunahm. So zeigte eine Studie aus Großbritannien einen Anstieg riskanten Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung von 5,2% auf 19,4% - 24,6% ($p < 0.001$) zwischen 2016-2018 und Mai 2020.

Die Zusammenhänge zwischen der COVID-19-Pandemie und psychischen Symptomen und psychischen Störungen wurde insbesondere sichtbar bei speziellen Gruppen, so bei Menschen, die an COVID-19 erkrankt waren, Frauen, jüngeren Altersgruppen, Menschen mit niedrigerer Bildung und niedrigem sozioökonomischem Status, Menschen mit Behinderungen, sowie Menschen mit vorexistierenden psychischen Erkrankungen.

Diese Gruppen hatten schon vor der COVID-19 Pandemie erhöhte Raten an psychischen Störungen, sodass derzeit davon ausgegangen werden kann, dass die Pandemie durch die Gefährdung für Morbidität und Mortalität sowohl ein eigener Risikofaktor ist als auch verstärkend auf andere bereits bekannte Risikofaktoren wirkt.

Einflussfaktoren auf psychische Belastungen und psychische Störungen während der COVID-19-Pandemie

Die Krankheitslast durch psychische und neurologische Störungen ist auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen wie unter anderem Armut und finanzielle Unsicherheit, Bildung und Ausbildung, mangelnde soziale Kontakte und Gewalt und schwerwiegende

Lebensereignisse. COVID-19 kann als ein schwerwiegendes Ereignis verstanden werden, das eine Reihe der genannten Faktoren zusätzlich verstärkt wie finanzielle Unsicherheit und mangelnde soziale Kontakte. Die Pandemie hat jedoch zudem weitere pandemiespezifische Faktoren, die sowohl das Entstehen von psychischen Störungen, als auch die Verschlechterung psychischer Symptome zur Folge haben können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pandemie durch die Gefährdung für Morbidität und Mortalität sowohl ein eigener Risikofaktor ist als auch verstärkend auf andere Risikofaktoren wirkt.

Die vorhandene Literatur zu COVID-19 legt nahe, dass die Prävalenz von psychischen Störungen und psychischen Beeinträchtigungen bei COVID-19 Exposition höher ist im Vergleich zu den Menschen, die nicht direkt an COVID-19

erkranken (Liu 2020). Darüber hinaus zeigt die Literatur, dass nicht nur die unmittelbare eigene Betroffenheit sondern auch die Betroffenheit von nah stehenden Menschen, insbesondere deren Tod durch die COVID-19 Erkrankung ein eigener Risikofaktor für das Neuauftreten psychischer Störungen (u.a. Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD, Depressionen und Substanzmissbrauch (Keyes et al., 2014) sein kann. Da COVID-19 hochansteckend ist, können zudem Menschen mehrere Verluste in der unmittelbaren Familie oder im unmittelbaren Freundeskreis erleben (Shi L 2020). Die Prävalenzrate von psychischen Störungen bei Menschen, die durch die COVID-19-Pandemie Angehörige verloren haben, ist bisher in Deutschland noch nicht untersucht worden. Ein weiterer pandemiespezifischer Einflussfaktor ist die Erkrankung an COVID-19. Auch wenn wir im Moment noch wenig verlässliche Zahlen haben, so zeigen bisherige Studien, dass psychische Störungen bei hospitalisierten Patienten und Patientinnen hoch sein können (Bo et al. 2020). Weiterhin können die in vielen Ländern verordneten Maßnahmen zur Eindämmung des Virus wie die Anordnung physischer Distanz, Kontaktbeschränkungen, Geschäftsschließungen, Quarantänemaßnahmen und Unterbrechung oder Reduzierung der psychosozialen und medizinischen Dienste zu psychischen Störungen beitragen oder diese verstärken. Die Unterbrechung oder Reduzierung der Dienste kann direkte Auswirkungen



auf die Gesundheit der Menschen haben, deren Vulnerabilität durch Erkrankungen, Alter, Geschlecht, Armut oder beengte Wohnverhältnisse erhöht ist. Menschen mit psychischen Störungen sowie ältere Menschen sind nach vorliegenden Studien im Falle von Katastrophen besonders betroffen. Diese besondere Betroffenheit erklärt sich u.a. durch die erhöhte Empfindlichkeit für Erkrankungen, erhöhte Wahrscheinlichkeit für schwere Erkrankungen sowie das Angewiesensein auf Unterstützung. Andere spezifische Faktoren sind arbeitsbedingte Faktoren. Viele Menschen arbeiten pandemiebedingt im Homeoffice. Für andere Gruppen wie Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung oder in der psychosozialen Versorgung besteht diese Möglichkeit des Homeoffice jedoch nicht. Daher sind Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung und in der psychosozialen Versorgung einem besonderen Risiko ausgesetzt, sich einerseits mit COVID-19 zu infizieren und dann auch ihre Familien zu infizieren und andererseits auch psychische Störungen in Folge der Exposition mit dem Virus zu entwickeln (Lai 2020). Die rasche Verbreitung von COVID-19 hat, wie gezeigt werden konnte, nicht nur weitreichende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Bevölkerungen insgesamt, sondern insbesondere auch auf vulnerable Bevölkerungsgruppen. Zu diesen vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören auch Menschen mit psychischen Störungen, die nicht nur anfälliger sind an COVID-19 zu erkranken, sondern auch besonders betroffen sind von der Unterbrechung der Versorgung durch medizinische und psychosoziale Dienste.

Ausblick

Wie gezeigt werden konnte, ist die COVID-19-Pandemie auch eine Herausforderung für medizinische und psychosoziale Dienste. Spezifische Herausforderungen, die in der Zukunft bewältigt werden sollten, um auf diese noch andauernde Krise besser reagieren zu können und für künftige Krisen besser vorbereitet zu sein, können daher im Bereich der psychosozialen und Public Mental Health Versorgung liegen.

Es geht darum diese Herausforderungen zu identifizieren und datenbasiert auf sie zu reagieren.

Die vorhandene Literatur verweist insbesondere auf die folgenden Herausforderungen:

- Notwendigkeit verlässliche, bevölkerungsrepräsentative Daten schnell zur Verfügung stellen zu können zur psychischen Situation sowie zur Situation der psychosozialen und medizinischen Dienste während der unterschiedlichen Phasen der Pandemie.
- Förderung von psychischer Gesundheit und Resilienz in der Allgemeinbevölkerung durch Implementierung von Public Health Interventionen.
- Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Prävention psychischer Störungen bei Personen der Allgemeinbevölkerung, die bisher keine psychischen Störungen gezeigt haben.
- Entwicklung von auch zu Zeiten einer Pandemie funktionierenden medizinischen und psychosozialen Diensten für die Allgemeinbevölkerung, für Menschen mit bereits existierenden psychischen Störungen und für potentiell von der Pandemie besonders betroffene Gruppen wie Menschen, die in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung arbeiten.

Bereits vor der Pandemie zeigte sich die Notwendigkeit von Interventionen in Bezug auf die Förderung von seelischer Gesundheit als auch in Bezug auf Prävention psychischer Störungen bei vulnerablen Gruppen.

Bereits vor der Pandemie zeigte sich die Notwendigkeit von Public Mental Health Interventionen sowohl in Bezug auf die Förderung von seelischer Gesundheit als auch in Bezug auf Prävention psychischer Störungen bei vulnerablen Gruppen und die Verbesserung von Interventionen bei psychisch erkrankten Menschen. Diese Förderung von Public Mental Health äußert sich vor allem in der Wertschätzung von psychischer Gesundheit im Versorgungssystem und durch die adäquate Finanzierung und die Implementierung von Maßnahmen, die die psychische Gesundheit fördern. Daher hat die COVID-19 Pandemie nicht nur die Verletzlichkeit von Menschen und Systemen gezeigt sondern auch die Notwendigkeit verstärkt, in Public Mental Health zu investieren und besser vorbereitet zu sein nicht nur für die Folgen dieser Pandemie sondern auch für künftige Katastrophen auf nationaler und internationaler Ebene. ●

Mental Health Interventionen sowohl in Bezug auf die Förderung von seelischer Gesundheit als auch in Bezug auf Prävention psychischer Störungen bei vulnerablen Gruppen und die Verbesserung von Interventionen bei psychisch erkrankten Menschen. Diese Förderung von Public Mental Health äußert sich vor allem in der Wertschätzung von psychischer Gesundheit im Versorgungssystem und durch die adäquate Finanzierung und die Implementierung von Maßnahmen, die die psychische Gesundheit fördern. Daher hat die COVID-19 Pandemie nicht nur die Verletzlichkeit von Menschen und Systemen gezeigt sondern auch die Notwendigkeit verstärkt, in Public Mental Health zu investieren und besser vorbereitet zu sein nicht nur für die Folgen dieser Pandemie sondern auch für künftige Katastrophen auf nationaler und internationaler Ebene. ●

Literatur

Adhanom Ghebreyesus T.: Addressing mental health needs: An integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry* 2020;19:129-30.

Bo H-X, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, Wu X, Xiang Y-T (2020): Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. Advance online publication.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020a, April 7): Coronavirus disease 2019 (COVID-19): People with disabilities. CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-disabilities.html>

Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat. Rev. Microbiol.* 2019;17:181-192.

Kola L.: Global mental health and COVID-19. *Lancet Psychiatry* 2020;7:655-7.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020): Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.

Lee T M C, Chi I, Chung L W M, Chou K-L (2006): Ageing and psychological response during the post-SARS period. *Aging & Mental Health*, 10(3), 303-311

Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, Wu L, Sun Z, Zhou Y, Wang Y, Li, W. (2020): Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921.

North CS, Pfefferbaum B.: Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA* 2013;310(5)-507-18.

Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, et al.: Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2014053)

Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, Jia Y, Gu J, Zhou Y, Wang Y, Liu N, Liu W. (2020): Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China.

United Nations: Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. New York: United Nations; 2020.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T.: Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382(9904):1575-86.

World Health Organization (2019, June 14): Sanitation. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>

Von Verschwörungsanhängern oder „Das Böse in uns selbst“

Kurze Einführung in die Verschwörungspsychologie

Von Michael Blume

In der Covid 19-Pandemie haben sich Prognosen über die psychischen und sozialpsychologischen Reaktionen von Menschen auf die Epidemie wesentlich bestätigt. Stärker als erwartet haben jedoch Medienwirkungen von der Digitalisierung bis zurück zur Alphabetisierung durchgeschlagen. Die immer umfassendere Durchdringung unseres Lebens mit Medienangeboten erzwingt eine stärkere Berücksichtigung psychologischer Verarbeitungsprozesse und psychiatrischer Unterstützungsangebote.



Michael Blume

Dr., Religionswissenschaftler und Beauftragter der Landesregierung Baden-Württemberg gegen Antisemitismus. Der 44-jährige Christ ist mit einer Muslimin verheiratet. Zuletzt erschien von ihm bei Patmos das Buch „Verschwörungsmythen“. Foto: Rahel Täubert

Schon jetzt zeichnet sich ein Fazit der Covid 19-Pandemie für die Sozialpsychologie und Psychiatrie ab, mit dem vorher kaum zu rechnen war: Beobachtungen und Prognosen aus früheren Pandemien haben sich eindrucksvoll bestätigt.

Beispielhaft lässt sich das am bewundernswerten „Die Pandemie als psychologische Herausforderung“ von Steven Taylor festmachen, das wenige Wochen vor dem Coronavirus-Ausbruch in Wuhan fertiggestellt war und in deutscher Übersetzung nach der ersten Viruswelle in Deutschland erschien. Taylor hatte darin die früheren Reaktionen von Menschen auf Pandemien mit der Auswertung neuerer Studien etwa zum Umgang mit angstbesetzten Informationen zusammengefasst. Die Prognosen haben sich insgesamt eindrucksvoll bestätigt – mit Ausnahmen des Einflusses digitaler Medien, die in den Pandemien des 20. Jahrhunderts naturgemäß noch keine Rolle spielten.

So verbreiten sich heute Informationen und Geschichten – von eiligen Tweets bis zu hochwertigen Animationen – sehr viel schneller, als dies jemals zuvor möglich gewesen ist. Das gilt negativ etwa für irreführende Meldungen oder auch für antisemitische Verschwörungsmythen: Die ersten deutschsprachigen pdf-Flugblätter über das Wuhan-Virus als vermeintliche „jüdische Biowaffe“ erreichten mein Team und mich, noch bevor die Pandemie Deutschland tatsächlich erreicht hatte.

Digitale Medien konnten aber auch positive Wirkungen entfalten: So vor allem die Podcasts von Virologen und später auch Virologinnen, die Millionen von Menschen halfen, sich verlässlich und auch gemäßigt kontrovers über die Gefahren und mögliche Gegenmaßnahmen zu informieren.

Doch von dieser Einschränkung abgesehen bewährten sich Taylors zusammengetragene Beobachtungen bis hin zu den beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften: Wer Ängste und Widersprüche schlechter ertragen konnte, neigte auch 2020 kulturübergreifend wieder zum gemeinschaftlichen Abblocken („Blunting“) der Pandemie als vermeintlicher „Weltverschwörung“. Sogar in Israel selbst kam es – neben hoher Zustimmung für die Impfkampagne – zu bizarren Demonstrationen, in denen die israelische Regierung mit dem NS-Regime gleichgesetzt und das Covid19-Virus oder zumindest seine Gefahr schlichtweg geleugnet wurden.

Neu-alte Verschwörungsmythen: Hexensalbe und Adrenochrom

Auch in meinem Arbeitsfeld, der Religionswissenschaft und Religionspsychologie, bestätigten sich frühere Beobachtungen bis an den Rand der Langeweile. So erwiesen sich die von US-amerikanischen Verschwörungssekten wie QAnon verbreiteten Verschwörungsmythen über unterirdische „Adrenochrom“-Kinder-

gefängnisse als bloße Wiederholungen der Hexenwahn-Mythen des 15. Jahrhunderts. Auch damals war – mit dem Auftreten des damals neuen Mediums des Buchdrucks – die gefährliche Verschwörungslüge explodiert, wonach Juden und Frauen teuflische Rituale begingen („Hexensabbat“), um aus getöteten Kindern „Hexensalbe“ herzustellen. Missernten wie auch Erkrankungen von Tieren und Menschen konnten somit einer vermeintlichen Verschwörung zugewiesen, diese durch Verurteilungen, Vertreibungen und auch Ermordungen der angeblichen Verschwörer schein-bewältigt werden.

Auch hier erwiesen sich digitale Medien einerseits als Beschleuniger – etwa als der Sänger Xavier Naidoo in einem Handyvideo über das vermeintliche Leid der Adrenochrom-Kinder weinte und eine baldige Befreiung durch US-Präsident Donald Trump erlebte. Andererseits aber konnten wir mit unserem Podcast „Verschwörungsfragen“ in Kombination mit einem Wissenschaftsblog binnen weniger Tage Zehn- und schließlich Hunderttausende Hörende und Lesende erreichen und zur schnellen Aufklärung des Adrenochrom-Verschwörungsmythos beitragen.

Vier Stufen der Verschwörungspsychologie

Aus der Vielzahl der historischen und gegenwärtigen Vergleichsfälle ließ sich sogar eine Stufenform des Verschwörungsglaubens herausarbeiten, die ich im Folgenden

in gebotener Kürze vorstellen möchte. Demnach beginnt Verschwörungsglauben in den meisten Fällen mit einem psychologischen Mechanismus, der uns als Menschen allgemein ist und ohne den wir überhaupt nicht überleben könnten. Durch das Abblocken / Blunting von bedrängenden Informationen (Stufe 1) können wir überhaupt erst unseren Alltag bewältigen, ohne uns etwa 24 Stunden pro Tag über die Klimakrise, die Kriege im Jemen und Sudan oder eben das Auftreten neuer Virusmutationen aufzureiben.

Aufgrund ihrer häufiger ängstlichen und autoritären Persönlichkeitsstrukturen tendieren Verschwörungsgläubige jedoch sehr viel häufiger zu Stufe 2: Der Erklärung der unangenehmen Informationen durch Verschwörungsmythen. So wird die Klimakrise als Ergebnis gieriger Konkurrenten, die Kriege als Komplott von Waffenproduzenten oder ein Virus als Trick der „Pharmalobby“ buchstäblich weggedeutet:

Indem die beängstigenden Nachrichten und die mit ihnen verbundenen Ängste abgespalten und auf eine Gruppe vermeintlicher Verschwörer abgeschoben werden, entsteht ein Dualismus: „Wir“ sind die absolut Guten, die doch nur von „denen“ – den absolut

Bösen – bedroht werden. Und zwischen „uns“ und „denen“ gibt es nur noch die naiven Schlafschafe, die sich noch von „den Mainstream-Medien“ täuschen lieben. In digitalen Blasen wie Facebook- und Telegram-Gruppen und schließlich in gemeinschaftlichen Demonstrationen lassen sich diese alternativen, dualistischen Realitätswahrnehmungen gemeinsam bekräftigen und verbreiten.

Wenn dann also Menschen ihre Euro hastig und zu saftigen Provisionen in Gold eintauschen, die eigenen, vom Volk gewählten Regierungen beschimpfen und im Angesicht des Virus „Ein bißchen SARS muss sein“-Polonaisen aufführen, mag dies Außenstehenden als „verrückt“ erscheinen. Es ist jedoch eine verschwörungs- und sozialpsychologische Reaktion, die schon in früheren Jahrhunderten mit exzessiven Gefühlsausbrüchen, Flagellantentum und leider auch Pestpogromen gut beschrieben ist. Anstatt die Ängste und auch das Böse im eigenen Inneren zu stellen, werden sie abgespalten und auf eine vermeintliche Verschwörung projiziert.

Fast immer laufen diese Verschwörungs-

In der letzten Stufe der Verschwörungspsychologie erlaubt der Glaube an eine weltweite Bedrohung durch Superverschwörer nur noch einen psychischen Ausweg: die Tyrannophilie.

mythen dann auf Stufe 3, den Antisemitismus hinaus. Das Judentum war die erste Religion des Alphabetes, des Buches, der Bildung. Der Noahsohn Sem – wie in Anti-Sem-ismus – gilt in der jüdischen Auslegung des Talmud nicht als Begründer einer „Rasse“ oder Sprachgruppe, sondern als erster Begründer eines Lehrhauses, in dem Religion und Recht in Alphabetschrift gelehrt worden sei. Und tatsächlich kennen wir die ersten Alphabetschriften aus dem 18. Jahrhundert vor Christus auf dem Sinai – und seit April 2021 einen Fund österreichischer Archäologinnen und Archäologen von Alphabetschriften aus dem 15. Jahrhundert vor Christus in Lachisch bei Jerusalem! Im Gegensatz zu älteren, vor allem babylonischen und ägyptischen Schriftsystemen ermöglichten die Alphabete mit bis zu 30 Lautbuchstaben erstmals eine breite Schriftbildung von Jungen und Mädchen. Entsprechend entfalteten sich auch nach dem Judentum semitische

Religionen sowie später säkulare Weltanschauungen ausnahmslos auf Basis von Alphabetschriften. Auch China führte im 20. Jahrhundert schließlich eine Pinyin-Schrift auf Basis des griechisch-lateinischen („japhetischen“) Alphabetsystems ein. Der schon

in der Antike entstehende Antisemitismus deutete die sozialen und religiösen Folgen der Schriftbildung dagegen als Verschwörung und beschuldigt bis heute Juden, Journalistinnen, Wissenschaftler, Politiker, Psychologinnen, impfende Ärzte sowie zuletzt auch den Umweltschutz der Teilhabe an einer gemeinsamen Weltverschwörung.

In der vierten und letzten Stufe der Verschwörungspsychologie erlaubt der Glaube an eine weltweite Bedrohung durch vermeintliche Superverschwörer dann nur noch einen psychischen Ausweg: die Tyrannophilie. Wir finden sie schon in Platons Höhlenmythos angelegt, nach dem der von Gauklern getäuschte und in der Höhle gefangene Mensch nur durch einen starken Befreier aus Ketten und Täuschungen befreit und ans wahre Licht zurückgeführt werden könne. Vom US-Präsidenten Donald Trump über dessen brasilianischen Kollegen Jair Bolsonaro – der sich den Mittelnamen „Messias“ selbst zulegte – bis hin zu selbsternannten IS-Kalifen und dem Thüringer „Reichsbürgerkönig“ Peter I. reicht das Angebot an großen und kleinen An-

führern, die sich von tatsächlich verängstigten Anhängerschaften als vermeintlich letzte Chance gegenüber den übermächtigen Superverschwörern verehren lassen. Mit vernünftiger Rationalität hatten und haben diese Führerkulte dann tatsächlich nichts mehr zu schaffen.

Fazit

Ab Mitte des 20. Jahrhunderts setzte sich mit dem Falsifikationsprinzip nach Karl Popper ein neues Paradigma der Wissenschaftlichkeit durch: Als theoretisches Wissen darf nur noch gelten, was sich empirisch überprüfen und also auch widerlegen ließe. In der biologischen, medizinischen und auch psychologischen Forschung hat sich dieses Paradigma als außerordentlich ertragreich und belastbar erwiesen.

Doch die Covid19-Pandemie wie auch die eskalierende Klimakrise haben uns auch damit konfrontiert, dass wir Menschen noch immer mit den gleichen Säugetiergehirnen wie unsere Ureltern unterwegs sind – und Wissenschaft nur eine, noch dazu schwer zu erlernende Perspektive eröffnet. Gerade auch bedrängende Nachrichten und digitale Informationsströme können tief sitzende Persönlichkeitseigenschaften wie Ängste, Verdrängungs- und Abspaltungsmechanismen aktivieren. Gerade auch digitale Medien erlauben dann wiederum nicht nur ein Abrufen von Verschwörungsmythen, sondern auch ein Vernetzen in verschwörungsgläubigen Gemeinschaften. Ich zögere nicht, bei Verschwörungsgruppen ab Stufe 3 und 4 von „digitalen Sekten“ zu sprechen, in denen sich nicht wenige Menschen heute schneller denn je verlieren und für die sie Geld, Gesundheit und auch soziale Beziehungen opfern.

Die Aufgabe, das Böse und Beängstigende in uns selbst zu stellen, wird also durch neue, digitale Medien eher noch verstärkt. Ich wage die Prognose, dass dies eine stärkere Nachfrage nach psychiatrischen Hilfen und mittelfristig eine stärkere Psychologisierung von Politik, Medien und Bildungssystemen nach sich ziehen wird. Denn Zugänge zur materiellen und sozialen Realität können auch digital verschüttet werden. Wir müssen nicht erst aus einer platonischen Höhle befreit werden – sondern Kompetenzen entwickeln, erst gar nicht in eine solche hineingelockt zu werden. ●

Den Podcast gibt es unter folgendem Link: <https://verswoerungsfragen.podigee.io>

Sozialpsychiatrische Hilfen in Corona-Zeiten

Ein kritischer Rückblick und ein konstruktiver Ausblick

Von Jörg Holke

Die Bewältigung der Corona-Krise war ein gigantischer Finanzkraftakt und eine immense gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In Krisenzeiten werden Stärken und Schwächen gesellschaftlicher Systeme sichtbarer. Dies gilt auch für die psychiatrische Versorgung. Kritische Reflektion ist geboten und Handlungskonzepte zur Krisenbewältigung sind Gebot der Zukunft. Wandel und Anpassung durch Flexibilisierung, Ambulantisierung und Personenzentrierung sind notwendiger denn je. Der Psychiatriedialog und Einflussnahme auf die gesundheits- und sozialpolitische Agenda der nächsten Legislatur sind Ansatzpunkte.



Jörg Holke

Geschäftsführer der Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), Oppelnerstr. 130, 53119 Bonn, E-Mail holke@apk-ev.de, www.apk-ev.de



Die Corona-Pandemie hat eine Krise in zuvor kaum vorstellbaren Dimensionen in allen gesellschaftlichen Bereichen ausgelöst. Nach dem Soziologen Niklas Luhmann sind „Krisen heikle Situationen in Systemen, die den Fortbestand des Systems oder wichtiger System-Strukturen unter Zeitdruck in Frage stellen“. Entsprechend rücken Probleme der Anpassung von System und Umwelt, von Stabilität und Wandel, von Komplexitätssteigerung und -bewältigung, von Krise und sozialer Kontrolle in den Vordergrund. In Krisenzeiten zeigen sich Stärken und Schwächen sozialer Systeme offensichtlicher und greifbarer. Solche Krisenphänomene waren in aller Deutlichkeit seit dem Ausbruch der Pandemie im Sozial- und Gesundheitswesen deutschlandweit zu spüren – auch wenn der Föderalismus teil- und phasenweise zu länderspezifischen Ausprägungen geführt hat.

Krisenbewältigung per Finanzausgleich

Zur Krisenbewältigung wurden vorrangig finanzielle Mittel zum Erhalt der Angebote eingesetzt. Als wirtschaftlich starkes Land konnte Deutschland durch materielle Unterstützung im großen Umfang sein Sozial- und Gesundheitssystem am Laufen halten und die Frage nach dem Fortbe-

stand damit grundsätzlich systemimmanent beantworten.

Relativ zügig wurden Krankenhausentlastungsgesetze geschaffen und entsprechende Förderprogramme aufgelegt. Aber auch der ambulante Sektor im Bereich der Behandlung wurde umfassend unterstützt. Im Bereich Soziale Sicherung halfen das Kurzarbeitergeld und Krisenprogramme im SGB II und III größere Unruhe zu vermeiden. Das Sozialdienstleistungsgesetz schaffte Sicherheit in der Leistungserbringung zur sozialen und beruflichen Teilhabe – auch wenn nicht alles 1:1 abgefangen werden konnte. Insolvenzen im Gesundheits- und Sozialsystem sind kaum bekannt – und sind wohl eher im Tourismus, Einzelhandel und in den „vergessenen“ Bereichen wie dem Kulturbereich zu erwarten.

Im Sinne der notwendigen Anpassung und des Wandels als Form der Krisenbewältigung wurden jedoch erfreulicherweise teilweise auch mehr Flexibilität in der Leistungserbringung ermöglicht, durch Aufhebung von Deckelungen oder durch andere Formen von flexibler Leistungsgestaltung. Überall waren jedoch Probleme mehr oder weniger exorbitant dort zu verzeichnen, wo auch schon vor der Pandemie Schwächen zu erkennen gewesen waren und (noch) nicht angegangen worden sind. Manch ein Schwachpunkt wie die Materialbeschaffung wurde aber auch erst durch die Krise offensichtlich.

Schwachstellen werden sichtbarer

Eine der großen Schwachstellen war und ist die Personalsituation im Gesundheitswesen bzw. der Pflege. Intensivbetten vorzuhalten war eine große Herausforderung, jedoch war die Unterbesetzung in der Krankenpflege bzw. Intensivpflege teilweise das noch größere Problem. Aber auch die Unterbesetzung in der stationären und ambulanten Pflege nach dem SGB XI hat zu mehr Missständen geführt als möglicherweise zu geringe Pflegesätze.

Deutlich hat sich in der Pandemie gezeigt, dass die stationäre Behandlung mit einer Versorgung in großen Gruppen und teilweise engen Räumlichkeiten bei gleichzeitig knapper Personalbesetzung an Grenzen stößt und nur schwer kurzfristig in Richtung aufsuchend und mobile Behandlung umsteuerbar ist. Telemedizinische Angebote konnten zumindest integriert werden, hier fehlt es eher an Erfahrung. Wo sich bereits eine ambulant ausgerichtete Krankenhausbehandlung einschließlich stationsäquivalenter Behandlung stark etabliert hatte, konnte wesentlich flexibler und bedarfsgerechter reagiert werden.

In Bezug auf die ambulanten Pflegeangebote im Bereich des SGB XI, war die Krise unter den Rahmenbedingungen in der Pandemie extrem schwierig zu bewältigen. In der stationären Pflege waren

die Besuchsregelungen in Altenpflegeeinrichtung oft schwer erträglich für Pflegebedürftige und Angehörige.

Aber auch Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe und in der Teilhabe am Arbeitsleben waren teilweise nicht in der Lage, ihre Angebote soweit zu flexibilisieren und anzupassen, dass noch eine bedarfsgerechte Aufrechterhaltung der Angebote möglich war. Werkstätten und Tagesstätten, berufliche Bildungsangebote wurden weitgehend in ihren Angeboten runtergefahren. Telekommunikation hat hier zum Teil zumindest eine Minimalbegleitung ermöglicht.

Die Reform der Notfallversorgung war bereits vor der Pandemie ins Stocken geraten. Der flächendeckende Ausbau der ambulanten Krisenhilfen rund um die Uhr ist eine seit den Anfängen der Psychiatriereform andauernde Fehlangelegenheit. Diese Fehlentwicklung war in ihren Auswirkungen schmerzhaft zu spüren. Die Menschen in psychischen und sozialen Krisen hätten auch in Folge der Pandemie schnelle und leicht erreichbare Hilfen gebraucht. Gut war, dass es eine Selbsthilfe gab, die mit viel ehrenamtlichem Engagement so gut es ging zur Stelle war und dass engagierte Leistungserbringer kurzerhand ihre Angebote darauf umstellten – aber eine flächendeckende Lösung war auch so nicht möglich.

Insgesamt würde das Manko der fehlenden, umfassenden Versorgungsverpflichtung im ambulanten Bereich mehr als deutlich.

Konsequenzen aus der Krise

Was heißt das für den Wandel und die Anpassung des Systems in Folge der Krise für die psychiatrische Versorgung? Der eingeschlagene Weg der Flexibilisierung, Ambulantisierung und Personenzentrierung der Hilfen muss konsequent fortgesetzt werden. Das betrifft alle Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems, den ambulanten und klinischen Sektor in der Behandlung einschließlich der medizinischen Rehabilitation, die Pflege nach dem SGB XI, die Eingliederungshilfe und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. die Arbeitsförderung. Solch ein Wandel braucht offensichtlich Zeit aber auch eine konsequente Handlungsorientierung. Einige Schlaglichter auf Handlungsstrategien seien im Folgenden skizziert, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit:

- Die Krankenhausbehandlung muss sich konsequent weiterentwickeln im Sinne einer flexiblen Behandlung vom Krankenhaus aus und sich von der Bettenzentrierung verabschieden. 64b Modellvorhaben, StÄB und Innofond-Modelle weisen hier den Weg. Komplexleistungen sollten auch ambulant, aufsuchend und in der notwendigen Intensität vom Krankenhaus aus erbracht werden.
- Im ambulanten Sektor des Behandlungsbereiches ist mehr Koordination und Kooperation notwendig und es muss auch der Weg in Richtung teambasierter integrierter Intensivbehandlung mitgedacht werden.
- Der Aufbau mobiler und aufsuchender medizinischer Rehabilitation, deren Fehlen eines der unerklärlichen Rätsel der Psychiatriereform bleibt, ist dringend zu forcieren. Entsprechende BAR-Empfehlungsvereinbarungen sind hier geboten, wie auch Vereinfachungen in der Zulassung von Trägern.
- Die ambulante Krisenhilfe braucht eine solide Basis in der Fläche. Die Reform der Notfallversorgung und eine gemeinsame Verantwortung von kommunaler Daseinsfürsorge und Krankenkassen können hier Perspektiven eröffnen.
- Die Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation, die Vermeidung von Zwang bleiben eine kontinuierliche Herausforderung. Die unterstützte Entscheidungsfindung, die Behandlungsvereinbarung, die konsequente Einbindung von Erfahrungswissen, das Monitoring von Zwang(svermeidung) oder die Implementation von Gewaltschutzkonzepten sind hier Stichworte.
- Die Eingliederungshilfe darf bei der Umsetzung des Teilhabegesetzes nicht bei der aktuellen Zentrierung auf den bestimmt notwendigen Sozialverbau das eigentliche Ziel der Personenzentrierung aus dem Auge verlieren. Der Ausbau der individuellen, lebensfeldzentrierten, integrierten Hilfen mit Einbindung der Leistungserbringer sollte die Umsetzung bestimmen. Bedarfsermittlung und Hilfeplanung ohne das Know-how und die Erfahrung der Leistungserbringer ist kaum vorstellbar. Die Chancen der Trennung von Fachleistung und Wohnen müssen genutzt werden.
- Die Teilhabe am Arbeitsleben und die Arbeitsförderung muss den begonnenen Weg der stärkeren Ori-

entierung am betrieblichen Umfeld und am individuellen Bedarf noch konsequenter umsetzen. Betriebliche Trainings- und Rehabilitationsplätze mit Begleitung bei Bedarf sind in der Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich bei Erwerbsminderung und in der Arbeitsförderung vorrangig zu nutzen. Budgetförderungen können neue Perspektiven eröffnen.

- Für zu Pflegenden nach dem SGB XI wird ohne die konsequente Umsetzung eines Hilfemixes einschließlich bürgerschaftlichen Engagements und eines personenzentrierten Versorgungsmanagements keine bedarfsgerechte Hilfe möglich sein.

Wandel und Handeln oberstes Gebot

Umfassendere und leistungsträgerübergreifende Handlungsstrategien müssen entsprechend Schritt für Schritt entwickelt werden. Der vom BMG initiierte Psychiatriedialog wird hier ein wichtiger Schritt sein. Auch die konsequente Umsetzung der personenzentrierten Grundausrichtung des Bundesteilhabegesetzes kann einer dieser Schritte sein. Weitere müssen insbesondere in der Pflege, in der Teilhabe am Arbeitsleben und auch in der ambulanten Krisenhilfe folgen. Die Regierungsprogramme bieten erste Ansatzpunkte für Anstöße und Anknüpfungspunkte. Sinnvoll ist eine Begleitung auf Bundesebene durch einen Psychiatriebeirat. Ganz entscheidend ist die Koordination von Selbsthilfe, Sozial- und Gesundheitsverwaltung und den Leistungserbringern und der daraus hoffentlich entstehende Gestaltungswille. Die Sozial- und Gesundheitspolitik kann den Rahmen vorgeben.

Im § 86 SGB X ist der Auftrag der Zusammenarbeit an die Leistungsträger schon länger verankert. Die Leistungsträger sollen nach § 95 SGB X Planungen im Benehmen miteinander abstimmen und gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben. Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere bei der Bedarfsermittlung beteiligt werden. Bezüglich der Umsetzung kann nach der Corona-Krise und ihren Folgen die Frage nur lauten „Wenn nicht jetzt, wann dann?“

Ein Refugium in der Pandemie

Unterstützung traumatisierter Geflüchteter im Corona-Jahr 2020

Von Ulrike Schneck

Was macht eine Pandemie mit Menschen, die auf der Flucht sind, die sich in einem für sie fremden Land zurechtfinden müssen, und die um das Schicksal ihrer Familien bangen? Was bedeutet es für diejenigen, die aus lebensbedrohlichen Situationen geflohen sind, im Exil erneut mit existenziellen Unsicherheiten in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Zukunft bzw. die ihrer Familien konfrontiert zu sein? Wie verändert die Pandemie die ohnehin stark eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten unserer Klient*innen? Und wie können wir mit unserem Angebot eines psychosozialen Zentrums für traumatisierte Geflüchtete unsere Klient*innen auch unter diesen erschwerten Bedingungen gut begleiten? Dies waren die zentralen Fragen, die uns bei refugio stuttgart e.v. 2020 beschäftigt haben.

Für diejenigen, die 2020 auf der Flucht waren, wurden im Zuge des ersten Lock-downs die Wege nach Europa und nach Deutschland quasi abgeschnitten: Resettlement-Verfahren wurden ausgesetzt, Grenzkontrollen eingeführt, Visumsverfahren und somit Familiennachzug wurde vielerorts ausgesetzt. Geflüchtete, die nach oder in Europa unterwegs waren, strandeten in Slum-ähnlichen Lagern auf dem Balkan oder in Moria auf Lesbos. Dort werden sie bis heute bei katastrophal schlechten Hygienebedingungen mit Ausgangsbeschränkungen belegt. In Deutschland steckten sich viele Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften mit Corona an. Das Kompetenznetz Public Health Covid-19

(www.public-health-covid19.de) veröffentlicht im März 2021 eine Studie zum Infektionsrisiko für geflüchtete Menschen und stellt fest:

- Migrantinnen und Migranten erkranken und sterben häufiger an Covid-19, werden jedoch seltener in Krankenhäuser eingewiesen.
- Die enge Unterbringung in Sammelunterkünften, Aufnahmeeinrichtungen und sonstigen Formen einer Gemeinschaftsunterbringung sowie prekäre Arbeitsverhältnisse bedingen ein hohes Infektionsrisiko.

- Kollektive Quarantäne verschärft die Situation und geht mit höherem Ausbreitungsrisiko einher.
- Psychische Auswirkungen sind tendenziell in höherem Ausmaß vorhanden als in der jeweiligen Vergleichsbevölkerung.

Alleingelassen

Für viele unserer Klient*innen war der Beginn der Pandemie ein furchtbares Erlebnis: Sie waren aufgrund der Sprachbarriere schlecht informiert, viele Hilfen, auf die sie regelmäßig angewiesen waren, brachen ab. Beispielsweise wurden die Präsenztermine der Flüchtlingssozialarbeit in den Unterkünften stark eingeschränkt, auch die Landratsämter oder Beratungsstellen waren nur noch telefonisch erreichbar, viele Ehrenamtliche höheren Lebensalters mussten zum Schutz der eigenen Gesundheit von der Begleitung zurücktreten. Da die Flüchtlingsunterkünfte in der Regel nicht mit WLAN-Zugang ausgestattet sind, entstand eine weitere Hürde: Wesentliche Teile des Lebens und Notwendigkeiten des täglichen Bedarfs konnten nur noch online organisiert werden – vom Einkauf bis zum Termin beim Landratsamt – für alles braucht man einen Internetzugang. Geflüchtete haben in der Regel nur die kleinen Datenvolumen der Mobilfunkanbieter zur Verfügung, die sie von ihrem knappen monatlichen Budget der Asylbewerberleistungen selbst finanzieren. Die zudem mangelnde Verfügbarkeit von Informationen in der eigenen Sprache warf die Geflüchteten daher auf Informationen aus dem eigenen Netzwerk zurück. Hier kursierten manche Fehlinformationen.

Mit dem Wegfall von Sprachkursen oder dem Verlust des Arbeitsplatzes brach für viele Klient*innen die gesamte Alltagsstruktur zusammen. Oftmals sind diese tagesstrukturierenden Tätigkeiten gerade für psychisch erkrankte Geflüchtete eine wichtige Hilfe, um kurzzeitig Abstand zu den schlimmen Erinnerungen an Gewalterfahrungen in der Heimat oder auf der Flucht zu bekommen. Viele berichteten, dass sie aufgrund der Untätigkeit wieder deutlich stärker unter den unwillkürlichen



Ulrike Schneck
Diplom-Psychologin,
Fachliche Leitung
refugio stuttgart e.v.

Erinnerungen leiden, und dass sie aus den negativen Gedanken, den Sorgen um die eigene Zukunft oder die Zukunft der Familie gar nicht mehr herauskommen würden. Alpträume, Schlaflosigkeit und psychosomatische Beschwerden nahmen in dem Maß zu, wie die Möglichkeiten, sich von den belastenden Erinnerungen abzulenken, abnahmen. Selbst diejenigen, die bereits gute Strategien zur Selbstberuhigung erlernt hatten, fielen zurück in Gefühle der Hoffnungslosigkeit und gaben an, zunehmend lebensmüde Gedanken zu haben.

„Stay at home“

Gleichzeitig entstand für Geflüchtete die Situation, dass sie sich hauptsächlich in der Unterkunft aufhalten sollten, in der die Zimmer jedoch häufig mit mehreren Personen belegt sind. Der Wegfall der Tagesaktivitäten bedeutete daher auch ein Zurückgeworfensein auf die Enge der Unterkunft, in der man sich kaum zurückziehen kann. Die Stimmung war gereizt und angespannt – besonders schwierige Situationen entstanden in Fällen, in denen Flüchtlingsunterkünfte wochenlang unter Quarantäne gestellt wurden. Manche Geflüchtete fühlten sich dadurch stark an schlimme Situationen aus der Vergangenheit erinnert, beispielsweise an Zeiten des Krieges oder der Inhaftierung. Private Sicherheitskräfte vor der Tür und Ausgangssperren lösten bei ihnen große Angst aus.

Im telefonischen Kontakt berichtete ein Klient, er sei seit Tagen nicht mehr in der Unterkunft gewesen, übernachtete draußen und traue sich nicht mehr zurück: „Da

sind Militärs vor der Tür, sie lassen niemanden rein! Einmal war ich dort, aber ich konnte mich nicht mit ihnen verständigen.“ Er erfuhr von anderen, dass er nicht mehr raus dürfe, wenn er in die Unterkunft zurückkäme. „Ich war schon einmal im Gefängnis, das halte ich nicht nochmal aus. Lieber friere ich und schlafe auf der Straße.“

Manche verloren auch Angehörige, die aufgrund der schlechten medizinischen Versorgung im Heimatland an Covid-19 starben. Wir begleiteten sie in ihrer bange Sorge um die Angehörigen, und in dem Wissen, dass es in Sri Lanka, Pakistan, Iran oder Serbien keine gute gesundheitliche Versorgung gibt. So weit weg zu sein und schließlich nur noch die Todesnachricht zu erhalten, und nicht einmal bei der Beerdigung dabei sein zu können – waren für manche unserer Klientinnen und Klienten in dieser Zeit erneute, schwere Schicksalsschläge.

Gleichzeitig wurden asylrechtliche Beratungsangebote stark zurückgefahren. Die Arbeit der Verwaltungsgerichte und des Bundesamtes ging jedoch scheinbar unverändert weiter: Es flatterten Briefe mit Terminen beim Verwaltungsgericht oder ablehnende Bescheide ins Haus – die Hilfen, um diese zu verstehen oder dagegen Klage zu erheben, waren für die Geflüchteten jedoch deutlich schlechter zugänglich. Selbst Abschiebungen wurden während des gesamten Jahres 2020 fortgesetzt, selbst wenn die Corona-Pandemie in den Herkunftsländern deutlich schlechter unter Kontrolle war als in Deutschland.

Auch in Pandemie-Zeiten willkommen

In dieser Situation wollten wir weiterhin eine verlässliche Anlaufstelle für unsere Klient*innen sein. Unser Beratungsangebot sollte nicht abbrechen, zumindest nicht für diejenigen, die schon ohne Corona bereits psychisch stark belastet waren und für die diese Situation eine Zuspitzung der Krise bedeutete. Wir hielten unser Beratungsangebot also soweit wie möglich aufrecht und boten weiterhin sprachmittlergestützte Beratungstermine in Präsenz oder auch am Telefon an. Die Nutzung einer Dreier-Telefonkonferenz, bei der die Verbindung durch die Beraterin sowohl zum Klient oder der Klientin als auch zum Dolmetschenden hergestellt wird, hat sich dabei bewährt. Viele Klientinnen und Klienten, die zu refugio stuttgart kommen, haben eine weite Anreise, die sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln

bewältigen müssen. Aus diesem Grund wurde es teils als entlastend angesehen, telefonische Termine abzuhalten, so dass sie sich nicht der Infektionsgefahr bei der Anreise aussetzen mussten. Wir machten aber auch die Erfahrung, dass es für unsere Klient*innen aufgrund der Unterbringungssituation nicht einfach ist, ungestört zu telefonieren. Ein Großteil der Klient*innen zieht das persönliche Gespräch in unseren Räumen gegenüber einer telefonischen Beratung vor. Manchmal scheitern telefonische Beratungsgespräche auch daran, dass die Klient*innen den Telefontermin nicht gleichwertig behandeln wie einen Präsenztermin, und nicht auf das Telefonat eingestellt oder gar nicht erreichbar sind. Die Nutzung von Videoplattformen erscheint für viele unserer Klientinnen und Klienten noch deutlich schwieriger. Die Voraussetzung für Videokonferenzen wäre eine stabile WLAN-Verbindung bei Klient*innen, sowie bei Sprachmittler*innen und ein möglichst einfach zu bedienendes System. Da diese Voraussetzungen nur selten gegeben sind, werden Videokonferenzen von uns in der Beratung bisher praktisch nicht genutzt.

Kontakte zu den ehrenamtlichen Alltagsbegleiter*innen von refugio stellen ebenfalls dringend notwendige soziale Kontakte dar. Diese finden seit Beginn der Pandemie allerdings zum Großteil telefonisch statt.

Was macht das mit uns Mitarbeitenden?

Für die Mitarbeiter*innen von refugio stuttgart e.v. war und ist das Arbeiten in der Pandemie-Situation eine Herausforderung. Neben der Sorge um unsere Klient*innen beschäftigt uns alle natürlich die Sorge um die eigene Gesundheit, die Gesundheit der Kolleginnen und Kollegen und die Gesundheit der eigenen Familie. Immer wieder stellen und stellen sich Fragen nach der Verantwortbarkeit des Arbeitens in Präsenz oder nach Möglichkeiten des Ausweichens auf andere Kommunikationskanäle. In unseren zu Beginn der Pandemie noch sehr beengten Räumlichkeiten in Stuttgart stellte die Umsetzung der Abstands- und Hygienemaßnahmen eine große Einschränkung der Möglichkeiten dar: Die wenigsten Büros waren groß genug, um damit gemäß der Abstandsregeln noch Präsenzberatungen mit Klientinnen und Klienten und Sprachmittler*in anbieten zu können. Wir mussten also ständig zwischen den

Räumen rotieren, und konnten uns nicht mehr zu Teamsitzungen treffen. Der Wegfall von Fallbesprechungen im Team ist in unserer Arbeit auf Dauer undenkbar. Die schwierigen und komplexen Symptome der Klientinnen und Klienten, die schlimmen Dinge, die sie uns erzählen, sowie ihre außerordentlich belastende aktuelle Lebenssituation – all das kann von den Berater*innen und Therapeut*innen nicht allein getragen werden. Es braucht das Team, um sich gegenseitig den Rücken zu stärken, sich zu unterstützen, Tipps zu geben oder sich einfach nur mitzuteilen. Über Videokonferenzen ist das dauerhaft kaum denkbar. So wenig wie auch die therapeutische Beziehungsarbeit oder eine stabilisierende Beratung auf Dauer nicht per Video funktioniert. Wichtige Gruppenangebote wie die bewegungstherapeutischen Gruppen fielen zuerst aus, wurden dann auf unbestimmte Zeit ausgesetzt, und schließlich mussten wir die Gruppen beenden und die Teilnehmenden einzeln zu Abschlussgesprächen einladen.

Während der ersten Welle wurde unsere Arbeit vom Sozialministerium als Teil der kritischen Infrastruktur anerkannt. Im Team etablierten wir eine Homeoffice-Regelung, so dass Dokumentation, die Beantwortung von Emails und andere Aufgaben auch von zuhause aus erledigt werden können. Da die Klientenbetreuung die Hauptaufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachteams ist, ist das Arbeiten von zuhause aus jedoch nur eingeschränkt möglich.

Dass wir Ende des Jahres 2020 mit unserer Hauptstelle in Stuttgart in größere Räume in Bad Cannstatt umziehen konnten, hat uns alle sehr erleichtert. Dadurch haben wir die Möglichkeit zurückgewonnen, wieder Teamsitzungen abzuhalten, und unter Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln unsere Beratungs- und Therapietermine in Präsenz anzubieten. 🌟

Buchtipps

Viele Flüchtlinge, die nach Baden-Württemberg kommen, sind psychisch schwer traumatisiert. Die psychotherapeutische Versorgungslage ist hierzulande aber meist unzureichend, vielen kann nicht effektiv geholfen werden. Dies sind zentrale Erkenntnisse des **neuen Berichts zur Versorgung traumatisierter Geflüchteter**, den die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg am Tag der Menschenrechte am 10. Dezember 2020 vorgestellt haben. Der Versorgungsbericht beschreibt auch die Arbeit der Psychosozialen Zentren und fordert eine gesicherte Finanzierung der Zentren durch das Land Baden-Württemberg. **Download unter <https://bit.ly/3uZAr5l>**

Menschenrechtliches aus der Peer-Perspektive

Partizipation und Teilhabe in Zeiten von Corona

Von Julia Lippert und Sabine Haller

Die Pandemie hat alle Teile der Gesellschaft vor große Herausforderungen gestellt. In der psychosozialen Versorgungslandschaft hat sie viele Schwachstellen sichtbar gemacht. Partizipation und Teilhabe von Menschen mit Krisenerfahrungen oder seelischen Behinderungen haben schon vorher nicht oder nur bedingt gut funktioniert.

Selbsthilfe und Selbstvertretung

Viele Organisationen der Selbsthilfe und Interessenvertretung haben sich recht schnell auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Corona-Zeit eingestellt. Dazu gehörten ein Aufrüsten der vorhandenen Kommunikations-Techniken, sowie eine Unterstützung der Mitglieder und Informationen für die Nutzer verschiedener Angebote beim Umgang mit Telefon-, Video-Konferenzen und vieles mehr. Bereits im April 2020 hat der Kellerkinder e. V., eine Selbstvertretungsorganisation aus Berlin, angefangen, Veranstaltungen online auszurichten. Unsere digitalen Angebote wurden im Laufe der Zeit immer stärker genutzt. Wir halten alle unsere wöchentlichen Gruppen wie das Nachtcafé, den Peer-Support, die Freiräumungsgruppe und zeitweise auch Einzel-Beratungsgespräche mit Videochat online aufrecht. Dadurch konnten wir noch mehr bundesweite Vernetzung erzielen. Zwar kann nicht jeder diesen Formaten etwas abgewinnen, und sie ersetzen nur teilweise die Präsenztreffen, aber wir haben neue und interessante Kontakte geknüpft. Einige davon wären ohne Online-Veranstaltungen vermutlich nicht zustande gekommen. Wir überlegen gerade, einige dieser Angebote auch nach der Pandemie weiterzuführen. Dies ermöglicht weiterhin Teilhabe ohne Reiseaufwand. Die Menschen, die wir gerade vermissen, da sie Bedenken in Bezug auf die Datensicherheit im Internet haben, hoffen wir bald wieder in Präsenz sehen zu können. Bis dahin versuchen wir, ab und an Einzelkontakte zu pflegen, um jeden mitzunehmen. Das Projekt „Partizipativer Landschaftstrialog Psychiatrie und psychosoziale Versorgung“, finanziert vom Partizipations-

fond des BMAS, wurde und wird je nach aktueller Corona-Fallzahlen-Lage hybrid oder online durchgeführt. Auch vereinsübergreifende Arbeitsgruppen nutzen unseren Videochat-Account. Dazu zählen z.B. die Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka? Kritischer Trialog“ mit Teilnehmenden aus dem gesamten deutschsprachigen Raum und zeitweise ebenfalls die „Aktionsgruppe Artikel 16“, die bald eine Webseite zum Thema „Verhinderung von Zwang in der Psychiatrie“ veröffentlicht. Wir bieten im Rahmen unserer Ressourcen anderen Organisationen bei der Ausführung von Online-Veranstaltungen sowie Online-Fortbildungen technischen Support an.

Es gibt auch viele andere Organisationen der Selbsthilfe und Selbstvertretung, die ähnliche regelmäßige Online-Angebote durchführen. Die coronabedingten Kontaktbeschränkungen haben viel Fantasie und Engagement freigesetzt. Dadurch können viele Menschen in den Austausch zu ihren speziellen Themen treten und fühlen sich weniger isoliert.

Versorgung durch das System

Einige Behörden, Einrichtungen und Leistungserbringer taten sich schwer dabei, ihre Angebote bzw. Leistungen kurzfristig anzupassen. Bis heute gibt es teilweise nur Konferenzen per Video und Telefon oder gar nur Kontakt per E-Mail-Schreiben bzw. Post. Somit wurde an manchen Stellen eine Teilhabe und damit auch die Partizipation schwierig bis unmöglich. Auf Grund vielerorts hierarchisierter Organisationsstrukturen waren digitalisierte Neuerungen und die Konzeption passender Angebote sehr schwerfällig zu installieren. Die von Gesundheitsämtern herausgegebenen Hygienevorschriften



Julia Lippert

BA Soziologie technikwissenschaftliche Richtung, Masseurin und medizinische Bademeisterin, Barmanagement, aktives Mitglied Kellerkinder e.V., Mitkoordinatorin Partizipativer Landschaftstrialog, Koordinationsausschuss PatV GBA

Sabine Haller

Genesungsbegleiterin u. Assistentin in Praxis f. Psychiatrie/Psychotherapie, Dozentin, Peerberaterin. Vorstandsmitglied Kellerkinder e.V., Vorstandsmitglied DGSP, Koordinatorin d. Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka? Kritischer Trialog“

wurden laufend aktualisiert. Dies alles zusammen führte bei Mitarbeitenden von Kliniken, Leistungserbringern der Eingliederungshilfe und ähnlichen Einrichtungen zu vermehrter Unsicherheit. Persönliche Kontakte wurden nach Möglichkeit minimiert. Die sich laufend verändernde Situation führte und führt in manchen Bereichen zu einer Unterversorgung. Nutzende wurden oft bei wichtigen Entscheidungen rund um ihre Bedarfe ausgegrenzt.

Einige Beispiele hierfür sind:

- die Unterbrechung von einigen persönlichen therapeutischen Maßnahmen, die oft erst zeitverzögert durch Videochat-Angebote oder Telefonate ersetzt wurden
- viele Kliniken nahmen zeitweilig nur noch Menschen in akuten Krisen auf, minimierten therapeutische Angebote und beschäftigten sich hauptsächlich mit der Umsetzung der Hygienemaßnahmen (es gab und gibt oft für die stationären Patienten und Patientinnen starke Ausgangs- und Besuchsbeschränkungen)
- Besuchskommissionen konnten und können in einigen Kliniken nicht mehr mit Patienten und Patientinnen in Kontakt treten, sondern nur mit leitenden Mitarbeitenden sprechen

- Begleitung durch die Eingliederungshilfe wurde zeitweilig von einigen Trägern nur telefonisch angeboten
 - Kontakt- und Beratungsstellen minimierten ihr Programm, manche Aktivitäten wurden ganz gestrichen
 - Sozialpsychiatrische Dienste wurden mancherorts geschlossen, da die Mitarbeitenden in die Kontaktnachverfolgung von Covid-19-infizierten Menschen eingebunden wurden, nur dringlichste Fälle wurden bearbeitet, Verlängerungsanträge wurden oft ohne persönliches Gespräch nach Aktenlage verabschiedet
- Die genannten Beispiele sind nur ein Ausschnitt dessen, was von vielen Nutzenden, Mitarbeitenden, Angehörigen und auch ehrenamtlich engagierten Menschen des Versorgungssystems als Belastung empfunden wurde und wird. Alle diese unterschiedlichen Einschränkungen begrenzen und begrenzen die Teilhabe von Menschen, die durch die psychosoziale Versorgungslandschaft unterstützt werden sollen. Nur in Ausnahmefällen wurden Nutzende bei der Planung von neuen Regeln zu ihren Bedarfen, Bedürfnissen und den Auswirkungen veränderter Konzepte auf ihr Lebensumfeld befragt. Es gab durchaus auch Menschen mit psychosozialen Behinderungen, die in der Verlangsamung des täglichen Lebens Erleichterung empfanden, da viel Druck von außen für eine Strukturierung des Alltags wegfiel. Andere Nutzende zogen sich immer mehr zurück und litten, bzw. leiden stark unter der von außen verordneten Isolation.

Sozialpolitisches Engagement von betroffenen Menschen muss finanziert werden

Die Kosten für die Umstellung auf digitale Medien bei Vereinen der Selbsthilfe und Selbstvertretung wurden und werden selten finanziell gefördert. Hinzu kommt, dass nicht jeder in Gremien aktive Mensch mit seelischer Beeinträchtigung, selbstverständlich über einen privaten Flatrate-Vertrag und/oder die technischen, sowie finanziellen Mittel verfügt, um barrierefrei an Online-Sitzungen oder Telefonkonferenzen teilzunehmen. Insgesamt fordert die Partizipation in Gremien viele Ressourcen (z.B. auch Weiterbildung und ausreichend Zeit). Gerade für ehrenamtlich tätige Menschen, muss in Zukunft eine unbürokratische, finanzielle Basis geschaffen werden! Zu berücksichtigen ist hierbei ebenso, dass nicht jeder sozialpolitisch engagierte betroffene Mensch in

Organisationsstrukturen eingebunden ist. Es fehlt oft an Pausen während wichtiger Meetings, was für den einen oder anderen auch ein großes Hindernis darstellt. Gerade die Online-Formate sind meist sehr anstrengend, wenn sie über mehrere Stunden ausgedehnt stattfinden. Grundvoraussetzungen für wirksame Teilhabe und Partizipation sind aber nur durch angemessene Vorkehrungen zu schaffen. Diese sind dringend zu treffen und nur bei absoluter Unzumutbarkeit, die dann durch die Veranstaltenden nachgewiesen werden muss, zu verweigern. Bei Einladungen könnten diese Bedarfe leicht abgefragt werden. Dies ist bei der Koordinierung von Veranstaltungen der Selbstvertretung oder Selbsthilfe schon oft selbstverständlich und erfordert nur einen geringen zusätzlichen Aufwand. Gerade in der aktuellen Situation wäre eine Anpassung nötig! Ebenso nötig wäre es, sämtlichen Schriftwechsel in einfache Sprache zu übersetzen und bei anderen Gelegenheiten eine Sprachdolmetschung einzuführen. Menschen mit Lernschwierigkeiten oder einer Abhängigkeitsproblematik werden in der psychosozialen Landschaft zwar mitversorgt, aber bei der Planung und der Gremienarbeit selten maßgeblich einbezogen. Schon vor der Pandemie war es aufgrund der wenigen Beteiligung von betroffenen Menschen kaum möglich, wirksam zu partizipieren. Wie viel Gewicht haben z. B. drei Betroffenen-Stimmen, wenn ihnen 25 Stimmen von professionell Tätigen gegenüberstehen? In vielen Gremien haben die Menschen, um die es geht, nur eine beratende Funktion ohne Stimmrecht. Wenn nun aufgrund der neuen einschränkenden Maßnahmen und mangelnder Unterstützung bei der Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen, noch weniger Beteiligung stattfindet, wird der Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“ (UN-BRK) missachtet.

Forderungen aus der UN-BRK und den Allgemeinen Bemerkungen Nr. 6 in Bezug auf Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen

* Artikel 21 der UN-Behindertenrechtskonvention erkennt u.a. das Recht von behinderten Menschen an, sich Informationen und Gedankengut frei zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben. In Artikel 9 Absatz 1 verpflichtet die UN-Behindertenrechtskonvention ihre Unterzeichnerstaaten: „geeignete Maß-

nahmen zu treffen, um für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen den Zugang (...) zu Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offen stehen oder für sie bereit gestellt werden“ zu gewährleisten.

Grundlage für eine gleichberechtigte und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist eine möglichst umfassende Barrierefreiheit. Diese bildet im deutschen Bundesrecht das Kernstück des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG).

** In Artikel 29 garantiert die UN-BRK Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte und die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen in Anspruch nehmen zu können. Gleichzeitig sind die Vertragsstaaten verpflichtet, sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen am politischen und öffentlichen Leben partizipieren können.

*** Artikel 5 Abs. 3 der UN-BRK verpflichtet Deutschland angemessene Vorkehrungen zu gewährleisten. Die Pflicht, angemessene Vorkehrungen zu gewährleisten, unterscheidet sich von den Pflichten der zu gewährleisten- den Zugänglichkeit. Beide zielen darauf ab, Barrierefreiheit zu sicherzustellen. Die Pflicht der Vertragsstaaten zur Gewährleistung des individuellen Rechts auf Partizipation oder der Gewährleistung unterstützender Technologien, um eine Zugänglichkeit herzustellen, ist eine vorsorgliche Pflicht. Die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen ist hingegen eine situative Pflicht. Das heißt sie müssen mit der einfordernden Person konkret abgesprochen und ausgehandelt werden. Der Pflichtträger hat dabei durch differenzierte Vorausplanung und zielgerichtetes Handeln, die Verantwortung, angemessene Vorkehrungen bereitzustellen. Dabei können von angemessenen Vorkehrungen nicht nur einfordernde Personen profitieren, sondern sie können auch ein kollektives Gut werden. ●

Quellen

Barrierefreiheit | UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/barrierefreiheit-3881/>

Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben | UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/teilhabe-am-politischen-und-oeffentlichen-leben-3934/>

Allgemeine Bemerkungen: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/AllgBemerkNr6.pdf?sessionid=3D3DCE9C7A90F815A3FC39691C26A86.2_cid508?__blob=publicationFile&v=3

Corona – eine Herausforderung für die Mitarbeitenden und die Organisation

Von Andrea Krainhöfer und Marion Krieg

Die Autorinnen berichten über die Herausforderungen, die das erste Jahr der Corona-Pandemie für die Mitarbeitenden und die Organisation einer großen gemeindepsychiatrischen Einrichtung mit sich brachte und welche Lösungen jeweils für die verschiedenen Angebotsbausteine gefunden wurden, um die Beratung, Versorgung und Betreuung der Klienten weitestgehend aufrecht zu erhalten.

Die Corona-Pandemie traf uns wie alle anderen unvorbereitet im Frühjahr des Jahres 2020. Zunächst beeindruckt durch Berichte aus angrenzenden Nachbarländern, mussten wir uns kurz darauf selbst mit der Thematik auseinandersetzen und eine eigene Haltung – jede und jeder persönlich, aber auch für die Gestaltung unserer Arbeit in der Sozialpsychiatrie – aneignen.

Die Herausforderungen in der Anfangsphase der Pandemie bestanden darin, dass fast alles unklar war: Infektionswege, die Ansteckungswahrscheinlichkeiten, begünstigende Faktoren sowie Maßnahmen, die zumindest einen gewissen Schutz vor Ansteckung versprachen. Wir mussten zunächst auf das, was wir bislang erfahren, gelernt und erarbeitet hatten, zurückgreifen. Die Zeit der Ungewissheiten hielt an; es dauerte Wochen bzw. sogar Monate, bis gesicherte Erkenntnisse verfügbar waren. Auch wenn die Zeit des Nichtwissens in etlichen Detailfragen noch nicht vorbei ist und die Auseinandersetzungen um das richtige Verhalten in unserer Gesellschaft anhält, besteht inzwischen für die Arbeit in der Sozialpsychiatrie deutlich mehr Handlungssicherheit.

Nachfolgend werden die besonderen Herausforderungen für die Mitarbeitenden und die Organisation dargestellt.

Wer sind wir?

Die Gemeindepsychiatrischen Hilfen Reutlingen (GP.rt)¹ bieten differenzierte gemeindenahe Hilfen für Menschen

mit psychischen Erkrankungen im Landkreis Reutlingen an. Diese Angebote reichen von einem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und einem ambulanten Pflegedienst über die Abteilung Medizinische Rehabilitation, Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung bis hin zu unterschiedlich intensiv betreuten Wohnformen sowie einem sozialpsychiatrischen Fachpflegeheim. Insgesamt werden jährlich etwa 1200 Menschen mit unseren Unterstützungsleistungen betreut; etwa 200 Mitarbeitende sind im sozialen Unternehmen beschäftigt.

Die Angebote – insbesondere der Eingliederungshilfe – wurden in den zurückliegenden Jahren unter den fachlichen Prämissen der Personenzentrierung und der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt und umgestaltet. Die meisten der Betreuten leben in ihren eigenen Wohnungen; andere leben in durch die Einrichtung angemieteten Einzelwohnungen im Versorgungsgebiet mit 2, 3 oder maximal 4 Personen in einer Wohneinheit. Das Versorgungsgebiet ist in mehrere Regionen aufgeteilt, denen je ein Betreuungsteam für die Wohnbe-

¹Die GP.rt (gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepsychiatrie Reutlingen) ist ein Tochterunternehmen der BruderhausDiakonie und der Südwürttembergischen Zentren; sie arbeitet eng mit ihrer Schwesterorganisation, der PP.rt (Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen) zusammen. Eine enge fachliche und organisatorische Abstimmung der Zusammenarbeit ist durch eine gemeinsame Geschäftsführung beider Unternehmen gewährleistet.



Andrea Krainhöfer
Gemeindepsychiatrische Hilfen Reutlingen, Fachliche Leitung/seit November 2020 im Ruhestand



Marion Krieg
Gemeindepsychiatrische Hilfen Reutlingen, Leitung SpDi und Angebote für Familien

treuung zugeordnet ist. Einen klassischen Heimbereich gibt es nur noch im Fachpflegeheim (38 Plätze) und im geschützten Bereich (10 Plätze). Die Angebote zur Tagesgestaltung/ -struktur sind durchlässig und können personenbezogen nach Abstimmung auch unter der Woche wechselnd an verschiedenen Standorten der Einrichtungen wahrgenommen werden.

Herausforderungen für die Mitarbeitenden

Viele Mitarbeitende haben und hatten *Angst, sich selbst oder ihre Angehörigen anzustecken*. Durch die Möglichkeit von Testungen wie auch vor allem durch die Priorisierung von Betreuungsmitarbeitenden bei der Impfung ist im Vergleich zur Anfangsphase inzwischen eine gewisse Entspannung eingetreten, obwohl nach wie vor Unsicherheiten da sind und allgemein empfohlene Maßnahmen auch heute nicht unumstritten sind.

Vielen war und ist der *Schutz der Menschen*, die sie in ihrem Berufsalltag begleiten, besonders wichtig. Sie wissen um manche Unachtsamkeit, um vorhandene gesundheitliche Belastungen und damit um die besondere Gefährdung der Klientel, ohne diese umfänglich schützen zu können. Diese

teilweise Unauflösbarkeit der mit den Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten einhergehenden Spannungen machte allen mehr oder weniger zu schaffen. Das eigene Befinden mit den Anforderungen des Alltags auszuloten stellt bis heute für fast alle Mitarbeitenden eine Belastung dar.

Der erhöhte Arbeitsaufwand, der mit der Umsetzung von Schutzkonzepten, zusätzlichen Dokumentationsaufgaben und Schulungen von Mitarbeitenden und Betreuten verbunden ist, ist zusätzlich *kräftezehrend*. Viele schildern darüber hinaus, um wie viel anstrengender zum Beispiel körperliche Arbeit durch das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes wird. Oder wie schwierig es ist, eine sensible Wahrnehmung zu Befindlichkeiten beizubehalten, wenn detaillierte Informationen zur Mimik des Gegenübers fehlen.

Diese Entwicklungen aufzufangen und den Mitarbeitenden wie auch den Klient:innen so viel Klarheit, Sicherheit und Unterstützung wie möglich zu vermitteln und das Vertrauen in die Wirksamkeit eigenen Handelns zu geben, war und ist uns im Prozess sehr wichtig. Das Engagement in der Mitarbeiterschaft ist nach wie vor sehr hoch, was besondere Anerkennung verdient.

Herausforderungen für die Organisation

Von Beginn an waren wir fest entschlossen, unsere Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote weiterhin aufrecht zu erhalten und keinesfalls herunterzufahren oder gar auszusetzen. Wir waren überzeugt, dass unsere Klientel in dieser herausfordernden Situation auf unsere Unterstützungsleistungen mehr denn je angewiesen sein würde. Dies zeigte sich beispielsweise beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und beim ambulanten Pflegedienst, wo unsere Mitarbeitenden häufig die einzigen Personen waren, zu denen überhaupt Kontakt bestand. Gemeinsam mit den Teams machten wir uns Gedanken zu sinnvollen Teamstrukturen bzw. Kontaktbeschränkungen innerhalb der Teams im Arbeitsalltag, um auch in Zeiten personeller Ausfälle durch Erkrankung oder Quarantäne eine gute Weiterversorgung der Klientel ermöglichen zu können. Wir standen mit allen Betreuten in engem Kontakt, boten auch bei Neuanfragen Beratungstermine an und nahmen sie bei

entsprechendem Hilfebedarf in unsere betreuten Wohnangebote auf; zu Kontakteinbrüchen kam es nirgends. Nur ganz wenige der Betreuten oder Anfragenden wollten sich auf Telefonate beschränken – die meisten waren dankbar für direkte persönliche Begegnungen, die unter Beachtung der gängigen Hygienemaßnahmen soweit möglich im Rahmen von Spaziergängen im Freien stattfanden.

Die Entwicklung von *Schutzkonzepten* war anhand der Angebotsbreite in unserer Einrichtung besonders herausfordernd. Sie mussten für jeden Bereich gesondert entwickelt werden. Hier stellte die Neuorganisation der Angebote zur *Tagesgestaltung* eine besondere Aufgabe dar. Unsere vielschichtig konzipierten durchlässigen Angebote mit wechselnden Klienten- und Mitarbeitendenkontakten mussten, um Ansteckungsrisiken zu minimieren, quasi zu Kleingruppenangeboten mit fester Gruppenzusammensetzung und fester Zuordnung von Mitarbeitenden umgestaltet werden. Aufgrund der Abstandsregeln stieg dann auch der Raumbedarf. Dem konnten wir gerecht werden, indem wir vorhandene Räumlichkeiten anders nutzten und kreativere Raumnutzungsplanungen auf den Weg brachten. Die Belastungserprobung in der Abteilung *Medizinische Rehabilitation*, die ansonsten individuell geplant und auf viele Einsatzbereiche verteilt ist, musste auch entsprechend umgestaltet werden. Ebenso mussten Essensangebote in kleineren Gruppen organisiert und zeitversetzt angeboten werden.

Das Maßnahmenpaket im Ganzen

Alle Maßnahmen, mit denen den Herausforderungen der Pandemie begegnet wurde, wurden zeitnah verbindlich abgestimmt und transparent in den Einrichtungsbereichen kommuniziert.

- Ein neu gebildeter Krisenstab (bisheriger Hygienezirkel und Geschäftsführung, teilweise MAV) stimmte regelmäßig Maßnahmen und Kommunikation ab *
- Eigene fachliche Kompetenz und gute Kooperationsbeziehungen (z.B. zum Gesundheitsamt, Hygienebeauftragte, psychiatrische Klinik) wurden genutzt

- Verbindliche Schutzkonzepte wurden für die verschiedenen Bereiche nach Bearbeitung aktueller Wissensstände und unter Einbeziehung politischer Vorgaben entwickelt

- Durch regelmäßige Informationsschreiben an die Mitarbeitenden wurde Transparenz hergestellt (Information zum Infektions- und Quarantänestand bei Mitarbeitenden und Klient:innen; Dank an die Mitarbeitenden für ihren Einsatz; Hinweise auf vorhandene Schutzkonzepte, abgestimmte Verhaltensanweisungen und Ablageorte von Informationen) **

- Alle Mitarbeitenden / Teams erhielten – zum Teil mehrfach – aktualisierte Hygieneschulungen sowie praktische Unterstützung durch ein Mitglied des Krisenstabs bei Auftreten von Covid 19 oder bei Verdachtsfällen

- Mit den Klient:innen wurden die AHA-Regeln wiederholt eingeübt sowie Sinn und Zweck aller Schutzmaßnahmen besprochen

- Leistungsangebote wurden umgestaltet (siehe oben)

- Testmöglichkeiten wurden frühzeitig für schutzbedürftige Klient:innen und Mitarbeitende genutzt; Mitarbeitende und Klienten wurden bei der Impfung organisatorisch unterstützt.

Spätestens mit Eintreten der zweiten Welle sahen wir uns in unseren Bemühungen, unsere Unterstützungsangebote aufrecht zu erhalten, bestätigt. Es wurde klar: Man musste sich auf einen längeren Pandemie-Zeitraum einstellen.

Wir sind dankbar, dass Klient:innen und Mitarbeitende bislang von schweren Krankheitsverläufen verschont geblieben sind. Nur wenige Einzelfälle tatsächlicher Corona-Infektionen sind aufgetreten und konnten – neben etlichen Verdachtsfällen – entsprechend unseren Schutzkonzepten ohne weitere Komplikation und ohne Neuansteckung betreut werden. Nicht alles ist unser eigener Verdienst, das ist uns bewusst. 🌟

* anfänglich täglich, später nach Bedarf, jedoch mindestens einmal pro Woche

** anfänglich täglich, später nach Bedarf, jedoch mindestens einmal pro Woche

Was bedeutet die Corona-Krise für unsere psychisch kranken Patient:innen und Bewohner:innen im LWL-Psychiatrieverbund?

Von Michael Schulz, Holger Foullois, Kerstin Webel und Michael Löhr

Pandemie und Psychiatrie passen nicht gut zueinander, soweit lässt sich die Situation bis zu diesem Zeitpunkt zusammenfassen. In diesem Beitrag fassen die Autorin und Autoren ihre Erfahrungen zusammen, die sie im Rahmen der COVID-19-Pandemie bis zu diesem Zeitpunkt gesammelt haben. Die Autorin und Autoren haben in den letzten 18 Monaten, in unterschiedlichen Funktionen in der psychiatrischen Klinik und im Psychiatrieverbund (PV) des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) die Pandemie wahrgenommen. Der LWL-PV umfasst Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Heime und Wohnverbände in Westfalen-Lippe. In der Pandemie wurden auch die Kliniken des Maßregelvollzugs und Einrichtungen der Schulverwaltung im LWL in einem gemeinsam eingerichteten Krisenstab mit bedacht. Im folgenden Beitrag fokussieren wir auf die Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Virusepidemien und Pandemien entwickeln sich in der Regel in mehreren Phasen. Mit der Coronapandemie verhält es sich nicht anders und so erleben auch die Einrichtungen des PV mittlerweile die zweite – oder je nach Zählweise – dritte Welle der Pandemie. COVID-19 hat innerhalb weniger Monate Millionen von Menschen infiziert, unzählige sind an oder mit dem Virus gestorben und das Leben nahezu jedes Menschen hat sich grundlegend verändert. Viele Folgen der Erkrankung betreffen die seelische Gesundheit und je nach Ausprägung fallen sie in das Fachgebiet der Psychiatrie und damit in den Zuständigkeitsbereich des PV. Dazu gehören zum Beispiel Angststörungen, Traumafolgestörungen und auch Trauerreaktionen. Diese können mit langfristigen Folgen einhergehen. Aus der Forschungsarbeit zu früheren Epidemien wissen wir, dass Pandemien vor allem in den Krankenhäusern für Patient:innen und Mitarbeitende mit akuten Stresssi-

tuationen und Angst einhergehen. Für die von uns versorgten Patient:innen gilt, dass diese in vielen Fällen stark gefährdet sind, an COVID-19 zu erkranken bzw. schwere Verläufe zu haben. Das Risiko steigt bei niedrigem sozioökonomischem Status und bei dem Vorliegen anderer Erkrankungen. Vor allem schwer psychisch kranke Menschen haben auch ohne COVID-19 eine deutlich reduzierte Lebenserwartung und von daher tragen sie ein besonders hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe nach einer Infektion in sich.

Dieser Beitrag fokussiert, neben der Einordnung der COVID-19 Pandemie für die Psychiatrie, im Speziellen auf vier Dimensionen, die uns besonders beschäftigen:

1. Dimension der Nutzer:innen – vor allem Patienten, aber auch Angehörige und Freunde
2. Dimension der Mitarbeiter:innen
3. Dimension der Organisation
4. Dimension der Gesellschaft

Behandlung in der Psychiatrie funktioniert anders als in der Somatik

Die Behandlung der Patient:innen, so wie sie in den Kliniken des LWL-PV durchgeführt wird, funktioniert grundlegend anders, als das für die Behandlung in somatischen Krankenhäusern gilt. Auf psychiatrischen Stationen halten sich die Patient:innen außerhalb ihres Zimmers in einer Gruppe von Mitpatient:innen auf (therapeutische Gemeinschaft). Gute psychiatrische Praxis zeichnet sich auch durch die Schaffung von Räumen der Begegnung aus. Dazu gehören z.B. die gemeinsame Vorbereitung und Einnahme von Mahlzeiten in Gemeinschaftsräumen der Stationen. Gruppenangebote und niederschwellige Treffen sind ebenfalls Angebote einer modernen Psychiatrie. Kurzum, stehen die Anforderungen an eine moderne



Michael Löhr

Prof. Dr. rer. medic., Pflegedirektor am Klinikum Gütersloh des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Von 2013 bis 2018 war er Professor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld



Michael Schulz

Prof. Dr. rer. medic. habil., Gesundheitswissenschaftler und Krankenpfleger, Honorarprofessor an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Mitarbeiter des Krankenhausdezernates beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe

stationäre psychiatrische Behandlung konträr zu den Anforderungen an einen guten Infektionsschutz. Dieser ist geprägt von Isolation und Kontaktarmut.

Dimension der Nutzer:innen

Für Nutzer:innen hatte die Pandemie von jetzt auf gleich sensible Konsequenzen. So wurden zum großen Teil Tageskliniken geschlossen, da in diesen die Infektionsgefahr als besonders hoch eingeschätzt wurde (tägliche Kontakte auch außerhalb des klinischen Kontext). Um Raumressourcen für die Vorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI) (Normbereich, Verdachtsfallbereich, Infektionsbereich) herstellen zu können, wurden zu Beginn der Pandemie 2020 Stationen temporär geschlossen, um die Anforderungen des RKI zu realisieren. Nutzer:innen mussten frühzeitig entlassen oder in andere Bereiche verlegt werden. Niederschwellige Möglichkeiten wie Café-Angebote der Ambulanzen mussten ausgesetzt werden. Viele weitere Angebote von ambulanten Dienst-

leistungen wurden ebenfalls eingestellt. Hierzu gehörten auch die Angebote, die im Bereich Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen zu finden sind. Diese waren zum Teil Wochen bis Monate ohne adäquate Unterstützung in dieser Situation. In den Kliniken des LWL-PV hat man vor dem Hintergrund der Pandemie schon frühzeitig im Februar 2020 Maßnahmen ergriffen, die die Behandlung der Nutzer:innen zum Teil stark beeinflussten. Zu diesen Maßnahmen gehören zum Beispiel:

- Patient:innen müssen Masken tragen.
- Bei elektiven Aufnahmen wird ein negativer Coronatest verlangt.
- Sollte im Vorfeld kein Test möglich sein, wird der Patient bis zum Vorliegen eines Ergebnisses isoliert.
- Die Patient:innen werden regelmäßig auf das Coronavirus getestet.
- Therapien können nicht wie gewohnt stattfinden
- Besuche konnten nicht empfangen werden
- Belastungserprobungen waren nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- Möglichkeiten therapeutischer Gruppen wurden ausgesetzt oder stark eingeschränkt.
- Kontakte innerhalb des Bereichs und der Klinik wurden eingeschränkt.
- Vernetzung mit anderen war nicht mehr möglich.
- Zugangswege zu Hilfen wurden erschwert.

Und dann gibt es noch die direkten Folgen der Coronakrise auf die Therapien auf psychiatrischen Stationen. Räume können nur noch von einer begrenzten Anzahl von Menschen genutzt werden. Das hatte zur Folge, dass Therapiegruppen geteilt werden mussten, was nicht selten auch mit einer Reduzierung der Angebote pro Patient:in einherging. Seit einigen Monaten verlangen wir von unseren Therapeut:innen und von unseren Patient:innen, dass sie auch während der Therapiegruppen Masken tragen. Gerade in der Arbeit mit Patient:innen in psychischen Krisen müssen wir aber feststellen, dass die beiderseits durch Masken bedeckten Gesichter die nonverbale Situation negativ beeinflussen. Wenn der Therapeut oder die Pflegeperson die Mimik des Patienten nicht mehr erkennen kann und wenn der Patient die Mimik des Personals nicht mehr erkennen kann, dann erschwert das die Kommunikation und damit auch eine gute psychiatrische

Behandlung. Hier gilt es Strategien zu entwickeln damit gemeinsames Verstehen in solch komplexen Zusammenhängen auch wirklich gelingen kann.

Im Bereich der Gerontopsychiatrie und Geriatrie mussten wir feststellen, dass es schwierig war, Nutzer:innen in nachsorgende Angebote zu entlassen. Hier fehlten häufig Angebote, die coronabedingt weggebrochen sind, wie z.B. Tagespflegen. Der Anspruch unserer guten Behandlung insbesondere in diesem Bereich, wozu insbesondere eine gemeindenahere Versorgung der Menschen gehört, konnten wir kaum erreichen. Der Druck auf die Nutzer:innen, deren Angehörigen und den Mitarbeitenden in der Versorgung war sehr hoch. Die Last der Versorgung war damit vor allem auf die klinischen Einrichtungen gelegt, die kaum Entlastungsmöglichkeiten erlebten.

Viele Patienten leiden aber auch unter dem Tragen der Masken und werden bisweilen auch aggressiv. Sie verarbeiten die regelmäßigen Schnelltests zum Beispiel eher wahnhaft und haben das Gefühl, dass ihr Gehirn manipuliert wird. Gerade in der Patientengruppe mit Psychosen erleben wir, dass die Einsamkeit krankheitsfördernd wirkt und die Kraft zur Kontaktaufnahme häufig fehlt. Zudem stellen wir fest, dass vermehrt expansive Patienten aufgenommen werden, was zunehmend zu einer großen Belastung für das Personal, aber auch für die Mitpatienten wird. Auffällig ist, dass die Menschen, die zu uns kommen und Hilfe suchen, später kommen, als in „normalen“ Zeiten. Die Krankheitslast ist höher als vor Corona.

Wie oben erwähnt, wurde zur Reduzierung des Infektionsrisikos weitgehend auf Belastungserprobungen verzichtet. Damit fällt ein wichtiges therapeutisches Instrument weg, da die Patienten nicht ausprobieren können, wie sie nach Wochen der Therapie im häuslichen Umfeld wieder zurecht kommen. Hinzu kommt, dass die Besuche eingeschränkt wurden und der Schritt in die stationäre psychiatrische Behandlung zur Folge hat, dass der Kontakt zu Familienangehörigen nur sehr reduziert stattfinden kann. Dieser Kontakt zu Angehörigen fehlt auch den Mitarbeitenden. Viele Menschen kommen vor diesem Hintergrund nicht mehr in die Klinik, zudem stellen wir fest, dass die Nachfrage nach

ambulanten psychotherapeutischen Angeboten wächst. Auch telefonieren die Mitarbeitenden deutlich mehr und die psychosoziale Beratungstätigkeit am Telefon oder über E-Mail haben an Bedeutung gewonnen, stellen aber langfristig nur bedingt einen Ersatz für Face-to-Face-Begegnungen dar. Damit man sich trotzdem treffen kann, wurden viele Gespräche auf einen gemeinsamen Spaziergang an der frischen Luft verlegt,

da muss das Wetter aber mitspielen. Viele Patienten leiden zudem darunter, dass Freizeitangebote, wie z.B. „Frühstückscafé in der Ambulanz“ in der Krise nicht mehr stattfinden. Nach dem ersten Schock haben wir mittlerweile

in der Psychiatrie gelernt, wie wir für unsere Patienten trotzdem weiter Hilfen anbieten können. Umfangreiche Hygienekonzepte bestimmen mittlerweile unsere Arbeitsabläufe und es ist beeindruckend zu sehen, wie sehr Patienten und Mitarbeitende zusammenarbeiten, um das Risiko einer Ansteckung zu verringern.

Aber nach der Entlassung wird es für viele unserer Patienten nicht einfacher. Zahlreiche psychosoziale Hilfsangebote sind nicht zu erreichen und fehlende Kontakte lassen die negativen Folgen von Einsamkeit verstärkt hervortreten.

Dimension der Mitarbeiter:innen

In unseren Kliniken herrscht eine große Unruhe durch kontinuierliche Anpassung der Prozesse und Ressourcen an das aktuelle Infektionsgeschehen und den Empfehlungen des RKI und die sich ständig verändernden Verordnungen von Bund und Land. So wurden teilweise Stationen für COVID-19-positive Menschen geschaffen. Dafür mussten Teams zusammengezogen werden, teilweise mussten Stationen geschlossen und wiedereröffnet werden und es kam Personal in eher fachfremden Bereichen zum Einsatz. Zudem sind immer einige Mitarbeiter:innen in Quarantäne oder an COVID-19 erkrankt. Die Kliniken haben nahezu täglichen Kontakt zum Gesundheitsamt. All das bringt Unruhe und hat nicht selten Diskontinuität zur Folge. Aber auch die reibungslose Kommunikation im Team ist nicht mehr unbedingt gesichert. Teamgespräche, Pausensituationen, Absprachen „zwischen Tür und Angel“ werden durch die Abstandsregeln

In unseren Kliniken herrscht eine große Unruhe durch kontinuierliche Anpassung der Prozesse und Ressourcen an das aktuelle Infektionsgeschehen.

deutlich erschwert. Zudem fehlen teambildende Maßnahmen, wie gemeinsames Feiern oder Lernen. Neben dem Risiko des Informationsverlustes besteht ergänzend das Risiko, dass die Professionellen durch fehlenden Austausch psychosozial aus der Balance kommen könnten. Mitarbeitende in der Akutpsychiatrie müssen bis heute zum Teil mit sehr herausfordernden und risikobehafteten Situationen umgehen. Dies scheint grundsätzlich keine neue Information darzustellen. Die Belastung hat sich aber erhöht. Dies kommt daher, dass es durchaus Nutzende gibt, die gegen Ihren Willen zur stationären Aufnahme anstehen. Hier gibt es Kasuistiken, wo ein PCR-Test nicht ohne weiteres möglich ist, sich Nutzende nicht an Abstandsregeln halten oder das Tragen von Masken verweigern und bei restriktiven Maßnahmen z.B. spucken. All das erhöht das Risiko für Mitarbeitende in der Akutpsychiatrie. Auch wenn Stationen aufgrund der baulichen Gegebenheiten nicht wie vor der Pandemie belegt wurden, zeigt sich, dass die Patienten in der Akutpsychiatrie mit einer höheren Krankheitslast in die Klinik kamen als vor der Pandemie. Das fördert die Belastung der Mitarbeitenden.

Auch zeigen der anhaltende erhöhte Arbeitsstress und wahrscheinlich auch die privaten Einschränkungen, dass eine kleine Unzufriedenheit oder ein Missverständnis sehr schnell zu großen Problemen heranwachsen können. Es erfordert ein hohes Maß an Feingefühl und klärenden Gesprächen, um alles wieder ins rechte Lot zu bringen. Dennoch hat eine Kollegin in dieser Zeit angefangen, für ein Lächeln zu sorgen, indem sie wöchentlich einen neuen „Ohrwurm to go“ erstellt und diesen im Haus 7 verteilt und somit bei vielen Patienten und Mitarbeitern für ein Lächeln sorgt und wir viel positives Feedback dazu erhalten haben.

Ein besonderes Augenmerk haben in diesem Zusammenhang auch die Mitarbeitenden mit kleinen Kindern verdient. Eine Mitarbeiterin berichtet, dass die Kürzungen der Kita-Betreuungszeiten und die Einführung von Homeschooling einen starken Druck auf alle ausgeübt haben, da wir darauf angewiesen sind, dass die Kinder während der Arbeitszeit versorgt sind. Denn die Arbeitszeit bleibt natürlich gleich und wird nicht automa-

tisch wegen neuer Corona-Regelungen mit reduziert oder umstrukturiert. Das Personal steht fortwährend vor der Herausforderung, sowohl den Anforderungen der Coronakrise als auch den Anforderungen professioneller Versorgung gerecht zu werden. Ein Spagat, der oft nur schwer zu bewältigen ist.

Dimension der Organisation

Eine Krise ist ein zeitlich determiniertes Szenario. In dieser Phase braucht es neben der regulären Aufbaustruktur eine zentrale Steuerung, die in der Lage ist, schnell auf entsprechende Krisenlagen zu reagieren und zu entscheiden. Dies ist vor allem zu Beginn einer Krise wichtig und notwendig, um Überforderungssituationen vor Ort zu vermeiden und einen klaren Handlungsstrang zur Krisenbewältigung vorzugeben. In diesem Zeitraum konnte die Organisations- und Koordinationsgruppe im LWL, institutionsübergreifend in diesen Bereichen wirksam werden:

- Personaldisposition,
- Raumdisposition,
- Beschaffung, Distribution und Monitoring der persönlichen Schutzausrüstung (PSA)
- kontinuierliche telefonische Erreichbarkeit zur Beratung der Einrichtungen
- Lageberichtserstellung,
- Aufbau des Krisenstabs und einer geeigneten Kommunikationsstruktur und Plattform

Mit dem Aufbau dieser Strukturen sind Service-Leistungen in Richtung der Einrichtungen und Dezernatsleitungen aufgebaut worden und tragen bis heute.

In den Einrichtungen vor Ort mussten alle Maßnahmen operativ umgesetzt werden. Dies hat viele Ressourcen gebunden die im Grundsatz so nicht vorhanden waren und aus den Ressourcen der Ein-

richtungen umgebaut werden mussten. Die Vor-Ort-Leistungen der Kliniken und Einrichtungen sind vielfältig und haben alle Mitarbeitende stark gefordert. Der Organisation sind durch die Bereitstellung der Ressourcen häufig ausschließlich für die Bewältigung der bereits erwähnten Anforderungen von außen stark gefordert. Die für Corona abgestellten Mitarbeitenden mussten die eigentlichen Tätigkeiten häufig ausset-

zen, wodurch wiederum viele Prozesse der Organisation stark vernachlässigt wurden. Im Grunde betraf dies alle Bereiche – vom Kernprozess der Patientenversorgung, über die Wirtschaftsdienste bis hin zur Verwaltung. So wurden z. B. Zertifizierungstätigkeiten aufgeschoben, um die gewonnene Infektionssicherheit nicht aufs Spiel zu setzen und Raum zu schaffen Ressourcen anders zu verteilen. Durch die Schließung und Zusammenlegung von Stationen und Teams ergaben sich völlig andere Wege und Akteure in der Organisationsgestaltung. Das Festhalten an gut etablierten und bekannten Strukturen musste völlig anders gedacht und organisiert werden.

Die Organisation war nicht nur mit einer Zielgruppe beschäftigt, sondern musste neben der Sicherheit der Nutzer:innen, besonders die Sicherheit der Mitarbeitenden gewährleisten. Viele Organisationsveränderungen führten, wie bereits erwähnt, zu hohen Belastungen der Mitarbeitenden. Die ständige Veränderung und damit ständige Anpassungsnotwendigkeit stellten die Organisation und Mitarbeitende vor enorme Herausforderungen. Die hohe Belastung hat sich bis heute kaum entspannt.

Ein erheblicher Teil bezog sich auf die Veränderung der Kommunikation – mit und untereinander. Die Digitalisierung in den Einrichtungen des LWL-PV war gerade ins Vorwärtsgen bedacht, während uns die Corona-Pandemie damit plötzlich konfrontierte. Die Arbeit in der Psychiatrie ist vor allem auf den Kontakt miteinander ausgelegt. Kontakte mussten reduziert werden. Bekannte Kommunikationswege und Kanäle mussten neu gedacht und ausprobiert werden.

Eine besondere Herausforderung ist die sensible, richtige und schnelle Kommunikation bei neuen Regelungen, die getroffen worden sind. Die Umsetzung der im Land oder Bund getroffenen Maßnahmen und die Abschätzung für die Einrichtungen des LWL haben viele Ressourcen in Anspruch genommen. Die Pandemie hat den besonderen Stellenwert von Kommunikationsarbeit gezeigt.

Dimension Psychiatrie und Gesellschaft

Psychiatrische Institutionen und ihre Nutzer:innen wurden mit verschiedenen gesellschaftlichen Anforderungen und Phänomenen konfrontiert. In der ersten Welle waren wir mit Themen konfrontiert, die eine Versorgung von

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in somatischen Kliniken in verschiedenen Landkreisen im LWL zu Problemen führte. So wurde nach einem mutmaßlichen COVID-19-Ausbruch in einem Pflegezentrum klar, dass die zuständige somatische Klinik nicht alle Betroffenen aufnehmen wollte. Auch stellte sich in der ersten Welle die Frage, was geschehen würde, wenn es COVID-19-Infektionen mit somatischer Behandlungsbedürftigkeit in Kliniken des Maßregelvollzugs auftreten würde. Hier wurden frühzeitig die Kontakte zu den entsprechenden regionalen Versorgern gesucht um mögliche Szenarien zu besprechen. Es wurde deutlich, dass Menschen mit langfristigen psychischen Erkrankungen nicht immer gern gesehene Klienten sind. Gleichzeitig war durch die Sorge und Angst vor Infektion und dem Eintrag von COVID-19 in ganze Einrichtungen die Abgrenzung voneinander in der Versorgung häufig massiv. In der zweiten und dritten Welle waren diese Fragen nicht die Entscheidenden. Hier wurden andere gesellschaftliche Fragen an die Psychiatrie gerichtet. So kam es in unterschiedlichen Kreisen und kreisfreien Städte zu der Situation, dass sogenannte Quarantänebrecher ein Fall für die Psychiatrie werden sollten. Hier musste vielerorts sehr deutlich gemacht werden, dass die Psychiatrie nicht der Ort ist, wo Quarantänebrecher richtig sind. Das wirft aber die Frage auf, wie die Psychiatrie politisch und gesellschaftlich wahrgenommen wird.

Blick in die Zukunft

Insgesamt stellen wir fest, dass nach vielen Monaten der Krise nach an- und abflauenden Wellen die Kräfte auf allen Seiten schwinden. Sowohl Patienten als auch Mitarbeitende leiden vor allem darunter, dass Überlegungen im Hinblick auf die Zukunft immer kräftezehrender werden. Wir fahren „auf Sicht“ und das bedeutet, dass die Situation in der nächsten Woche schon wieder ganz anders sein kann. Der Blick in die Zukunft lässt aber auch erahnen, dass sich nach der Pandemie vieles ändern wird. Aus hygienischen Gründen wird man sicher die Nutzung von Mehrbettzimmern diskutieren. Die Bedeutung ambulanter und aufsuchender Angebote wird wachsen und die digitalen Möglichkeiten psychiatrischer Behandlung werden zunehmend eine bedeutendere Rolle spielen. ●

„Reingezoomt“

Online-Selbsthilfegruppe für STEPPS –TeilnehmerInnen

Von Iris Haferkemper, Ulrike Siepelmeyer-Müller, Christiane Tilly und Andrea Vonnahme

„Selbsthilfegruppentreffen funktionieren auch per Zoom“, ist die Erkenntnis der Mitglieder der virtuellen STEPPS-Selbsthilfegruppe. Seit November 2020 treffen sich einige Betroffene einmal wöchentlich für 60 Minuten mit einer Moderatorin über die Meeting-Plattform Zoom und halten so Kontakt zueinander.

Iris Haferkemper

EX-IN Genesungsbegleiterin, eigene Erfahrungen mit STEPPS

Ulrike Siepelmeyer-Müller

Ergotherapeutin, STEPPS-Lehrtrainerin

Christiane Tilly

Erziehungswissenschaftlerin, STEPPS-Lehrtrainerin, Buchautorin

Andrea Vonnahme

Diplom-Pädagogin, STEPPS-Lehrtrainerin

STEPPS: ein Gruppen- trainingsprogramm

STEPPS ist ein Gruppentrainingsprogramm für Menschen mit emotionaler Instabilität/ Borderline, das nach fast 10 Jahren der Anwendung in Deutschland von Betroffenen als gut geeignetes ambulantes psychiatrisches Hilfsangebot beschrieben wird. STEPPS steht für „Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving“ (Blum/Rahn 2014) und bedeutet so viel wie Vorhersehbarkeit von Situationen, die Emotionen auslösen, und das Problemlösen systematisch zu trainieren. Auf das Basisprogramm STEPPS baut das Folgeprogramm Stairways auf, in dem Themen aus dem Basisprogramm weiter vertieft werden. Das manualisierte STEPPS-Programm sieht eine wöchentliche Zusammenkunft über 20 Termine vor und wurde auf diese Weise vor der Pandemie an unterschiedlichsten Orten in Deutschland durchgeführt. Auch Stairways fand bis Anfang 2020 als Präsenzveranstaltung mit einer vierzehntägigen Frequenz über ein Jahr hinweg statt. Mit Einführung der Kontaktbeschränkungen konnten diese Angebote in der bisherigen Form nicht mehr durchgeführt werden und so galt es neue Wege des Austauschs zu finden.

Weitergehen trotz Corona – Auf Distanz und trotzdem nah

Weil 2020 noch weniger Erfahrung in der Gruppenarbeit im digitalen Raum vorlag, als es inzwischen der Fall ist, bot es sich an, zunächst für eine Gruppe, deren Mitglieder sich bereits persönlich

begegnet waren, ein Angebot zu schaffen. Es ließ sich zu diesem Zeitpunkt noch schwer abschätzen, ob sich ein Rahmen von Vertrauen auch unter sich vorher fremden Personen im virtuellen Raum aufbauen ließe. Entsprechend wurden Teilnehmer*innen eingeladen, die STEPPS und Stairways absolviert hatten und sich bereits in der Planungsphase zu einer Weiterführung der Treffen im Selbsthilfgruppenformat befanden. Um diese Planungen nicht ins Leere laufen zu lassen, ging die Initiative zur Selbsthilfgruppengründung zunächst nicht von den Betroffenen aus, sondern die Gruppenleiter*innen der Präsenzgruppe, Ulrike Siepelmeyer-Müller und Andrea Vonnahme, prüften, welche technischen und rechtlichen Möglichkeiten als Rahmen für mögliche Begegnungen im virtuellen Raum gegeben sein müssten. Unterstützung fand sich hier bei der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfgruppen im Kreis Soest. Unter dem Titel „Reingezoomt - Weitergehen trotz Corona - Auf Distanz und trotzdem nah“, wurde die Einladung zu einer digitalen STEPPS – Selbsthilfegruppe für ehemalige STEPPS –Teilnehmer*innen im November auf der Plattform und im Newsletter des Dachverbands (www.dachverband-steps.de) bekannt gemacht. Die aus der Testphase schon miteinander vertrauten Gruppenteilnehmer*innen konnten zu diesem Zeitpunkt bereits berichten: „Unserer Selbsthilfgruppentreffen funktionieren auch per Zoom“. Um das virtuelle Selbsthilfgruppenformat auch im Hinblick auf die Einhaltung

von Datenschutzvorgaben abzusichern, wurde eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an Videokonferenzen formuliert. Diese umfasst u.a. die Verpflichtung weder Bild- noch Tonmitschnitte zu fertigen, um so auch in rechtlicher Hinsicht einen Boden für vertrauensvollen Austausch zu schaffen.

Ein partizipativer Gestaltungsprozess

Nachdem die Gruppenleiter*innen den Anstoß für die Begegnung im virtuellen Raum gegeben hatten, fand die weitere Gestaltung partizipativ statt. Die Online-Selbsthilfegruppe ist so einerseits Begegnungsraum, andererseits aber gleichzeitig ein gemeinsames Projekt, das sich in der Aktion weiterentwickelt und dessen Profil in einem partizipativen Aushandlungsprozess ausgearbeitet wird. Auf diese Weise werden Themen und Ziele für gemeinsame Treffen formuliert, Gruppenregeln an die Erfordernisse der virtuellen Begegnung angepasst und Verantwortlichkeiten, beispielsweise für die Moderation festgelegt.

Inzwischen sind in der Gruppe auch Teilnehmer*innen angekommen, die sich vorher nicht kannten. Die in der Gruppe gesammelten Ideen und Ergebnisse aus dem Projekt „Reingezoomt“ sollen hier in ihrem aktuellen Stand kurz skizziert werden. Die Prozesshaftigkeit des Geschehens wird an kursiv festgehaltenen Überlegungen sichtbar. Diese Inhalte sind noch nicht abschließend festgelegt/ausformuliert bzw. diese Fragen sind noch nicht geklärt:

Ziele für die digitale Selbsthilfegruppe
Wunsch nach Austausch - Erfahrungen mit anderen teilen - wenn ich ein Echo bekomme zu erleben, dass ich anderen helfen kann - Richtung Recovery - Probleme ansprechen und Lösungen finden - immer die Frage mit berücksichtigen: Was sagt uns STEPPS dazu? - Alle tragen Verantwortung für die Selbsthilfe, aber „passive“ Teilnahme ist auch möglich.

Überlegungen zu Inhalten und Regeln

1. Schweigepflicht einhalten.
2. Als Gruppe allein im Raum sein.
3. Abmelden, wenn im Vorfeld klar ist, dass ich nicht kann.
4. Abwechselnd wird die Moderation übernommen, das ist aber kein Muss.
5. Was tut derjenige, der vorzeitig aus der Gruppe geht (*In der realen Gruppensitzung sieht man den Teilnehmer in der Regel noch einmal spätestens*

*am Ende der Stunde. Selbstfürsorge! Damit die anderen nicht so (in Sorge?) zurückbleiben. Vielleicht vereinbaren, dass die Teilnehmer*in zum Ende der Gruppe noch mal hinzukommt?.*

6. Was tun, wenn mich was triggert?
7. Grenzen akzeptieren.
8. Darf ich erscheinen, wenn es mir schlecht geht? Oder nur, wenn es mir gut geht? Mich anderen zumuten (verzerrte Gedanken?) „Auch wenn es mir schlecht geht, bin ich in der Gruppe willkommen“ – aber die Scham darüber verletzlich zu sein.
9. Wie werden Neue einbezogen?
10. Zeit: 75 Minuten statt 60 Minuten, eventuell länger dann aber mit Pause? Wie die Pause gestalten?

Vorläufiger Ablauf für die Gruppe

1. Klären: wer hat heute „den Hut auf“?
2. Blitzlicht am Anfang: Was war in der letzten Woche? Und was war gut?
3. Gibt es Reste aus der vergangenen Sitzung, wie haben sich eventuell angesprochene Themen weiterentwickelt?
4. Was ist mein Thema heute?
5. Gibt es ein allgemeines Thema?
6. Abschluss: 10 Minuten vor Ende Abschlussblitzlicht

Darüber hinaus hat die Gruppe Fragen, die noch geklärt werden müssen, festgehalten, die sich vor allem auf organisatorische Problemstellungen beziehen, z.B. Gesprächsleitung, Übernahme von Aufgaben, Host, Ansprechpartner*in für Abmeldungen und Rückfragen, Spiele und Übungen zum Kennenlernen, wenn neue Mitglieder dazu kommen, Umgang mit Störungen. Diskutiert wurden in diesem Zusammenhang auch erste Ideen, um auch im virtuellen Raum Entspannungsübungen einzubauen - ein in den STEPPS-Gruppen wichtiger Inhalt in den Gruppenstunden.

Sieben Teilnehmer*innen sind derzeit bei den virtuellen Treffen dabei und übernehmen wechselnd die Moderation.

Moderation als Übungsfeld

Eine Teilnehmerin schreibt: „Dass die Gesprächsführung (der Hut) wechselt ist gut. Es ist für mich zwar eine Herausforderung, aber man lernt immer mehr dazu.“ Eine andere Teilnehmerin resümiert über ihre Erfahrungen mit der Moderation: „Als ich von dem Angebot dieser Gruppe erfuhr, war für mich klar, dass ich daran teilnehmen möchte. Nach einigen

Sitzungen, wurde ich dann gefragt, ob ich die Gruppe auch mal leiten möchte. Gesagt – getan. Mit wenig Erfahrung in der Leitung von Gruppen übernahm ich diese Aufgabe. Eine besondere Herausforderung war für mich dabei, dass ich mich bei meinem Tun beobachten konnte und immer wieder kritisch hinterfragte, ob meine Mimik und Gestik okay sind. Außerdem hatte ich als Gruppenleiterin einen anderen Blick auf die Teilnehmer*innen, als wenn ich nur dabei bin. Da mir ein Stück weit im Onlineformat die nonverbale Kommunikation fehlte, beobachtete ich die anderen mehr. Dies war sehr anstrengend, denn ich bin nicht gut im Lesen von Gesichtern, hatte aber den Wunsch, dass es allen gut ging, bzw. Sorge, dass es Störungen geben könnte, die ich eventuell nicht mitbekäme. Je länger ich mich in meiner Rolle befand, desto sicherer wurde ich hier. Hatte ich zu Beginn der Stunde Angst, dass das Treffen in einem Fiasko endet, wuchs zum Ende hin die Zuversicht, dass ich das gut mache. Außerdem gelang der Rollenwechsel zwischen Leiterin und Teilnehmerin während der Diskussion immer besser, denn ich will ja nicht nur leiten. Nichts desto trotz war ich am Ende der Stunde extrem verunsichert, bezüglich meiner Aufgabe die Gruppe zu leiten. Also fasste ich meinen Mut zusammen und bat um ein Feedback, welches ich dann auch bekam. Ich bin froh und stolz, dass ich diese Aufgabe gut gemeistert habe, und da die Leitung jedes Mal wechselt, werde ich sie bestimmt noch mal übernehmen. Was mir geholfen hat, war der Leitfaden, so dass ich etwas hatte an das ich mich halten konnte.“ Das Fazit der Initiatorinnen: „Wir haben geahnt, dass viel Potential in der virtuellen Begegnung steckt. Wie sehr wir aber miteinander lernen und wachsen war uns vorher nicht klar.“

Gute Erfahrungen mit „Reingezoomt“ als Qualitätsmerkmal herausarbeiten

Ermutigt durch das Online-Projekt und die partizipative Erarbeitung des Angebots haben Ulrike Siepelmeyer-Müller und Andrea Vonnahme bereits weitere Pläne: „Wir möchten die gute Erfahrung mit der partizipativen Gestaltung des Projekts weiterführen und eben dieses als Qualitätsmerkmal weiter herausarbeiten.“ Sie verstehen sich als Türöffnerinnen mit dem Ziel einen Raum bereitzustellen, in dem sich Erfahrungs-Expert*innen

mit STEPPS und STEPPS-Trainer*innen zusammenfinden können und Werkzeuge zur Qualitätssicherung gemeinsam anwenden, um die Bedeutung des Trainingsprogramms für die Nutzer*innen nicht zuletzt auch gegenüber Kostenträgern deutlich zu machen. Auf diese Weise kann es dann vielleicht wiederum gelingen, weiteren Personen mit emotionaler Instabilität die Teilhabe am Trai-

ningsprogramm zu ermöglichen, denen es jetzt noch nicht möglich ist technische oder finanzielle Barrieren wie z.B. Materialkosten oder Seminargebühren zu überwinden. ●

Quellen

Informationen zum Dachverband STEPPS e.V. erhalten über Sie <https://www.dachverband-stepps.de/> (Zugriff 11.5.2021)

Blum N & John SD (2008): STAIRWAYS—the next step in treatment for borderline personality disorder. Coralville: LevelOnePublishing. BlumsBooks

Blum NS & Rahn E (2014): Stepps: systems training for emotional predictability & problem solving group treatment program for Borderline personality disorder. Köln: PsychiatrieVerlag

Rahn, E (2020): STEPPS (System Training of Emotional Predictability and Problem Solving) in einer vernetzten ambulanten Hilfe für Menschen mit Borderline Persönlichkeitsstörung. In: Psychotherapieforum 11/2020.

Eine besondere Wohnform in der Zeit des Lockdowns und der Kontaktsperrn

Von Bianca Krumrey und Anja Koch

Die Ausgangssituation in Kürze

In der besonderen Wohnform des Sozialpsychiatrischen Zentrums der Novalis Diakonie in Sondershausen finden 36 Menschen einen Platz zum Wohnen, verteilt über drei Etagen, mehrheitlich im eigenen Zimmer oder im Apartment. Die Bewohner*innen agieren in kleineren Gruppen (ca. 6 Personen) und können die zur Verfügung stehenden Gemeinschaftsräume nutzen. Etwa die Hälfte der im Haus lebenden Menschen erfahren hier eine Betreuung und Assistenz im gesamten Tagesgeschehen. Dafür steht ein größerer Beschäftigungsraum bereit. Eine Gruppe zwischen 10-12 Teilnehmer*innen nimmt diese Form der Tätigkeit für sich in Anspruch. Alle weiteren Bewohner*innen werden individuell bzw. in sehr kleinen Gruppen begleitet. Die zweite Gruppe nutzt eine externe Tagesstruktur, wie mit dem Besuch der Tagesstätte oder in verschiedenen Arbeitsbereichen der Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Die Räumlichkeiten der Tagesstätte befinden sich im Gebäudekomplex und somit in unmittelbarer Nähe, eine kleine Begegnungsstätte ist mit inbegriffen. Viele der Bewohner*innen leiden unter schweren und meist chronisch verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen. In deren Folge haben sie Anpassungsstörungen, Ängste, Zwänge und Wahrnehmungsbeeinträchtigungen u.v.m. fast

beständig zu bewältigen. Vorrangig die jüngeren Menschen zeigen häufig herausfordernde Verhaltensweisen und prägen damit das tägliche Zusammenleben. Daher sind feste Strukturen, Rituale für sie von großer Wichtigkeit und bieten ihnen vertraute, sowie klare überschaubare Abläufe.

Der Lebensalltag verändert sich rasant

Mit den verschiedenen Einschränkungen und Verordnungen wurden viele dieser Begegnungsmöglichkeiten außer Kraft gesetzt. Angebote, wie z.B. tägliche Sing- und Musizerrunden, Bewegungs- und Entspannungsangebote, welche auf körperlichen Kontakten beruhen, konnten nicht mehr durchgeführt werden. Verunsicherung, Trauer, Wut und Frustrationen waren nicht selten eine verständliche Reaktion darauf. Darüber hinaus entfielen mit den sich fortsetzenden Verordnungen und damit verbundenen Kontaktbeschränkungen viele hausübergreifende Zusammenkünfte, wie z.B. Frauenrunde, Tanzangebote, Gottesdienste sowie festliche Höhepunkte. Das Begegnungsangebot am Wochenende fehlte vielen, da somit auch die Möglichkeit wegfiel, sich ungezwungen im geschützten Rahmen zu treffen und Kontakte zu anderen Personen zu pflegen bzw. gemütliche Stunden mit Fa-

Mit den Einschränkungen und Verordnungen wurden viele Begegnungsmöglichkeiten außer Kraft gesetzt. Verunsicherung, Trauer, Wut und Frustrationen waren nicht selten eine verständliche Reaktion.



Bianca Krumrey

Diplom Sozialarb./Sozialpäd. (FH), Leitung Novalis Diakonieverein e.V., Sozialpsychiatrisches Zentrum, Stift Sondershausen



Anja Koch

Diplom Sozialarb./Sozialpäd. (FH), Novalis Diakonieverein e.V., Sozialpsychiatrisches Zentrum, Assistenz Bewohnerbeirat

milienangehörigen erleben zu können. Bereits ab Februar des Jahres 2020 zeichneten sich besorgniserregende Bilder hinsichtlich der rasanten Ausbreitung des Coronavirus ab und warfen Fragen auf, was es noch nach sich ziehen wird. In der zweiten Märzwoche ergingen von Seiten der Ämter und Behörden Handreichungen für einen Umgang bzw. zu den wichtigsten Maßnahmen, um die Ausbreitung in der Umgebung und vor allem im Haus auf ein Minimum zu reduzieren. Innerhalb des Trägers wurden gemeinsame Beratungen zu den notwendigen Handlungsschritten aufgenommen und in den Einrichtungen Teams gebildet, welche sich den verschiedenen Fragen und Problemlagen annahmen und nach tragfähigen Lösungsansätzen miteinander suchten (bis heute). Am 13. März 2020 erging die Mitteilung zu den Besuchsverboten in den Einrich-

tungen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wurde deutlich, dass eine schwierige Zeit bevorsteht und damit unbedingt ein Umgang gefunden werden muss, um mit allen – den anvertrauten Menschen in ihrem Facettenreichtum und den Mitarbeiter*innen – einen Weg zu finden und das Leben

unter den sich neuen, oft befremdlich wirkenden Bedingungen gut gestalten zu können. Gespräche mit Bewohner*innen wurden unmittelbar gesucht und die Situation um die Besuchsverbote besprochen. Mit den ersten Verord-

nungen folgten sehr einschneidende Entscheidungen zur Durchsetzung notwendiger Kontaktbeschränkungen. Die Schließung sämtlicher Einrichtungen, angefangen von den Kindertagesstätten, Schulen, den teilstationären Einrichtungen sowie der Geschäfte im ganzen öffentlichen Sektor, der Gastronomie, der Freizeitangebote u.v.m. brachte das Ausmaß mit voller Wucht zum Ausdruck. Eine ganz andere, so noch nicht erlebte Welt eröffnete sich und wirkte auf alle Personen im Haus besorgniserregend und rief bereits zu dem Zeitpunkt ein verstärktes Angsterleben hervor. Verständlicherweise. In diese Situation kamen die Schließungen ebenso zum Tragen und bedurften einer schnellen Umsetzung. In den vielen gemeinsamen Gesprächen signalisierten die Besucher*innen der Tagesstätte, dass sie unbedingt weiterhin ihre Hilfen im Rahmen der Tagesstruktur in Anspruch nehmen wollten. Ein Lösungsansatz dazu war die strikte Trennung der Tagesstätten-Gemeinschaft in 2 Gruppen, welche unmittelbar realisiert wurde. Von Amts wegen erfolgte trotzdem die Schließung der Tagesstätte ab dem 18. März 2020. Mit den Besucher*innen wurden Vereinbarungen getroffen, sich vorrangig in Form telefonischer Kontakte zu verständigen. Aus diesem Erfordernis zur Schließung wurde intern der Beschluss gefasst, die Räumlichkeiten der Tagesstätte zu nutzen, um allen Bewohner*innen im Haus in kleinen Gruppen die Möglichkeiten zur Beschäftigung zu bieten. Ab diesem Tag befanden sich alle Personen im Haus, da auch der Arbeit in der Werkstatt nicht mehr nachgegangen werden konnte. Auf einzelne Beschäftigte wirkte sich sofort die Veränderung ihrer vertrauten Alltags-

Eine ganz andere, so noch nicht erlebte Welt eröffnete sich und wirkte auf alle Personen im Haus besorgniserregend und rief bereits zu einem frühen Zeitpunkt ein Angsterleben hervor.

struktur aus, es bedurfte Zeit, Geduld und Raum, um einen neuen Platz für sich zu finden. Andere Beschäftigte wiederum konnten sich etwas zurücknehmen, es hatte zunächst etwas wie ein Urlaubsgefühl. Diese Gefühlslage wurde schnell von den gesamten Schließungen

im öffentlichen Raum überschattet, gewohnte Wege und die gern genutzte Einkehr im Café oder in den Geschäften der Stadt waren schlichtweg nicht möglich. Dies führte rasch zur Ernüchterung, einerseits steht der Faktor Zeit positiv zur Verfügung, andererseits zwingt die Pandemie das öffentliche Leben fast zum Stillstand.

Einige Bewohner*innen zeigten schnell Verständnis und nahmen sich auch in verschiedenen Belangen zurück, was beispielsweise das Einkaufen oder das häufige Verlassen des Hauses betraf. Andere Persönlichkeiten wiederum drängte es in die wenigen Kaufhallen. Dabei wiederum zeichneten sich bei den meisten Personen Probleme ab, da nicht auf die nötigen Sicherheitsabstände geachtet werden konnte o.ä. Dies begann bereits mit dem Warten vor dem Geschäft aufgrund der Begrenzung in der Kundenanzahl o.ä. Aus dem Grund erfolgten in der kommenden Zeit die Einkäufe mit Assistenz. Im Haus fanden in den gemeinsamen Gesprächen immer wieder die Anleitungen zu den

wichtigsten Grundregeln der Abstände und Händehygiene statt. Auch hier zeichnete sich ab, dass diese Erfordernisse teilweise gut von einzelnen Bewohner*innen umgesetzt werden konnte. Bei der Mehrzahl jedoch kam sehr stark der Drang zur unmittelbaren Wunschbefriedigung zum Tragen, sobald das Geschäft betreten wurde. Die beratenden und informierenden Gespräche während des Einkaufstrainings verblassten oft sofort, es zählte in dem Augenblick nur das Sinnen nach den beliebten Produkten auf kürzesten Wege und ohne Abstandsregelungen. Gleichzeitig waren viele Menschen innerlich in Alarmbereitschaft, aus Angst vor einer möglichen Ansteckung oder was die Verkäufer*innen anbetraf aus Sorge vor den Kontrollen der Ordnungsbe-

amten, welche sehr aktiv stattfanden. Allein in diesen alltäglichen Situationen ergaben sich stetig Konflikte für Bewohner*innen, welche durch die Begleitpersonen geschlichtet werden konnten.

Hinsichtlich der Besuchsverbote war es aus unserer Sicht erforderlich, für zwei Bewohner einen alternativen Weg zu suchen. Hierzu gab es die Möglichkeit einer schriftlichen Anzeige an die zuständige Heimaufsichtsbehörde, um im Einzelfall agieren zu können. Diese Variante wurde direkt genutzt, um somit für die betroffenen Personen eine eigene Gefährdung aufgrund des Nichtverstehens bzw. bedrohliches Verhalten gegenüber alle anderen Bewohner*innen im Wohnbereich abwenden zu können. Hier hätten wir auch mit Erklärungsversuchen kein Verständnis erwirken können. Mit beiden Seiten (Bewohner und Angehörige) wurde vereinbart, dass die Besuche ausschließlich im Außengelände stattfinden können, was gut realisiert werden konnte.

Bürokratische Herausforderungen

Für alle Personen im Haus (Mitarbeiterschaft und Bewohnende) waren und sind bis heute die Informationsflut und vor allem die vielschichtigen Problemlagen und daraus abzuleitende Notwendigkeiten im Handeln kräftezehrend. Sehr zügig und vor allem hilfreich sind die schriftlichen Mitteilungen durch den Spitzenverband. Hier werden alle Themenbereiche aufgenommen und für die jeweilige Region die aktuellen Bedingungen in Kürze dargestellt und die zugehörigen Ausführungen (Verordnungen, Erlasse, Hinweise zu Kostenerstattungen, Formalien u.v.m.) gebündelt übermittelt. Dies stellt bis dato eine große Erleichterung dar! Dennoch waren und sind wir – in den ersten Monaten der Pandemie tagtäglich – damit konfrontiert und permanent mit notwendigen Änderungen im Alltagsgeschehen bzw. in der organisatorischen Ausgestaltung der Arbeitsabläufe beschäftigt. Viele Konzepte mussten entwickelt werden: Pandemieplan, Hygieneschutzkonzept, Besuchskonzept, Anpassung weiterer Pläne dazu, später das Testkonzept u.v.m., welche im Laufe der Zeit stets umfangreicher wurden. Damit

verbunden war und ist die beständige Anpassung der Unterlagen sowie die Informationsweitergabe zur gewünschten Umsetzung.

Mit einer Pandemie verbindet sich ein enormer Bürokratismus. Es ist notwendig, alle Personen hinsichtlich auftretender Krankheitszeichen im Blick zu haben und die entsprechenden Nachweise zu führen. Sehr gute Grundlagen können nach wie vor beim RKI dafür abgerufen werden, in der täglichen Erfassung wurden die Formalitäten zum festen Bestandteil der betreuenden Arbeit. Zeitweise kam und kommt auch heute so manche Kommunikation mit allen beteiligten Personen zu kurz, was schließlich große Auswirkungen auf die tatsächliche Umsetzung des Geforderten hat.

Erfahrungswerte

Der Umgang mit der Pandemie benötigt vor allem Raum und Zeit. Beides ist und bleibt nur mit den tatsächlich bestehenden Ressourcen verfügbar. Viele der sehr guten Empfehlungen durch das RKI sind Bestandteil in den benannten Konzepten. Für eine Separierung der Bewohner*innen auf die einzelnen Etagen/Flurbereiche und ein beständiges Verbleiben auf diesen Ebenen konnten wir uns nicht entscheiden. Es ist weder den schwierigen Persönlichkeiten noch den weiteren Bewohner*innen (oft mit großen Ängsten etc.) zuzumuten, dauerhaft für 24 Stunden auf unbestimmte Zeit durch das Corona-Geschehen einen beengten Lebensraum zu teilen. Aus diesem Grund werden alle verfügbaren Räumlichkeiten im Haus zur Verfügung gestellt. Zeit ist in vielerlei Hinsicht wichtig: Es braucht Zeit, um immer wieder die Neuerungen und Veränderungen sämtlicher Regularien zu überblicken, diese gemeinsam mit allen Personen (Bewohnende und Mitarbeitende, Besucher, usw.) zu besprechen und die notwendige Organisation für deren Umsetzung zu realisieren. Langfristige Planungen gibt es kaum, daher sind Kreativität, Spontaneität und Organisationstalent bei den Mitarbeitenden gefragt, um den Herausforderungen gewachsen zu sein. Wichtig ist es außerdem, den eigenen Optimismus nicht zu verlieren und Zuversicht auszustrahlen. Spontane Ausflüge in die Natur und vor allem wohlthuende Impulse im kleinen Rahmen stehen auf der Tagesordnung, um einen guten Ausgleich für die anvertrauten Menschen erlangen zu können. ●

WfbM im Lock-Down

Bewertung der Teilhabeangebote in der Corona-Pandemie im Rahmen einer Kurzbefragung



Annette Blaudszun-Lahm
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Technologie und Arbeit e.V., Kaiserslautern



Frank Eierdanz
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Technologie und Arbeit e.V., Kaiserslautern



Judith Hoffmann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Technologie und Arbeit e.V., Kaiserslautern

Die erste Infektionswelle der Corona-Pandemie erforderte im Frühjahr auch von Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) die Umsetzung eines weitgehenden Betretungsverbots. Diese, mit geringem Vorlauf umzusetzende Maßnahme stellte für die meisten WfbM eine große Herausforderung dar. Unter enormem Zeitdruck mussten neben der Bewältigung notwendiger Produktions- und Dienstleistungsaufträge mit nur einer Minimalbesetzung an Beschäftigten Konzepte für Arbeits- und Bildungsangebote im häuslichen bzw. Wohnheimbereich und deren Umsetzung bewerkstelligt werden. Aber auch für die betroffenen Beschäftigten bedeutete der Lock-Down einen weitreichenden Eingriff in den Arbeitsalltag und in ihre gesellschaftliche Teilhabe. Um zu erfahren, wie Beschäftigte die Bemühungen ihrer WfbM erlebt haben, entwickelte das Institut für Technologie und Arbeit (ITA) in Abstimmung mit Werkstätten aus dem Netzwerk des „WfbM-Benchmarking der Teilhabe am Arbeitsleben“ eine Kurzbefragung für Beschäftigte.

Zur Bedeutung der Arbeit

Das Institut für Technologie und Arbeit e.V. ist ein arbeitswissenschaftliches Institut, das sich seit vielen Jahren mit den verschiedenen Facetten der Arbeitszufriedenheit und der Gestaltung von Organisationen beschäftigt. Gerade für Beschäftigte in WfbM ist die Teilhabe an Arbeit nicht nur auf Erwerbstätigkeit zu reduzieren.

Sie ermöglicht über das Erleben von Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit. Über die Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen soziale Kontakte und Anerkennung und letztlich strukturiert der Arbeitstag den Tag in Arbeitszeit und Erholungszeit. Der plötzliche Lock-Down mit dem Betretungsverbot der WfbM war für viele Beschäftigte mit einer so weitreichenden Veränderung ihrer lebensweltlichen Bereiche verbunden, dass eine Befragung zu ihrem Erleben der neuen Situation, der Unterstützungsangebote und organisatorischen Veränderungen sehr wichtig erschien (vgl. Keeley, C. (2015)).

Die „Blitzumfrage“

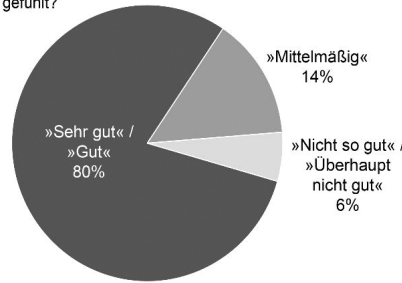
Mit der Kurzbefragung sollte Beschäftigten eine Möglichkeit gegeben werden, möglichst kurz nach Ende des Lock-Downs die Angebote der WfbM während des Betretungsverbots und zu Beginn der Wiederöffnung zu bewerten. WfbM hatten mit der plötzlichen Umsetzung alternativer Bildungs- und Arbeitsangebote und der Entwicklung passender Informationsmöglichkeiten mit häufig sehr hohem Engagement versucht, negative Auswirkungen abzufedern. Eine Rückmeldung dazu, wie weit diese Angebote den Bedarf der Beschäftigten gedeckt hatten, war daher von großer Relevanz. Der Erhebungsaufwand für die WfbM sollte so gering wie möglich sein, da die personelle Auslastung wenig Spielraum für zusätzliche Aufgaben vorgab. Die Be-

fragung wurde als reine Online-Version umgesetzt. Die Teilnahme war freiwillig und wurde durch die Werkstätten wegen der hohen personellen Belastung nach der Wiederöffnung nicht intensiv betreut. Das Ziel war keine Vollerhebung, es sollten vielmehr die Personen erreicht werden, die Interesse an einer Rückmeldung hatten. Teilnehmende Werkstätten erhielten Poster, um für die Befragung zu werben. Der Zugang konnte entweder über einen Link, der über die Gruppenleitungen verteilt wurde, oder über das Scannen eines QR-Codes erfolgen. Beschäftigte mit Smartphone konnten Fragen dadurch direkt beantworten. Anders als bei den regelmäßigen Beschäftigten-Befragungen im Rahmen der Benchmarking-Qualitätsmessungen wurden hier keine Interviews durch geschultes Fachpersonal geführt. Auch der Zugang wurde weniger streng vereinbart: Hilfestellungen beim Selbstausfüllen durch Kolleginnen und Kollegen des Werkstattrates, durch Angehörige, Gruppenleitungen oder andere Vertrauenspersonen waren zugelassen. Dabei zeigte sich, dass die selbstständige Teilnahme mit dem eigenen Smartphone in Werkstätten mit überwiegend psychisch beeinträchtigten Beschäftigten gut gelang, während Personen mit intellektuellen Einschränkungen oftmals kein Smartphone besaßen oder durch die Befragung überfordert waren und Unterstützung benötigten.

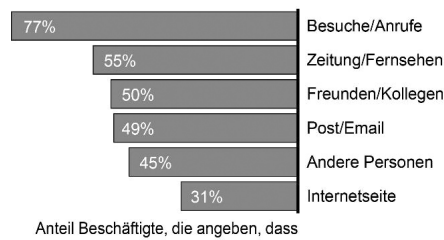
Ergebnisse

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 727 Beschäftigte aus 11 Werkstätten. Drei dieser Einrichtungen sind WfbM für überwiegend Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, von denen insgesamt 121 Personen an der Befragung teilnahmen. Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf diesen Personenkreis. Von den 121 teilnehmenden Personen arbeiteten 49 auch während der Schließzeit in der WfbM, bspw. in einer Notbetreuung. Rund 90% dieser Personen empfanden die Möglichkeit, in dieser Zeit trotzdem in der Werkstatt arbeiten zu können, die Organisation der Arbeit und den Gesundheitsschutz in Bezug auf Vermeidung möglicher Infektionen als „gut“ oder „sehr gut“ Beschäftigte, die während der Schließzeit nicht arbeiteten, wurden danach gefragt, welche Unterstützungsmöglichkeiten durch die WfbM angeboten wurden und wie hilfreich das Unterstützungsangebot erlebt wurde. Telefonanrufe und Informationen per Post

Wie gut haben sich die Beschäftigten von der Werkstatt insgesamt unterstützt gefühlt?



Welche Informationsquellen haben geholfen?



Welche Unterstützung gab es?

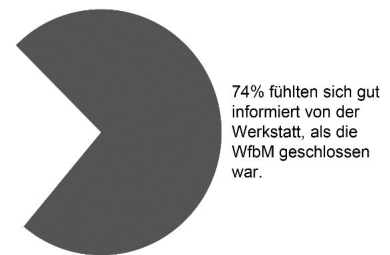
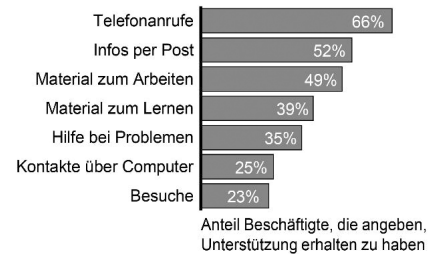


Abbildung 1: Zentrale Ergebnisse der Corona-Blitzumfrage 2020. Quelle: Eigene Darstellung.

waren dabei die häufigsten Nennungen, während nur jeder fünfte Befragte von persönlichen Besuchen berichtete (vgl. Abb. 1 oben rechts). Alle Unterstützungsformen wurden als grundsätzlich hilfreich eingeschätzt.

Bei der Frage, wie gut sich die Beschäftigten, die während der Schließzeit nicht arbeiteten, informiert fühlten, waren nur etwa Dreiviertel mit der Information zufrieden (vgl. Abb. 1 unten rechts). Als besonders hilfreich wurden Besuche und Anrufe erlebt. Die Internetseiten der WfbM eigneten sich dabei nicht als gute Informationsquellen: Sie wurden nur von etwa einem Drittel als hilfreich eingeschätzt (vgl. Abb. 1 unten links).

In einer abschließenden Bewertung der Betreuung während der Werkstattschließung auf einer 5er-Skala fühlten sich 80% insgesamt „gut“ bis „sehr gut“ unterstützt, während 14% im mittleren Bereich antworteten und 6% nicht zufrieden waren (vgl. Abb. 1 oben links). Auch wenn zu erwarten gewesen wäre, dass Beschäftigte mit psychischen Beeinträchtigungen die Angebote kritischer bewerten und bei den Antwortoptionen stärker differenzieren würden, zeigt die Gesamtauswertung, dass sich das Antwortverhalten im Durchschnitt zwischen WfbM für psychisch Beeinträchtigten von dem der WfbM mit überwiegend intellektuell Beeinträchtigten kaum unterscheidet.

Die Organisation der Werkstatt nach Wiederöffnung in Bezug auf Infektionsvermeidung wurde im Gegensatz zur durchschnittlich hohen Zufriedenheit mit der Betreuung und Information im Lock-

Down kritisch bewertet: Nur 65% gaben an, sich „sicher“ bzw. „ziemlich sicher“ zu fühlen. Ein Viertel fühlte sich „teilweise sicher“, 10% „eher nicht“ bzw. „überhaupt nicht sicher“.

In der werkstattvergleichenden Auswertung werden allerdings auch deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen erkennbar. Dies sind nicht zwingend Hinweise auf Verbesserungspotentiale im Verantwortungsbereich der WfbM, sondern müssen im jeweiligen Kontext der Rahmenbedingungen interpretiert werden. Auch Freitextangaben, die bei dieser Befragung im Gegensatz zu früheren Befragungen eines sehr ähnlichen Kollektivs, ausführlich genutzt wurden, liefern dabei wichtige Informationen.

Allerdings wurde mit dem Wunsch, nach einer standardisierten Kurzbefragung für Selbstausfüller ein wesentlicher Teil der Beschäftigten, vorrangig derjenigen mit intellektuellen Einschränkungen, aus dieser Blitzumfrage ausgeschlossen. Wie gerade Beschäftigte mit hohem Unterstützungsbedarf die Schließung der Werkstätten erlebt haben, konnte daher mit dieser Befragung nicht erhoben werden.

Nachdem die beschriebene Kurzbefragung nur als „Blitzlicht“ eine Rückmeldung zu einem zeitlich befristeten Ereignis, dem Lock-Down, geben sollte, zeigt sich nach über einem Jahr Corona-Pandemie, dass ein „Zurück zu früherer Normalität“ immer unwahrscheinlicher wird. Von der Fähigkeit, wie WfbM als Organisationen Krisen bewältigen können, wird entscheidend auch die Qualität ihres Leistungsangebots zur Teilhabe am Arbeitsleben abhängen.

Als Kernmerkmale organisationaler Resilienz gelten u. a. Haltung, Zukunftsorientierung, die Fähigkeit zur Anpassung und zum Lernen wie auch zur Wissensteilung, ein Stärken- und Schwächenbewusstsein und letztlich auch Ausdauer. Beim Ausbalancieren zwischen diesen Elementen, dem Gewährleisten betrieblicher Flexibilisierung, wie zum Beispiel das Erproben neuer Formen der Zusammenarbeit, und Maßnahmen zur Sicherung einer notwendigen Stabilität, müssen dabei auch Maßnahmen zur Förderung individueller Resilienz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Beschäftigten berücksichtigt werden, um die Zukunftsfähigkeit von WfbM auch in Krisen zu sichern.

Ein Ausblick

Im Sinne teilhabeorientierter Forschung ist es ein Anliegen des Instituts für Technologie und Arbeit, Beschäftigte soweit wie möglich in den Bewertungsprozess zu Leistungen, die zu ihrem Nutzen angeboten werden, einzubeziehen (vgl. u.a. Blaudszun-Lahm, A., Eierdanz, F., Sieling, E., 2017). Ob eingeleitete Veränderungen, sei es durch ein anderes Führungsverständnis, flexiblere Formen der Zusammenarbeit, eine Forcierung der digitalen Transformation oder andere Aspekte zu einer stärkeren Personenzentrierung führen und dem Bedarf an Teilhabe entsprechen oder ob zum Beispiel die Abwendung von Entgelt- und Urlaubskürzungen von den Beschäftigten wahrgenommen und wertgeschätzt wurde, muss durch folgende Befragungen erhoben werden. Vorgesehen ist, Mitte 2021 über eine detailliertere, modular aufgebaute Befragung in einfacher Sprache eine Bewertung der veränderten Angebote abzubilden. Dabei wird, wie auch bei bisherigen Befragungen im Rahmen des »WfbM-Benchmarkings der Teilhabe am Arbeitsleben«, die Befragung durch geschulte Interviewer und Interviewerinnen erfolgen, um ein größeres Kollektiv in die Erhebung einbeziehen zu können. ●

Literatur

Blaudszun-Lahm, A.; Eierdanz, F.; Sieling, E.: Wunsch und Wirklichkeit: Zur Relevanz einer Leistungsbewertung aus Nutzersicht. In: Werkstatt:Dialog. Band 33, 1 (2017), S. 26–29.

Keeley, Caren (2015): Qualitative Forschung mit Menschen mit geistiger Behinderung: Notwendigkeit u. methodische Möglichkeiten z. Erhebung subjektiver Sichtweisen unter besonderer Berücksichtigung d. Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, H. 03, 108–119

Was haben wir gelernt?

Psychiatrie und Bedarfsgerechtigkeit in Zeiten von COVID-19

Was haben wir gelernt aus der Corona-Krise für die Entwicklung der Psychiatrie im Hinblick auf Bedarfsgerechtigkeit? Was heißt das für zukünftige Weiterentwicklungen? Die folgende zwei Texte geben eine kritische Reflexion wieder, einmal aus klinischer Sicht und einmal aus der Sicht der Sozialpsychiatrie.

Aus der Sicht der Klinik

Was war die überraschendste berufliche Erfahrung während des Lockdowns?

Als die Corona-Krise in ihren Anfängen steckte, zeichnete sich früh ab, dass es nötig sein würde, die PatientInnen, die MitarbeiterInnen und sich selbst vor dem Virus zu schützen. Dabei war noch unklar, welche Schutzmaßnahmen am ehesten erfolgversprechend sein würden. Zunächst wurden Maßnahmen bedeutsam, die man von früheren Erfahrungen mit anderen Grippeviren ableiten konnte: Kontakte reduzieren, Abstand halten, Hände waschen, kranke Leute sollen zuhause bleiben.

Eine erste Irritation trat für mich auf, als es in unserer Klinik verboten wurde, dass einzelne MitarbeiterInnen Masken tragen. Der Hygieneausschuss unseres Krankenhauses hatte die Gesamtverantwortung für den Umgang mit den Infektionsgefahren übernommen und hatte erklärt, dass keine Masken getragen werden sollen. Einzelne Mitarbeitende, die sich selbst Masken genäht hatten, hätten sich durch das Tragen dieser Masken sicherer gefühlt. Vermutlich hätte das niemandem geschadet. Es hätte aber den Eindruck entstehen lassen, als ob es eigentlich besser wäre, wenn man Masken tragen würde, es gab aber noch nicht genug für alle. Deswegen sollten am besten alle keine Maske tragen. Innerhalb von 2–3 Wochen änderte sich das: Inzwischen waren genug Masken verfügbar, jetzt wurde es zur Pflicht, dass alle Masken tragen.

Die Frage, die sich in dieser Situation erstmals stellte, wurde im weiteren Verlauf immer bedeutsamer: Wie sinnvoll war es, in einer Logik, die zunehmend auf Anweisung und „Gehorsam“ beruhte, selbst nachzudenken, ob man das selbst



Martin Reker

Dr., Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapeut, leitet seit über 20 Jahren die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld-Bethel. Vorsitzender d. Vereins für gemeindenahere Psychotherapie.

richtig finden würde. In der geschilderten Situation lag eine Konstellation vor, in der sich einzelne Mitarbeitende mehr schützen wollten als es eigentlich vorgesehen war. Das nicht tun zu dürfen, war schwer erträglich – und wurde z.T. auch unterlaufen. Schwieriger würde es im weiteren Verlauf sein, wenn man aus eigener Überlegung und Überzeugung bereit wäre, Risiken in Kauf zu nehmen, obwohl die Hygieneanweisungen genaue Verhaltensvorgaben machen, die das zum Schutz der Gemeinschaft verbieten.

Am eindrücklichsten wurde mir das bei der Neuaufnahme einer schwer depressiven jungen Mutter eines 5-jährigen Kindes, die in der Aufnahmesituation aus Kapazitätsgründen auf einer Station landete, wo versucht wurde, die Hygienebestimmungen so weit auszulegen, dass ein geschützter Kontakt zu dem kleinen Kind und zum Ehemann doch ermöglicht werden könnte. Nach der Verlegung auf die Depressionsstation wurde alle Regularien konsequent an den Hygienevorgaben orientiert und jeglicher persönlicher Kontakt der Mutter zu ihrer Familie unterbunden.

Insofern war die überraschendste berufliche Erfahrung, wie sich Menschen

in ein System einfügen, das eigentlich nach militärischen Regeln funktioniert. Es gibt einen höheren gesellschaftlichen Zweck zur Bekämpfung einer akuten Gefährdung, der Diskussionen nur bedingt zulässt und der erfordert, dass (Dienst-)Anweisungen ohne größeren Widerspruch befolgt werden. Für sehr viele, insbesondere auch meiner KollegInnen war das eine sehr wichtige Orientierung. Sie wollten Klarheit. Mir ist das an mehreren Stellen eher schwer gefallen. Immer wieder hatte ich das Bedürfnis, mir auch eine eigene Meinung zu bilden und die zum Maßstab meines Handelns zu machen. Ich arbeite noch daran.

Wie und weshalb kamen psychisch erkrankte KlientInnen mit weniger Hilfe z.T. gut zurecht? Andere wiederum wurden mit extremen Krisen in der Klinik behandelt. Welche Erklärungen gibt es hierfür?

Der finanzielle Schutzschirm für alle Krankenhäuser in der 1. Welle der Corona-Krise hat dazu geführt, dass in sehr vielen Kliniken innerhalb sehr kurzer Zeit viele PatientInnen entlassen wurden, die eigentlich als stationär behandlungsbedürftig angesehen wurden. Gerade ängstliche und depressive Patienten reagierten darauf oft mit einer deutlichen Verschlechterung ihrer Symptomatik. Es gab aber auch eine Reihe von PatientInnen, denen durch die Umstände eine Verantwortung für sich selbst zugewiesen wurde, die man Ihnen eigentlich nicht zugestanden hätte, wenn es die Corona-Krise nicht gegeben hätte.

Es gibt sehr berühmte Beispiele in der Psychiatriegeschichte, in der sich aus einer solchen Konstellation ganz neue Erkenntnisse ergeben haben. So hat die Entlassung aller PatientInnen aus verschiedenen forensischen Kliniken im Staat New York im Jahre 1966 im Rahmen der sog. „Baxstrom-Entscheidung“ nicht dazu geführt, dass alle sofort dekompenziert sind und erneut Straftaten begangen haben. Vielmehr hat der weit aus größere Teil der mehr oder weniger vorbereiteten Patienten Verantwortung für sich übernommen und ihr Leben ohne schwere Straftaten unter Kontrolle gebracht, obwohl sie die Hilfe der Klinik nicht mehr nutzen konnten.

Eine Gruppe, die die Corona-Krise und den Lock-down offenbar auch als Chance begriffen haben, waren die mit

Methadon oder vergleichbaren Stoffen substituierten PatientInnen. Insbesondere die Personen, die immer schon einen umschriebenen Beigebrauch mit anderen Rauschmitteln hatten und die deswegen kein sog. „Take home“ erhalten konnten, erhielten durch den Lock-down und die Kontaktbeschränkungen mehr Freiräume. Diese Sorge bestätigte sich im größeren Teil der Fälle nicht. Den meisten der hier beschriebenen Personen gelang es, des Status quo zu halten und den Konsum trotz reduzierter Kontrollen nicht weiter zu steigern.

Welche Gruppe von psychisch erkrankten Menschen wurde durch coronabedingte Maßnahmen in den Diensten und Einrichtungen am schlechtesten erreicht? Welche Lösungsansätze wurden gefunden? Wer wurde möglicherweise vergessen?

Am schlechtesten erreicht werden sicher PatientInnen, die störungsbedingt wenig Eigeninitiative aufbringen können, um sich bemerkbar zu machen. Viele Menschen, die alleine leben, haben auch im Umfeld niemanden, der auf sie aufmerksam machen könnte. Im Vordergrund dürften hier depressive und ängstliche Patienten stehen. Darauf verweisen auch Berichte aus der Telefonseelsorge aus jüngerer Zeit. Viele Hilfeangebote, die depressiven Menschen wichtig sind, sind aktuell nicht zugänglich. Dazu gehören viele therapeutische Hilfe- und Kontaktangebote bei PsychotherapeutInnen, in Begegnungsstätten, bei Selbsthilfegruppen und zum Teil auch in Kliniken. In vielen Regionen gibt es umfangreiche Bemühungen, trotzdem Zugang zu diesen Betroffenen zu gewinnen. Dazu gehören insbesondere Online-Angebote, zum Teil auch aufsuchende Hilfen. Gerade für ältere Menschen ist das oft kein geeigneter Weg. Wo stationsäquivalente Behandlungen sich von Corona nicht haben abschrecken lassen, sind sie oft ein wichtiges aufsuchendes Versorgungselement für Menschen, die sonst durch Hilfen schlecht erreichbar sind.

Gibt es inzwischen Präventionskonzepte für weitere Pandemien / Krisen?

Soweit denkt aktuell kaum jemand. Eine Pandemie hat sich im Vorfeld niemand vorstellen können. Andere Krisen, die möglich, aber unvorstellbar sind, rücken in dieser Zeit auch allenfalls an den

Horizont des Wachbewusstseins oder werden uns in „Science-fiction“-Filmen nahe gebracht: Ein Hackerangriff, der die Energieversorgung komplett lahmlegt? Eine Atomunfall, der tausende Todesopfer fordert und Teile unseres Landes unbewohnbar macht? Eine Hitzewelle, die den Großteil unserer natürlichen Umgebung vertrocknen lässt und in der Wasser rationiert werden muss? Eine Überschwemmung mit Flüchtlingen aus Ländern, die quasi unbewohnbar geworden sind? Wir leben erst einmal so weiter, wie wir es gewohnt sind. Das gilt auch für die Gefahr einer erneuten Epidemie. Wir muten uns gerade soviel Veränderung zu, dass unsere Lebensqualität nicht nachhaltig beeinträchtigt wird.

Wir wünschen uns von PatientInnen, dass sie Behandlungsvereinbarungen erstellen, um sich in stabilen Zeiten auf Krankheitszeiten vorzubereiten. Manche PatientInnen tun das. Sie verdienen viel Respekt dafür. Gewöhnlich versucht man in guten Zeiten, die in potentiellen Krisen drohenden Gefahren zu verdrängen. So verhalten die meisten Menschen sich heute, wenn die o.g. Gefahren thematisiert werden. Wir sind ungeduldig geworden und müde – Jaqueline Gollan von der Northwestern University Chicago nennt es den „caution fatigue“. Die Pandemie mit ihren Einschränkungen soll endlich aufhören. Wir möchten zur Normalität zurück, einer Normalität, in der man sich an der Gegenwart erfreuen kann. Spaßverderber wie der Mahner Karl Lauterbach rufen hier Widerstände hervor. Machen wir uns nichts vor. In den kommenden Jahren sind radikale Veränderungen erforderlich, um den angesprochenen Gefahren vorzubeugen. Was das für die psychiatrische Versorgungslandschaft bedeuten könnte, weiß ich auch noch nicht. Das mindeste, was wir jetzt tun können, wäre, die Themen wachzuhalten und sich den ungelösten Fragen zu stellen, auch wenn wir die Antworten noch nicht wissen.

Was haben der Lockdown und die verschiedenen Schutzverordnungen für die Inklusions(-bemühungen) bedeutet?

In der Prioritätensetzung für die Impfung wurde ein klares Zeichen gesetzt: Wir wollen besonders verletzbar Menschen vor allen anderen schützen. Dazu gehörten auch und vor allem alte und psychisch erkrankte Menschen gerade in Heimeinrichtungen. Manche mögen das selbstverständlich finden. Ich war mir im Vorfeld nicht sicher, ob sich hier, quer

durch alle Parteien, alle so einig sein würden, wie es sich dann gezeigt hat. Die Selbstverständlichkeit, mit der das passiert ist, hat mir ein gutes Gefühl gegeben, dass sich seit 1945 was verändert hat. Es hat trotz aller nachvollziehbaren und legitimen Einschränkungen für alle (auch für die psychisch Kranken) ein großes Bemühen von vielen Seiten gegeben, denen zu helfen, die von Isolation und Einsamkeit bedroht sind, auch wenn Tagesstätten, Selbsthilfegruppen und viele andere stützende Hilfsangebote aktuell nur erschwert zugänglich sind. Vielleicht hat diese weit verbreitete Solidarität auch dazu beigetragen, dass die Suizidraten – soweit bislang erkennbar – offenbar nicht angestiegen sind.

Was sind die wichtigsten Lehren für die Psychiatrie, die aus den Erfahrungen gezogen werden sollten / können / müssen?

Es ist gut, wenn alle Hilfeangebote wieder am Markt sind. Aber seien wir ehrlich: Es ist gut, dass es sie gibt. Es ist aber auch nicht so, dass die Betroffenen völlig hilflos werden, wenn diese einmal eine Weile aussetzen. Und das ist ja eigentlich beruhigend. Das Helfersystem hat sich angewöhnt, als Interessenvertreter der psychisch Kranken schnell die Risiken und Gefahren zu beschreiben, vor denen das Klientel unbedingt geschützt werden muss. Schon früh in der Krise wurde antizipiert, dass es den Ängstlichen, Depressiven und Suizidalen jetzt noch schlechter gehen wird und dass vermutlich eine große Welle an psychisch dekompenzierten Menschen auf uns zukommen wird. Auf diese Weise sind viele Menschen sehr früh zu Opfern erklärt worden, die sie (noch ?) gar nicht waren. Gleiches gilt für die Fachkräfte im Krankenhaus. Obgleich es natürlich viele PatientInnen und KollegInnen gibt, denen viel, manchmal zu viel zugemutet wird, so gibt es doch auch viele PatientInnen, die sich in dieser Krise sehr tapfer halten und KollegInnen, die einen tollen Job machen, ohne sich deshalb gleich ausgebeutet zu fühlen. Die wichtigste Lehre aus der Corona-Krise ist aus meiner Sicht, dass wir uns und unsere PatientInnen nicht unterschätzen sollten. Jeder soll in unserem gut strukturierten Helfersystem die Hilfe bekommen, die er/sie braucht. Aber trauen wir den Menschen auch was zu, so wie den Substituierten. Es kann gut sein, dass wir als HelferInnen nicht (immer) so wichtig sind, wie wir denken. ●

Not macht erfinderisch

Aus der Sicht der Gemeindepsychiatrie

Was war die überraschendste berufliche Erfahrung während des Lock-downs?

Zunächst einmal war da plötzlich ein Gefühl, dass wir Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und unsere Klientinnen und Klienten im Angesicht des Virus alle gleich betroffen sind. Daraus entwickelte sich sehr früh ein besonderer Sinn für das Gemeinwohl. Plötzlich haben wir zusammen z.B. Masken für Kinderarztpraxen genäht. Positiv überraschend war für mich auch zu beobachten, wie in der gesamten psychiatrischen Landschaft während der Pandemie neue und kreative Ideen zum Tragen kamen. Obgleich einige Träger zu Beginn der ersten Welle ihr Angebot komplett heruntergefahren haben, stand für uns von Anfang an fest: Wir können unsere Klientinnen und Klienten gerade in einer solchen Ausnahmesituation nicht alleine lassen! Viele der Klienten waren verunsichert, weil sie zur Hochrisikogruppe zählen, obgleich sie ja einen Rechtsanspruch auf Hilfeleistung haben. In der Tagesstruktur haben unsere Mitarbeitenden die Klientinnen und Klienten zum Beispiel mit „Homework“ und Mittagessen versorgt, d.h. die Klienten haben ihre Arbeitsmaterialien nach Hause geliefert bekommen und wurden dann zwei bis drei Mal am Tag kontaktiert.

Klienten, die während der Pandemie komplett isoliert leben mussten, weil sie unter Quarantäne standen oder auch alleinstehend sind, wurden von unseren Mitarbeitern unter Einhaltung besonderer Vorsichtsmaßnahmen besucht.

Alles in allem habe ich durch Corona wirklich sehr, sehr viele engagierte Menschen neu kennengelernt!

Gab es auch negative Überraschungen?

Es gab einige Stilblüten, gegen die wir uns aber gut zur Wehr setzen



Stefan Corda-Zitzen
Dipl.-Sozialpädagoge,
Geschäftsführer Psychiatrie
Hilfsgemeinschaft Viersen
gGmbH, Vorsitzender
RGSP, Geschäftsführender
Vorstand DGSP,
s.cordazitzen@phg-viersen.de

konnten. Um noch einmal auf unsere Tagesstruktureinrichtung zu sprechen zu kommen: Die Behörden wollten sie zu Beginn der ersten Welle schließen, weil wir als Werkstatt eingestuft wurden. Ich habe in dieser Situation beherzt zum Telefonhörer gegriffen und der zuständigen Behörde ausführlich erklärt, was wir eigentlich machen. Bei uns kommen die Leute individuell zeitversetzt, das ist also schon einmal

Einige Klienten leben sehr zurückgezogen. Zu Beginn der Corona-Pandemie war es für sie zunächst auch eine positive Erfahrung, dass plötzlich die anderen auch einmal ein Gefühl für ihren Alltag bekamen.

nicht vergleichbar mit einer Werkstatt, wo alle gemeinsam um 8 Uhr morgens mit der Arbeit beginnen. Außerdem habe ich unser Hygienekonzept erklärt. Bei uns wird bei jedem Klienten morgens ein Symptommonitoring durchgeführt. Außerdem verteilen wir an alle Masken und

testen regelmäßig. Auch die Art der Arbeit ist nicht vergleichbar. Danach war die Anordnung zur Schließung der Tagesstruktur schnell vom Tisch.

Wie und weshalb kamen psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten mit weniger Hilfe z.T. gut zurecht?
Ich erkläre dies damit, dass einige Klienten ohnehin sehr zurückgezogen leben. Zu Beginn der Pandemie war es für sie vielleicht auch eine positive Erfahrung, dass plötzlich die anderen einmal ein Gefühl für ihren Alltag bekamen.

Davon abgesehen nehme ich es aber nicht so wahr, dass die Klientinnen und Klienten unter den besonderen pandemischen Umständen besser zurechtkämen. Im Gegenteil, wir können beobachten, dass seit einigen Monaten

wesentlich mehr Hilfebedarf bei uns angefragt wird. Wir könnten auch einer Täuschung erliegen, wenn wir meinen, dass viele Klientinnen und Klienten mit der Pandemie zu Anfang besser zurechtkamen, denn viele haben sich anfangs wegen der Ansteckungsgefahr gar nicht in die Kliniken getraut und Teile der Beratungsangebote waren nicht zugänglich.

Andere wiederum wurden mit extremen Krisen in der Klinik behandelt. Welche Erklärungen gibt es hierfür?

Die Aussagen von Ärztlichen Direktoren stimmen darin überein, dass die Zwangsmaßnahmen flächendeckend zugenommen haben. Auch das bestätigt meine bereits angestellte Hypothese, dass viele hilfebedürftigen Menschen zu lange gewartet haben oder warten mussten.

Zudem denke ich, dass durch Einrichtungsschließungen auch wichtige Rückzugsräume wegfielen. Hier wird in meinen Augen noch einmal deutlich, dass behindertenformgerechte „Sonderwelten“ nicht immer nur schlecht sein müssen.

Welche Gruppe von psychisch erkrankten Menschen wurde durch coronabedingte Maßnahmen in den Diensten und Einrichtungen am schlechtesten erreicht? Welche Lösungsansätze wurden gefunden? Wer wurde möglicherweise vergessen?

Was mir eklatant ins Auge fällt, ist, dass die überwiegend psychisch erkrankten obdachlosen Menschen in unserer Gesellschaft nicht mehr sichtbar sind. Viele Orte, an denen solche Menschen sich aufhielten, waren von heute auf morgen nicht mehr freigegeben. Mancherorts wurden ja sogar aus Sorge vor Ansammlungen Absperrungen errichtet. Lösungen hierzu fallen mir - offen gestanden - keine ein.

Gibt es inzwischen Präventionskonzepte für weitere Pandemien / Krisen?

Ich würde mit Blick auf eine durch Pandemien bedrohte Zukunft nicht von „Präventionskonzepten“ sprechen. Ich glaube vielmehr, dass wir das Gute, was sich vielerorts gezeigt hat, auch für die Zeit danach bewahren sollten.

Warum sollte man Klientinnen und Klienten in besonderen Lebenslagen nicht auch mal das Essen oder „Homework“ nach Hause bringen können. Bei denjenigen, die man gut digital erreichen konnte sollte man diesen Kanal weiterhin pflegen.

Insgesamt finde ich es nach wie vor erstaunlich, wie gut sich die Masse der Menschen mit den notwendigen Maßnahmen arrangiert hat, wenngleich immer auch ein paar bleiben, die nicht erreicht werden können.

Was unsere Politik angeht, bin ich dagegen ziemlich ernüchtert. Da werden Maßnahmen von oben angeordnet, ohne dass es Sachkenntnis darüber gibt, wer wir eigentlich sind und was wir machen.

Was haben der Lockdown und die verschiedenen Schutzverordnungen

für die Inklusions(-bemühungen) bedeutet?

Hier muss ganz klar konstatiert werden: Es sind besonders in der Selbsthilfe wertvolle Begegnungsräume weggebrochen. Allein in unserer Kontakt- und Beratungsstelle finden nunmehr seit Monaten keine Gruppentreffen mehr statt, wo vorher an sechs Abenden in der Woche

entsprechende Veranstaltungen liefen. Wir konnten dies wegen des Infektionsrisikos nicht länger verantworten. Während alle voller Aktionismus auf den verschiedenen Ebenen die Verordnungen umgesetzt haben, wurde die Partizipation schlichtweg vergessen. Auf der Landesebene wurden die Psychiatriebeiräte nicht länger angehört. Auch bei uns vor Ort wurde – dem jeweiligen Zeitdruck geschuldet – der Klientenrat nicht einbezogen.

Das Krisenmanagement im Pandemie-Alltag sieht für mich wie folgt aus: Ich bekomme abends oder am Wochenende eine neue Verordnung rein, von der ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dann auch unmittelbar in Kenntnis setze. Aber bis zum nächsten Klientenratreffen ist es dann in der Regel noch weit hin.

Was sind die wichtigsten Lehren für die Psychiatrie, die aus den Erfahrungen gezogen werden sollten / können /müssen?

Um uns die lieb gewonnenen kreativen

Lösungen bewahren zu können, müssen wir uns mit den Kostenträgern auseinandersetzen.

In der Tagesstruktur mit rund 100 Klientinnen und Klienten wird heute jeden Tag abgefragt: Wer steht unter Quarantäne? Wem raten wir zur Selbstquarantäne wegen Erkältungssymptomen? Wer zählt zur Risikogruppe und traut sich darum länger nicht zu kommen? All diese Klienten versorgen wir natürlich trotzdem, indem wir mehrmals täglich im Kontakt bleiben. Aktuell ist es uns erlaubt, kreativ vorzugehen.

Im Betreuten Wohnen unterhalten sich die Mitarbeitenden mit Klientinnen und Klienten, die Erkältungssymptome aufweisen vor der Tür, oder sie gehen stellvertretend für sie einkaufen.

In „normalen“ Zeiten wäre dies nicht möglich. Aber auch in solchen Zeiten wäre hier und da mehr Flexibilität angebracht, zum Beispiel, wenn sich ein Klient aus der Tagesstruktur das Bein bricht und darum nicht länger mobil ist.

Ganz wichtig ist mir auch die Wertschätzung, die man unserer Arbeit auf Seiten der Politik leider wegen mangelnder Kenntnis noch immer nicht entgegenbringt. Zu Beginn wurde beispielsweise die Forderung laut, Menschen in besonderen Wohnformen bei positiven Testergebnissen zu verlegen. Das ist aber rein rechtlich abstrus, denn die Menschen haben heute eigene Mietverträge mit entsprechenden Rechten und Pflichten. Die PHG unterhält auch Klienten-WG's mit eigenen Mietverträgen. Da können wir auch nicht einfach hingehen und Besuche untersagen. Da müssen vielmehr die Klientinnen und Klienten angehalten werden, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Da haben einige in der Politik die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes glatt verschlafen. Immerhin gibt es jetzt schon seit dem 1.1.2020 die Trennung zwischen Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen. Da würde ich mir einfach mehr Sachkenntnis wünschen. ●

Ein Virus beeinflusst unser Denken – unser Denken beeinflusst das Virus*

Von Paul Watzlawick mit einer Einführung von Stefan Weinmann

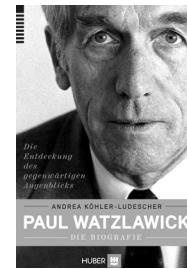
Einführung von Stefan Weinmann

Mitte der 80er bis in die 90er Jahre waren HIV und die AIDS-Erkrankung ein breit diskutiertes Thema. Das HI-Virus war auch „neuartig“ und bedrohlich – die Welt hatte eine solche Epidemie noch nicht gesehen. Die Übertragung durch Blutprodukte und Geschlechtsverkehr, die unterschiedliche Betroffenheit verschiedener gesellschaftlicher Gruppen und die Tatsache, dass man vielen Virusträgern nicht ansah, dass sie das anfangs tödliche Virus in sich trugen, führte über viele Jahre noch bis in die Jahrtausendwende zu einer breiten gesellschaftlichen Diskussion auf globaler Ebene, bei der viele ethische Fragen auftauchten. Auch damals war die Hoffnung auf Impfstoffe groß – die aber bis heute nicht erfüllt wurde. Eine Kombination von Verhaltensmaßnahmen und medizinischen Maßnahmen (*treatment-as-prevention*) führten zu einem Rückgang der anfangs hohen Neu-Infektionszahlen (der allbekanntesten Inzidenzen) in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen und Ländern. Die Rolle von Prävention im Vergleich zur Behandlung wurde breit diskutiert. Eine eigene UN-Organisation (UNAIDS) wurde gegründet, ganze Entwicklungsprogramme erhielten nur deshalb Millionen und Milliarden von Geldern, weil AIDS drauf stand – und die WHO hatte nicht mehr die Federführung, was die AIDS-Epidemie angeht. Wenn wir uns gerade jetzt daran erinnern, stoßen wir immer wieder auf Beiträge zur Debatte, die erstaunlich aktuell sind und uns nachdenklich machen. Eine dieser Beiträge, die in einem Sonderheft AIDS der „Beiträge zu Diakonie, Sozialarbeit, Sozialpolitik, Psychotherapie und Theologie“ aus der Evangelischen Gesellschaft vom Januar 1990 abgedruckt wurden, ist der Vortrag von Paul Watzlawick auf einer AIDS-Tagung der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart. Damals entstand die erste AIDS-

*Quelle

Beiträge zu Diakonie, Sozialarbeit, Sozialpolitik, Psychotherapie und Theologie aus der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart eV; Januar 1990; Heft 5, Aids 2, Seite 23–24

Beratungsstelle im diakonischen Kontext in Deutschland. Paul Watzlawick trug als Referent zum Thema der Beeinflussung des Denkens durch das Virus – und vor allem zur Beeinflussung der Ausbreitung des Virus durch Denkkonstruktionen und Narrative bei. Damals wie heute geht es nicht nur um die biologischen Funktionen des Virus; denn das Virus wird von Menschen verbreitet. Und Menschen reagieren – auf der Ebene der Politik mit Lockdowns und Verboten, auf der Ebene aller Menschen mit Angst und einer erheblichen Veränderung des Zusammenlebens, die neuen „Wirklichkeiten“ schafft. Was wir dem Virus *zuschreiben*, wirkt. Das Erstaunlichste an Watzlawicks Text sind die Ausführungen zur damals sich anbahnenden „Dämonisierung der Krankheit.“ Auch heute wurde die gesamten 1,5 Jahre gefragt: „Was müssen wir tun?“, statt „Was muss *nicht* getan werden?“ Damals wie heute bestand ein immenser Handlungsdruck, vor allem auf politische Entscheidungsträger. Aber haben sie das Richtige getan? Wer entscheidet, was das Richtige ist? Wer bestimmt den Diskurs – die Naturwissenschaftler, die Sozialwissenschaftler? Sind die Maßnahmen nicht schlimmer als der Schädling? Und überhaupt: Was ist eigentlich die „Wahrheit“ bei all den unterschiedlichen Erklärungen, Aspekten oder Theorien, und wem soll man glauben? Watzlawicks Text hilft uns, zu begreifen, dass trotz der Besonderheit der COVID-19-Epidemie viele Menschen sich schon zuvor mit diesen Themen auseinandergesetzt haben und wir uns auch jetzt damit auseinandersetzen *müssen*. Die Angst war bei HIV und ist auch bei COVID-19 ein wichtiger Antreiber gewesen, etwas zu verändern – aber auf Dauer ist sie keine gute Ratgeberin. Sie – und übrigens auch keine Berufs- oder gesellschaftliche Gruppe – sollte den Diskurs dominieren. Vielleicht müssen auch wir unser Denken wieder ein wenig „befreien“, um der Komplexität der Zusammenhänge auch wieder mit einer Vielfalt von Perspektiven und (konstruktiven) Beiträgen begegnen zu können.



Paul Watzlawick

1921 in Österreich geboren, 2007 in Kalifornien verstorben. Philosoph, Psychotherapeut und Kommunikationswissenschaftler. Eine Biografie (Paul Watzlawick – Die Entdeckung des gegenwärtigen Augenblicks von Andrea Köhler-Ludescher) ist 2014 bei Hofgreve/Huber erschienen.

Paul Watzlawick über das Virus

Im Laufe des Tages haben Sie den Darlegungen berufener und erfahrener Referenten zum Thema Aids zugehört. Ein solcher bin ich leider nicht. Meine eventuelle Kompetenz, an diesem Kolloquium teilzunehmen, bezieht sich auf jenen Teilaspekt der Aids Problematik, der sich etwa so definieren lässt: Verursacht wird Aids durch ein Virus; verbreitet aber wird es durch Angst, Verleugnung und Vorurteile – also durch „Denken“.

Ich arbeite in einem Fach, in dem der Begriff der *Wirklichkeitsanpassung* von dogmatischer und scheinbar endgültiger Bedeutung ist. Er gründet auf der – philosophisch wie naturwissenschaftlich längst unhaltbar gewordenen – Annahme, dass es eine objektive, menschenunabhängige Wirklichkeit gibt, die den „Normalen“ zugänglich ist, von den „Verrückten“ dagegen verzerrt gesehen wird. Diese Auffassung beruht unter anderem auf der Vermengung zweier Ebenen der Wirklichkeitsauffassung. Die sogenannte Wirklichkeit *erster* Ordnung ist die, welche uns unsere Sinnesorgane vermitteln. Doch schon diese Wirklichkeit ist eine von uns recht eigentlich *konstruierte* – in unserer Außenwelt „gibt“ es z. B. Farben nur deshalb, weil wir Augen haben. Doch bei diesen scheinbar objektiven Wahrnehmungen bleibt es keineswegs, da wir diesen Wahrnehmungen unweigerlich Sinn, Bedeutung und Wert zuschreiben – also Eigenschaften, die die Wirklichkeit erster Ordnung an sich nicht hat, sondern die wiederum von uns kons-



truiert sind. Diese Wirklichkeitsebene sei die der *zweiten* Ordnung genannt. Zum Beispiel: „Kein Ding ist weder gut noch schlecht: das Denken macht es erst dazu“, lässt Shakespeare seinen Hamlet sagen. Die „Tatsache“, dass die Zeiger einer Uhr auf zehn Minuten vor drei stehen, hat ganz verschiedene Bedeutung für jemand, dessen Zug um zwanzig vor drei abfuhr, als für jemand, der bis acht Uhr abends nichts, aber auch gar nichts zu tun hat. Was hat all dies mit der Aids-Problematik zu tun?

Ihre Wirklichkeit erster Ordnung ist ein sich rasch verbreitendes Virus. Doch nicht einmal darüber scheint Einigkeit zu bestehen. Von unerquicklichen und peinlichen Streitereien zwischen französischen und amerikanischen Forschern wissen wir allein schon aus der Tagespresse. So wird dem Franzosen Luc Montagnier vorgeworfen, in drei Tagen ein Virus identifiziert haben zu wollen, von dem man andererseits weiß, dass seine Inkubationszeit zwischen 6 Monaten und 5 Jahren schwankt. - 1975 beginnt der Wettlauf zwischen Merck, Sharpe & Dohme und den Forschern am Institut Pasteur zur Entwicklung eines Impfstoffs, den die Amerikaner deshalb „gewinnen“, weil die Pasteur-Leute den von ihnen entwickelten vor Einreichung an die Welt-Gesundheitsorganisation nicht den in den Menschenrechtsverträgen von Nürnberg und Helsinki vorgeschriebenen Tierversuchen unterzogen haben. Um das Rennen vielleicht doch noch zu gewinnen, impft man im Institut Pasteur wenigstens einen Affen, den traurig berühmt gewordenen Geronimo, der darauf stirbt. Dasselbe Schicksal erleidet angeblich eine französische Ärztin, die sich selbst mit diesem Präparat impft. Darauf entsteht das Gerücht, der französische Impfstoff sei auf der Basis von aus Amerika importiertem, infiziertem Blut entwickelt worden.

In einem Artikel im *Journal des Psychologues* (Dezember 88/Januar 89, S. 54-55) resümiert der mir nicht persönlich bekannte Psychologe Saint-Fleur die Kontroverse mit den Worten: „zusammenfassend lässt sich sagen, dass gewisse ethische Geifereien die Idee einer „Aids-Epidemie“ und damit den wissenschaftlichen Betrug des Jahrhunderts hervorgerufen haben. Die wahre Epidemie liegt in der erstaunlichen Leichtigkeit, mit der absurde Ideen sich auf der Welt ausbrei-

ten und die Geister, sogar zum Teil sehr brillante, anstecken können.“ – Und damit stehen wir bereits in der Wirklichkeit zweiter Ordnung – also der Zuschreibung von Bedeutung: im vorliegenden Falle Verneinung und Unterstellung betrügerischer Absichten.

Eine noch phantastischere Manifestation der Beeinflussung unseres Denkens durch das Virus ist folgende: Auf der Suche nach Impfstoffen sei man darauf gestoßen, dass Blut und Zellen des menschlichen Fötus wichtiges „Rohmaterial“ darstellen. Daher werden seitens der Großfirmen über wer weiß welche Mittelsmänner in der Dritten Welt massenhaft unnötige Abtreibungen vorgenommen. Auch die etwa vor einem Jahre zum ersten Mal berichteten Verkäufe von Kindern aus Paraguay, Guatemala, Haiti und anderen Ländern (offiziell zum Zwecke ihrer Adoption) dienten angeblich zur Gewinnung dieses Organmaterials, da die Kinder getötet und „verwertet“ werden. (Angebliche Quellen: Belgische Fernsehstation RTBF, September 1988; Le Monde, September 1988; Radio Calidad, Miami, November 1988).

Diese Beispiele sind nur auf den ersten Blick phantastisch. *Jede* Krankheit ist für den Betroffenen mehr als eine bloß körperliche Störung. Sie hat sozusagen eschatologische Bedeutung, und diese Bedeutung ist umso tiefer, je unheilbarer (und daher mysteriöser und dämonischer) sie uns scheint, und je länger ihre Inkubationszeit ist. Bei der Tollwut kann dies zwischen 3 Wochen und 18 Monaten liegen; bei der Infektion durch *Chagas*, die brasilianischen Raubwanzen, können es Jahrzehnte sein (daher die stete Gefahr der Verseuchung von Blutkonserven durch ahnungslose Blutspender); und bei Aids sind den Schreckensutopien praktisch keine Grenzen gesetzt. Laut einer mir in ihren Einzelheiten nicht bekannten New Yorker Untersuchung sind Aids-Patienten 36mal anfälliger für Selbstmord als die Durchschnittsbevölkerung. Erschwerend für den Aids-Kranken ist ferner die Art und Weise, wie das Virus das Denken der menschlichen Umwelt beeinflusst. Nicht selten führen auch hier die in bester Absicht getroffenen Maßnahmen nur zu einer Verlagerung und Komplizierung des Problems. Ein Musterbeispiel ist der am 1.1.1988 im amerikanischen Bundesstaat Illinois gesetzlich eingeführte Aids-Test vor Zu-

lassung zur Trauung. Von den bis November 1988 untersuchten 150.000 Personen waren aber nur 23 Aids-positiv. Bei einem Durchschnittspreis von 35 Dollar pro Test beliefen sich die Kosten des Auffindens dieser 23 Infizierten daher auf 228.000 Dollar. Nicht nur ist der Sinn solcher obligaten Untersuchungen schon deshalb fraglich, da es 113 verschiedene Erreger geben soll, sondern besonders weil Personen, die von ihrer Infektion wissen, oder eine solche auch nur befürchten, den Test zu umgehen versuchen werden. Tatsächlich soll es in der Berichtszeit in Illinois zu einem 25-prozentigen Rückgang von Trauscheingesuchen gekommen sein, da viele Leute eben ihre Ehen in anderen Bundesstaaten schlossen. Bisher scheint überhaupt praktisch jede behördliche Maßnahme, so wohlgemeint sie auch sei, die Kranken in den „Untergrund“ zu drängen, und damit zur Erschwerung des gesellschaftlichen Problems beizutragen. Doch ungleich wichtiger ist die sich anbahnende Dämonisierung der Krankheit im Denken der Allgemeinheit. Hier zeichnen sich bereits unleugbare Parallelen zu den mittelalterlichen Pestepidemien ab und dem Sündenbockdenken jener Zeiten. Die Pest, obwohl als Strafe Gottes aufgefasst, war trotzdem die Schuld der Vollstrecker dieses göttlichen Willens.

Dies führte zur Verdächtigung von Gesellschaftsgruppen, die in ihrer Fremdheit und Andersartigkeit ohnehin bereits stigmatisiert waren: vor allem die Juden, in Spanien besonders die Araber, in ganz Europa die Pilger und vor allem die Aussätzigen. In diesem Zusammenhang ist auf eine wichtige Unterscheidung zu verweisen, die Herr Pfarrer Klumpp anlässlich des vorigjährigen Aids-Kolloquium aufzeigte. Er sagte: „Wenn wir diese Krankheit und ihre Viren aber dämonisieren, fallen wir (...) in ein magisches Weltbild zurück (...). Die biblischen Schöpfungsgeschichten und Schöpfungspsalmen (ziehen nämlich) eine feine und klare Linie zwischen Schöpfer und Schöpfung. Alles, was uns in der Natur begegnet, ist zwar nach Gottes Willen geworden, es ist aber nicht göttlich, sondern geschöpflich.“ (Leibniz hätte vermutlich wohl auf seiner bangen Frage bestanden, ob Gott eine vollkommene Welt nicht schaffen *konnte* oder nicht schaffen *wollte* ...) Diese Verteufelungen beschränken sich keineswegs auf das Mittelalter. Wie Hilde Schmölder in ihrem Buch *Pest in Wien* beschreibt, kam es 1898 im bakteriologischen Institut des Wiener Allgemeinen Krankenhauses zu einem Pestausbruch. In der Sitzung des österreichischen Abgeordnetenhauses nahm der Ministerpräsident dann am 25. Oktober zu dem Vorfall Stellung. „Was

dieser maßvollen und klugen Rede dann folgte, waren wüste Entgleisungen vor allem von Seiten des Großdeutschen Gregor, dem es plötzlich gar nicht mehr so sehr um den Pestfall an sich, als vielmehr um eine Attacke gegen die Juden und die „Judenpresse“ ganz allgemein zu gehen schien, wofür ihm die traurigen Ereignisse lediglich einen willkommenen Anlaß boten.“

Ganz ähnlich die Reaktionen auf die Pestausbrüche in China; 1941 entstand der Verdacht der Anwendung bakteriologischer Waffen durch die Japaner, und 1952 die Annahme des Abwurfs pestverseuchter Flöhe oder Ratten durch die amerikanische Luftwaffe.

Bei Aids spielt dagegen die trotz aller moderner Aufgeklärtheit ewig ungelöste Problematik der Sexualität, vor allem der Homosexualität, diese Rolle. Noch mehr als früher bei der Syphilis ist es hier die Idee der Sündhaftigkeit und der durch sie ausgelösten Bestrafung. Von den Ho-

mosexuellen abgesehen sind es aber auch hier wiederum bestimmte ethnische Gruppen, vor allem die Haitianer in den USA; in Indien seit 1987 und in China seit Dezember 1988 dagegen die afrikanischen Studenten. Einem vermutlich unüberprüfbares Gerücht zufolge „soll das Einlenken Fidel Castros im Angola-Konflikt und seine damit verbundene Bereitschaft, die kubanischen Truppen von dort abzuziehen, wenigstens zum Teil durch die hohe Aids-Verseuchung seiner Soldaten und die damit verbundene Befürchtung eines „Genozids“ der kubanischen Bevölkerung bedingt gewesen sein.

Leider ist es viel leichter, aufzuzeigen, wie das Virus unser Denken infiziert, als umgekehrt praktische Wege dafür zu finden, wie die Wirklichkeit *erster* Ordnung von Aids durch Umdenken beeinflusst werden könnte. Angesichts der Irrationalität dieser Wechselwirkung zwischen Virus und Denken dürften rationale Lösungen schwer zu finden sein. Ein dürfti-

ger Hinweis: Wie immer in solchen Lagen wird es auch hier angezeigt sein, an das Problem in nur scheinbar negativer Form heranzugehen, das heißt, sich zu fragen: „Was muß *nicht* getan werden?“, statt: „Was müssen wir tun?“ Dieser für viele sogenannte „positive“ Denker unannehmbarer Ansatz hat seine Wirksamkeit in komplexen systemischen Problemsituationen bereits bewiesen. Jeder Versuch aber, unser Denken von der Beeinflussung durch das Virus zu befreien, wird an ein Phänomen stoßen, das noch vor wenigen Jahrzehnten unbekannt war und sich erst in unseren Tagen immer klarer abzeichnet: das Herannahen des Jahres 2000 und die damit verbundene Weltuntergangsstimmung. Je mehr es vor allem auf der internationalen Ebene zur Entspannung kommt und der Nuklearkrieg daher unwahrscheinlicher wird, desto mehr wird das „Unbehagen in der Kultur“ in der Aids-Epidemie eine überzeugende Rationalisierung finden. ●

Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland

Dreh- und Angelpunkt für Menschen mit psychischer Erkrankung

41

Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) sind im Rheinland seit über 30 Jahren fester Bestandteil des Versorgungssystems für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Das vom LVR im Jahr 1988 aufgelegte Programm zur Förderung von SPZ bildet die Basis einer bundesweit einmaligen wohnortnahen gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur. SPZ wurden als Motor der Gemeindepsychiatrie initiiert. Grundidee war, dass SPZ, ausgehend von einer Kontakt- und Beratungsstelle, durch eigene Angebote und/oder durch Vernetzung mit komplementären Diensten ein niederschwellig zugängliches, differenziertes Versorgungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schaffen. Im Laufe der Jahre haben die SPZ ihre Wirkkraft kontinuierlich ausbauen können. Über ihre Kernaufgabe hinaus sind sie zu multiprofessionellen, innovativen Zentren gewachsen, die ihre Arbeit sozialesleistungsträgerübergreifend organisieren und bedeutsame Impulse für die Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen geben. So nehmen beispielsweise 18 SPZ an Modellen der integrierten Versorgung nach §140 SGB V teil. Ein weiteres SPZ

wirkt an stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung (Stäb) mit. Stäb umfasst eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, fachärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams. Sechs SPZ sind Teil eines Modells der AOK Rheinland/Hamburg. Schwerpunkt dieses Projektes ist die Erprobung von Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege.

Im Rahmen des LVR-Aktionsplans Inklusion wurden drei geförderte Versorgungsmodelle an SPZ-Träger vergeben (Handlungsfeld „inklusive Weiterentwicklung ambulanter Strukturen/Anlaufstellen zur Beratung und/oder Tagesstrukturierung“). Beim Modellprojekt „Peer Counseling im Rheinland“, welches von 2014 bis 2018 durch den LVR durchgeführt wurde, waren zwei SPZ beteiligt. Die heute 71 existierenden SPZ haben sich - je nach kommunalen und finanziellen Gegebenheiten - heterogen entwickelt. Gemeinsam ist allen SPZ ein niederschwelliger Zugang und die Förderung durch den LVR. Der stets niederschwellige Zugang erfolgt über die Kontakt- und Beratungsstellen und ist voraussetzungslos, weil leistungsträgerunabhängig.

Beate Pinkert

Die Autorin ist Dipl.-Volkswirtin und Projektleiterin der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR)



Weiterentwicklungsprojekt „Die Zukunft gehört uns!“

Im Jahr 2018 wurde die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR) vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) damit beauftragt, ein 18-monatiges Projekt zur Erneuerung der Fördergrundsätze und -richtlinien unter veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen durchzuführen und SPZ weiterzuentwickeln.

Die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (vor allem S3-Leitlinie, gesetzliche Veränderungen im Rahmen des SGB V, UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und das Bundesteilhabegesetz (BTHG)), sollten in den Weiterentwicklungsprozess

einfließen. Zudem sollten die Entwicklungen und Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Peer-Support, interkulturelle Einflüsse und das Thema Genderneutralität in dem beauftragten Beteiligungsprozess als übergreifende Aufgaben mitgedacht werden. Die aus dem Projekt resultierenden Erkenntnisse wurden im Frühjahr 2020 von der Politik verabschiedet und finden nun ihren Niederschlag in den neuen Fördergrundsätzen und -leitlinien des LVR. An der Entwicklung der Empfehlungen im Rahmen des Projektes waren insgesamt 66 Personen (hierunter Fachkräfte, Betroffene, Angehörige, Experten aus dem In- und Ausland, Vertreter*innen von Wohlfahrtsverbänden) in Form von der Beteiligung an Workshops, Exkursionen und Fachgesprächen beteiligt. Wichtigstes Ergebnis des Prozesses ist die Erarbeitung des sog. SPZ-Zukunftsmodells.

Das SPZ Zukunftsmodell

Das Zukunftsmodell beschreibt einerseits auf neue Weise die schon etablierte Arbeitsweise von SPZ und setzt gleichzeitig einen Entwicklungsimpuls für ihre Weiterentwicklung. Entsprechend des personenzentrierten Ansatzes werden nicht mehr Angebote, sondern **Kernfunktionen und Kernaufgaben** beschrieben, die den Ratsuchenden in den Mittelpunkt stellen.

Kernfunktionen sind die Lotsenfunktion, mobile, multiprofessionelle Unterstützung/Behandlung und die Erschließung passgenauer Hilfen.

Zu den **Kernaufgaben** der SPZ gehören Beratung und Begleitung, Peer-Support,

Kontakt/Treff sowie Netzwerk und Sozialraumarbeit.

Die Kernaufgaben sind nicht an sozialrechtliche Zugangsvoraussetzungen gebunden. Die SPZ begleiten Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung und unterstützen deren soziales Umfeld/Angehörige. Im Folgenden werden diese wichtigen Aufgaben, die den grünen Kern in der Abbildung darstellen, näher erläutert.

- **Beratung und Begleitung** - Auf der Basis einer individuellen Bedarfsklärung (psychosoziale Diagnose) wird eine auf die jeweils individuellen Besonderheiten und Bedürfnisse des Einzelfalls abgestimmte Behandlungs- und Teilhabepflege mit der Klientin oder dem Klienten erstellt. Die Einbeziehung von Peer-Support zur individuellen Selbstklärung und -stärkung - Recovery und Empowerment - wird in diesem Beratungsprozess angeboten. Die Beratung umfasst auch die Begleitung; die Beratungsbeziehung wird durch die begleitende Person erst dann beendet, wenn eine personenzentrierte Integration der Hilfen (Komplexleistung) bereitgestellt werden kann und die Klientin oder der Klient dort „angekommen“ ist. Somit übernimmt die begleitende Person eine Lotsenfunktion.
- **Peer-Support** - unter dem Leitsatz „Wissen aus Erfahrung“ ist der Einsatz von Peers ein elementarer Bestandteil der SPZ-Arbeit. Laut einer AGpR-Umfrage arbeiten mehr als 50% der teilnehmenden Mitgliedsorganisationen mit Peer-Beraterinnen und Peer-Beratern zusammen.

Unter anderem bedingt durch das Weiterentwicklungsprojekt und die wachsende Bedeutsamkeit der Mitarbeit von Peer-Berater*innen in den SPZ hat der LVR eine Förderung von Peer-Berater*innen im Gesamtvolumen von 400.000€ verabschiedet. Die Förderung wurde auf alle SPZ verteilt, die einen entsprechenden Antrag gestellt hatten.

- **Kontakt/Treff** - SPZ stellen durch den Bereich „Kontakt“ niederschwellige Hilfen zur sozialen Teilhabe. So werden hier Hilfen ohne Bürokratie (keine Anträge, keine Kosten, keine Verpflichtungen zur Offenlegung wirtschaftlicher Verhältnisse, der Krankheitsgeschichte oder sonstiger persönlicher Daten) angeboten. Es wird ein Mindestmaß an sozialer Teilhabe durch das Vorhalten von Räumen und freizeitorientierten Gruppen, ein Ort der Selbstwirksamkeitserfahrung und der Zusammenkunft und des ins Gesprächkommens geschaffen. Zu den besonderen Aufgaben in diesem Bereich gehören auch die fallunspezifische Arbeit im Sozialraum (Wege finden und -bereiten) sowie die fallspezifische Arbeit im Sozialraum (Wegbegleiter*in). Diese inklusiven Strukturen im sozialen Umfeld zu identifizieren, zu fördern und den Zugang zu ermöglichen ist ein wichtiger Teil der SPZ-Arbeit.
- **Netzwerk- und Sozialraumarbeit** - Die Projekterfahrungen bestätigen, dass eine sozialräumliche und fallunspezifische, d. h., eine über den Einzelfall hinausgehende Arbeitsweise dazu beiträgt, dass sich Teilhabeoptionen für Klientinnen und Klienten eröffnen. Der damit verbundene Aufwand lässt sich allerdings i.d.R. nicht mit dem aktuellen zeitlichen Budget der SPZ-Mitarbeitenden vereinbaren und bedarf einer Lösung.

Integration von Hilfen relevanter Sozialgesetzbücher

Das im Projekt entwickelte Modell zeigt das Verständnis eines sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrums. Es ist Aufgabe der SPZ - und darauf bezieht sich der äußere Kreis des SPZ Zukunftsmodells - die Integration von unterschiedlichsten Hilfen der Sozialgesetzbücher zu ermöglichen. Dies wird entweder durch eigene Angebote oder eine möglichst verbindliche Vernetzung mit angrenzenden Fachbereichen realisiert. SPZ fungieren dadurch als sozialleistungsträgerübergreifende Zentren, die Hilfen möglichst „wie aus einer Hand“ vermitteln oder bereithalten.

Leistungs-Hauptgruppen sind dabei

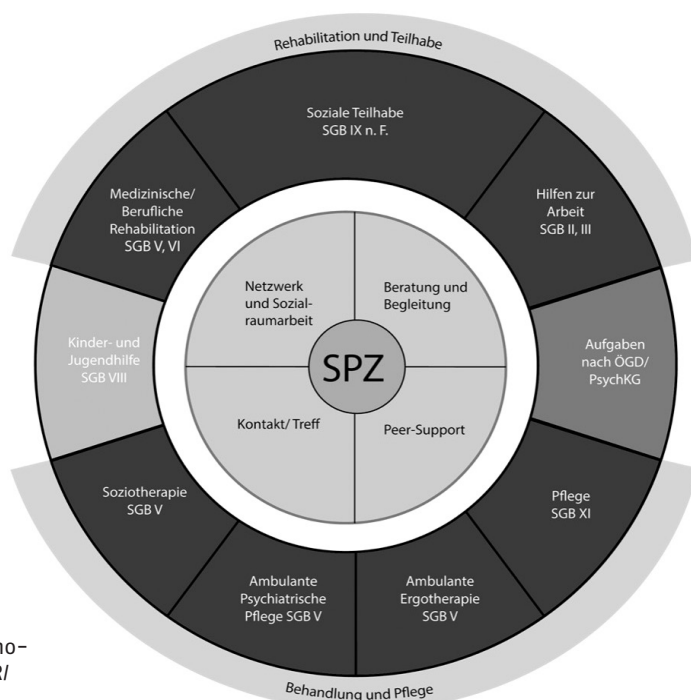


Abb 1: SPZ Zukunftsmodell (AGpR/LVR 2019)

- Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege und
- Leistungen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe.

Wurden SPZ in der Vergangenheit fast ausschließlich als Leistungserbringer im Bereich Eingliederungshilfe gesehen, so konnten sie in den vergangenen Jahren ihre Leistungsbereiche wesentlich ausbauen. Durch die Teilnahme einer Reihe von SPZ an Verträgen der Integrierten Versorgung sowie durch das BTHG und die Pflegestärkungsgesetze wurden besonders starke Impulse in Richtung des Aufbaus von Leistungen der Behandlung und Pflege gesetzt. Aber auch die Hilfen zur Teilhabe an Arbeit, Rehabilitation und weitere SGB V- und SGB VIII- Leistungen spielen eine immer größere Rolle.

Im Fall eines positiven Abschlusses der derzeitigen Verhandlungen zu einem Landesrahmenvertrag kann sich dieses Spektrum noch um das Angebot der Soziotherapie erweitern und weiter ausdifferenzieren. SPZ haben aber nicht den Anspruch, alles alleine zu können; dazu sind die örtlichen Gegebenheiten und die Ressourcen der einzelnen SPZ zu heterogen. Vielmehr gilt es, zu allen Akteuren auf dem Gebiet der Gemeindepsychiatrie Kooperationsbeziehungen aufzubauen, die nicht nur allgemein eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, sondern möglichst verbindliche, fallbezogene Kooperationen ermöglichen. Unterstützungssysteme und Bindungsstrukturen im Sozialraum sollen aktiviert und soziale Netzwerke mobilisiert werden. Diese wichtige Aufgabe benötigt aber eigene Ressourcen und Kompetenzen.

Recovery als Grundprinzip der Arbeit von SPZ

Inhalt des Projektes war es auch, Grundprinzipien und -haltungen der SPZ zu identifizieren und zu schärfen. Ein besonderer Fokus wird auf das Prinzip Recovery gelegt.

Unter dem Begriff „Recovery“ hat sich ein neues Behandlungskonzept durchgesetzt, das Gesundheit für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens mit der eigenen Vulnerabilität auch bei sogenannten „chronifizierten“ Patientinnen und Patienten nicht aus den Augen verliert.

SPZ wollen ihre Klientinnen und Klienten darin unterstützen, mit Hoffnung und Optimismus nach vorne zu schauen, für die eigenen Interessen einzustehen, eigene Lösungen zu entwickeln, ihre Belange

selbst in die Hand zu nehmen und für ihr Tun (wieder) persönliche Verantwortung und die Kontrolle über das eigene Leben zu übernehmen. Für die Umsetzung dieses Grundprinzips ist der Einsatz von Peer-Support unverzichtbar, weil Peers über das eigene Beispiel in einzigartiger Weise Impulse für Genesungsprozesse geben können. Dabei wirken SPZ darauf hin, sogenannte Peer-Beraterinnen und Peer-Berater zu qualifizieren.

Weitere einrichtungsbezogene Instrumente

Neben Recovery wurden weitere Instrumente herausgearbeitet, die Relevanz beim Abbau von Teilhabebarrrieren - besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/oder ausgeprägt problematischen Lebenslagen - haben:

- Das Care-Management als Prinzip des aufsuchenden Kontaktes für spezielle Zielgruppen (insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, aber auch andere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge).
- Das Netzwerkmanagement, welches sich SPZ-intern und durch Pflege der Netzwerkbeziehungen darum kümmert, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von speziellen Zielgruppen erfüllt werden. Idealerweise handelt es sich bei den Netzwerkexpertinnen und Netzwerkern gleichzeitig um Sozialraumexpertinnen und Sozialraumexperten.

Qualitätskriterien und -prüfung

Mit dem Instrument der Visitationen wird die Qualität von SPZ durch eine freiwillige Kontrolle auf Augenhöhe überprüft. Teams aus Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen

und SPZ-Fachkräften besuchen jeweils ein SPZ und erleben an dem Besuchstag das SPZ, seine Mitarbeitenden und Klientinnen und Klienten. An diesem Qualitätstool soll auch künftig festgehalten werden, da es zum einen allseits sehr geschätzt wird und andererseits die Arbeit der SPZ für alle Beteiligten transparent macht und kontinuierliche Verbesserungsprozesse unterstützt. In der Fortsetzung des weiterhin partizipativen Projekts „Die Zukunft gehört uns“, welches in diesem Jahr durch die AGpR durchgeführt wird, sollen auch die Qualitätskriterien angepasst werden, damit auch die neuen Kernaufgaben einer regelmäßigen Prüfung unterzogen werden können. Die ersten Workshops haben bereits stattgefunden. Weitere Arbeitsgruppen und Expertengespräche werden sich anschließen.

Bedeutung und Wirksamkeit der SPZ unter Pandemiebedingungen – eine Umfrage der AGpR

Bedingt durch die Corona-Pandemie, haben SPZ wie wahrscheinlich alle anderen Anbieter von Leistungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ihre Flexibilität und Innovationskraft seit Beginn des letzten Jahres erneut unter Beweis gestellt. Möglich gemacht wurde dies u.a. durch die finanzielle Unterstützung des LVR. Hierdurch konnten erfolgreich viele Alternativenangebote umgesetzt werden.

Der Phantasie waren dabei nahezu keine Grenzen gesetzt: Von Essensausgaben und -lieferungen über die sog. „Besuche am Fenster“, ausgiebige Spaziergänge und diverse Bewegungsangebote an der frischen Luft, unzählige (Video)Telefonate und online-Treffen sowie viele weitere Angebote ist es den SPZ gelungen, den Kontakt zu ihren Klientinnen und Klienten aufrecht zu erhalten. Laut einer im Dezember 2020/

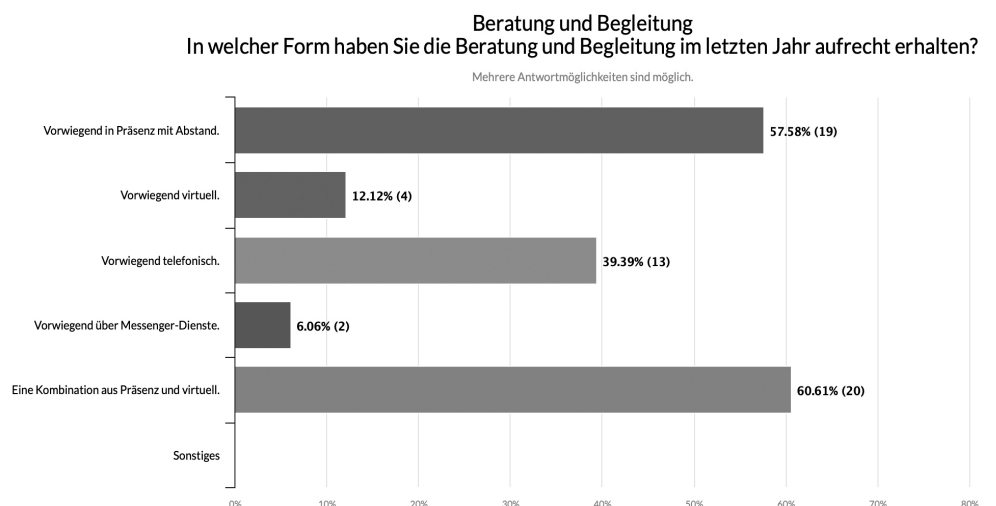


Abb. 2: Umfrage der Mitgliedsorganisationen der AGpR über Easy-Feedback 12/20–01/21

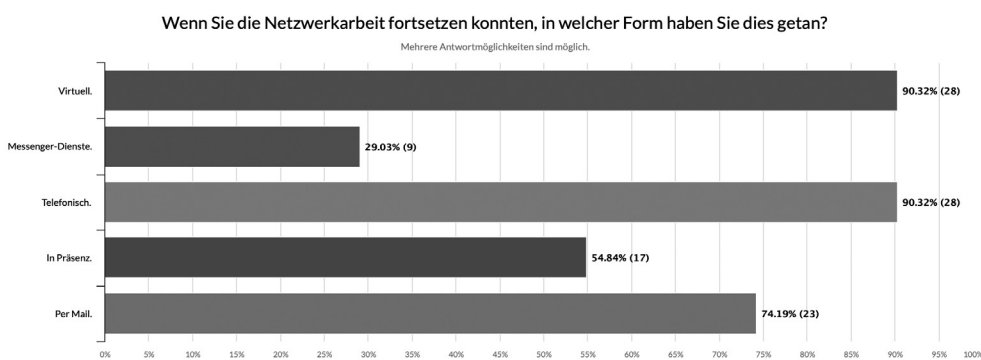


Abb. 3: Umfrage der Mitgliedsorganisationen der AGpR über Easy-Feedback 12/20-01/21

Januar 2021 durchgeführten Umfrage unter den Mitgliedern der AGpR gaben 52% der Befragten an, dass sie den Kontakt zur überwiegenden Anzahl ihrer Klientinnen und Klienten halten konnten.

61% der befragten AGpR-Mitglieder boten eine Kombination aus Präsenz und virtueller Beratung/Begleitung an. Diese Angebote wurden laut der Umfrage gut angenommen. Auch die Arbeit mit Peer-Berater*innen konnte erfreulicherweise weiter fortgesetzt werden, wenn auch keine neuen Stellen geschaffen wurden. Virtuelle Angebote, die für die Klientel geschaffen wurden, konnten

die Kontakt/Treffs allerdings nicht ersetzen. Ursächlich hierfür war die oftmals fehlende technische Ausstattung oder fehlendes Geld für den Kauf von Smartphone-Guthaben bei Klientinnen und Klienten. Trotz aller Flexibilität gaben 45% der befragten Mitgliedsorganisationen an, dass sie weniger Klientinnen und Klienten in dem Pandemiejahr aufgenommen haben. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Die Attraktivität und Einschränkung der alternativen Angebote, Angst vor persönlichem Kontakt und der weitere Rückzug in die eigenen vier Wände wurden an dieser Stelle

benannt. Trotz allem haben 93% der befragten Organisationen tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten, die grundsätzlich Anklang fanden und wesentlich zum wichtigen Strukturert halt beigetragen haben. Weiterhin hat die Umfrage ergeben, dass auch professionelle Netzwerke zu einem überwiegenden Teil virtuell oder telefonisch erhalten werden konnten, wohingegen die Kontakte im Sozialraum (z.B. zu Nachbarn) gelitten haben. In 16% der Fälle gehen teilnehmende Organisationen von einem nachhaltigen Verlust dieser Kontakte aus.

Die AGpR – Arbeitsgrundlage und -weise

Die AGpR wurde 1988 als Zusammenschluss und gemeinsame Interessenvertretung der Anbieter*innen gemeindepsychiatrischer Dienste im Rheinland gegründet. Ging es damals vorwiegend um den Abbau von Langzeitbereichen in den psychiatrischen Kliniken und die Integration und Wiederbeheimatung psychisch kranker Menschen, so sind die Themen heute Inklusion, passgenaue und individuelle Hilfeplanung, Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Nutzer*innen, Sozialraumorientierung sowie sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle. Die stets wachsende Anzahl an Mitgliedsorganisationen zeigt die Wichtigkeit und Relevanz der dialogischen Arbeit der AGpR. Die inzwischen über 90 Mitgliedsorganisationen der AGpR decken dabei das komplette Feld der Gemeindepsychiatrie ab.



Zwang vermeiden ist möglich

Perspektiven für die psychiatrische Versorgung

Von Matthias Rosemann

Ein Projekt zur Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem zeigt auf, welche Möglichkeiten bestehen, in regional gebildeten Arbeitsgruppen Strukturen im Versorgungssystem zu verändern. Kern ist die Zusammenführung verschiedener Perspektiven, sowohl bei der Planung regionaler Strategien, wie auch bei der Vermeidung von Zwang im individuellen Einzelfall.

Angestoßen durch einige Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zu Fragen der Zwangsbehandlung ist in den zurückliegenden 10 Jahren die Debatte um die Berechtigung und den Sinn von Zwangsmaßnahmen aller Art im psychiatrischen Hilfesystem lauter geworden. In dieser Debatte wurden Widersprüche erkennbar: Während die Rechtsprechung und in deren Folge die Gesetzgeber die Anwendung von Zwang und unmittelbarer Gewalt immer mehr einschränkten und

unter Vorbehalten und Bedingungen stellten, wurde in der Fachöffentlichkeit beispielsweise der Ruf nach mehr geschlossenen Einrichtungen immer lauter (so z.B. auf Fachtagungen des CBP-Fachbeirates Psychiatrie 2014/2015) und die Einrichtungen, die Unterbringungen nach § 1906 BGB anbieten, stellten häufigere Anfragen und wachsende Wartelisten fest. Demgegenüber formulierten Psychiatrie-Erfahrene immer lauter ihre teils schwer traumatisierenden Erfahrungen in der Psychiatrie durch das Erleben von Zwang und



Matthias Rosemann
Geschäftsführer Träger ggmbH in Berlin-Reinickendorf, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände

wenig Hilfe. Aus der UN-Behindertenrechtskonvention wurde die Forderung abgeleitet, die Anwendung von jeder Form von Zwang grundsätzlich zu unterbinden.

In diese Zeit entstanden gleichzeitig verschiedene Initiativen. In der DGPPN wurde an der Erarbeitung einer S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ gearbeitet. Der Deutsche Ethikrat führte verschiedene Anhörungen zur Anwendung von „wohltätigem Zwang“ durch und

publizierte 2018 dazu eine ausführliche Stellungnahme. Das Deutsche Institut für Menschenrechte setzte sich im Jahresbericht für die Jahre 2017 und 2018 ausführlich mit der Anwendung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem auseinander.

In dieser Zeit wurden auch zwei Projekte durchgeführt, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden. „Das Projekt „Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“ des Zentrums für Psychiatrie Südwestfalen zielt auf eine Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem. Ziel des Projektes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindep psychiatrischer Verbände e. V. ist es, Instrumente zu entwickeln, die zu einer Vermeidung von Zwang und Gewalt im psychiatrischen Hilfesystem beitragen können. Das letztgenannte Projekt ist auch als Maßnahme im Nationalen Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention gelistet“ (Bundestagsdrucksache 18/11619 vom 22.03.2017, Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen).

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte sich also zum Ziel gesetzt, die Anwendung von Zwang systematisch in verschiedenen Teilprojekten zu erforschen und Erkenntnisse und Empfehlungen über die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zu erhalten. Das Projekt ZVP der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindep psychiatrischer Verbände (BAG GPV) war ein Kooperationsprojekt mit der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der Universität Hamburg (Uni HH). Es setzte sich aus insgesamt sieben verschiedenen, selbstständig durchgeführten Teilprojekten zusammen. Das Gesamtprojekt wurde von einer Steuerungsgruppe begleitet, die viele unterschiedliche Akteure zusammenführt. Die Perspektive von Menschen mit persönlicher Psychiatrieerfahrung wurde durchgängig vertreten.

Einige gemeinsame Ergebnisse

Aus der gemeinsamen Betrachtung der Ergebnisse der Teilprojekte wurden insgesamt 38 Empfehlungen entwickelt. Diese Empfehlungen gliedern sich in die Abschnitte „Grundsatz von Haltung“ mit grundsätzlichen Anforderungen an das Hilfesystem, „Einsatz von Peers (Genesungsbegleitern)“, „Behandlungsvereinbarung“, „Nachbesprechung“, „Aus- und Fortbildung“, „Gestaltung des therapeutischen Milieus“, „zwangsvermeidende räumliche Gestaltung“ und „missbräuchlicher, informeller Zwang“. Dem schließen sich umfangreiche rechtliche Empfehlungen zur Frage der Dokumentation, Datenerhebung und Meldepflichten zu Zwangsmaßnahmen sowie zu den Handlungsmöglichkeiten des Bundes und der Länder im Rahmen von

Es konnte im Projektverlauf gezeigt werden, dass strukturierte Nachbesprechungen geeignet sind, das Maß der Anwendung von Zwang zu mindern und zu einer Bewältigung des traumatischen Erlebens beizutragen.

Gesetzgebungsverfahren sowie der Kostenträger im Rahmen der Bestimmung von Qualitätsanforderungen gegenüber den Leistungserbringern mit dem Ziel der Zwangsvermeidung an. Die gesetzgeberischen Empfehlungen beziehen sich sowohl auf Bundesgesetze wie das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) mit den Normen zu den Patientenrechten und zum Betreuungsrecht, als auch auf verfahrensrechtliche Vorschriften (FamFG), die sowohl die Verfahren im Betreuungsrecht als auch in den Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen der Länder regeln. Auch das Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung) und das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz werden angesprochen. Weitere Empfehlungen richten sich an die Länder und ihre Gestaltungsmöglichkeiten als Gesetzgeber für die Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetze, die Krankenhausgesetze und die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Länder werden aber auch als Beteiligte in den Landesrahmenverträgen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege angesprochen, da sich im Projektverlauf gezeigt hat, dass auch die Kostenträger eine steuernde und kontrollierende Funktion bei freiheitsentziehenden Unterbringungen wahrnehmen können. In einer überblicksartigen Zusammenfassung des Projektberichts zu den

fachlichen Empfehlungen kann zwischen regionalen und institutionellen Handlungsmöglichkeiten unterschieden werden.

Im Rahmen *institutioneller* Handlungsmöglichkeiten konnte im Projektverlauf gezeigt werden, dass:

- strukturierte Nachbesprechungen geeignet sind, das Maß der Anwendung von Zwang zu mindern und zu einer Bewältigung des traumatischen Erlebens bei den betroffenen Personen beizutragen (Charité Berlin),
- der Einsatz von Expertinnen und Experten aus eigener persönlicher Erfahrung („Peers“) zur Minderung von Zwangsmaßnahmen beitragen kann (Uni HH und UKE),
- die Wahrnehmung des Einsatzes von mildereren Mitteln zur Vermeidung von Zwang bei den betroffenen Menschen und den Anwendenden von Zwang sehr unterschiedlich ist und es daher erforderlich ist, darüber einen kommunikativen Austausch herzustellen (Uni HH und UKE),
- Fortbildungen inkl. Perspektivwechsel notwendig und die dafür neu erstellten Materialien dabei hilfreich sind (UKE, aber auch andere Projekte),
- der Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, sowohl in Institutionen als auch über Institutionsgrenzen hinweg, geeignet ist, Vertrauen zu bilden und damit Zwang zu reduzieren (UKE),
- die Beratung in personenbezogenen Konferenzen geeignet ist, Alternativen zu beabsichtigten Zwangsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen (BAG GPV und APK).

Insbesondere der letzte Aspekt, die Beratung in personenbezogenen Konferenzen war ein zentrales Ergebnis des gemeinsamen Teilprojektes von BAG GPV und APK, das *regionale* Handlungsmöglichkeiten auslotete. In diesem Teilprojekt wurden Erfahrungen aus regionaler Perspektiven zusammengetragen, die sich bewusst von den eher institutionszentrierten Studien der anderen Projektpartnern unterschieden. Denn die zentrale Praxiserfahrung ist die, dass die Anwendung von Zwang und Gewalt sehr häufig eine Vorgeschichte hat und sich gerade nicht völlig unerwartet ereignet. Bis ein Mensch gegen seinen Willen in einem Krankenhaus oder einer besonderen Wohnform untergebracht wird, kommen in der

Regel viele Faktoren zusammen. Diesen Faktoren auf die Spur zu kommen und mögliche Strategien zu Gegenmaßnahmen zu entwickeln, waren die Anliegen in verschiedenen Regionen, die sich an dem Teilprojekt der BAG GPV und der APK beteiligten. Die Grundstruktur in allen Regionen war, dass sich regionale Arbeitsgruppen formierten, die nach Betrachtung ihrer aktuellen Situation bestimmte Teilaspekte definierten, an denen sie ansetzen wollten. So ergaben sich in verschiedenen Regionen sehr unterschiedliche Zielsetzungen, die in gemeinsamen Regionentreffen ausgetauscht und auf gemeinsame Merkmale untersucht wurden. Um einige Beispiele zu nennen: Die Region Ennepe-Ruhr-Kreis setzte sich mit der Frage auseinander, wie eine Behandlungsvereinbarung so

gestaltet werden kann, dass sie sich nicht nur auf einen Klinik-Aufenthalt, sondern auf das gesamte Behandlungs- und Betreuungsumfeld bezieht. In den Regionen Stuttgart, Mayen-Koblenz, Main-Kinzig-Kreis und Berlin

wurde die Frage der Unterbringung in geschlossenen Heimen betrachtet. Im Kreis Solingen stellte sich die Frage, ob der Krisendienst nicht zur Vermeidung von Unterbringungen nach dem PsychKG genutzt werden könnte. In den Kreisen Mönchengladbach und Viersen wurden verschiedene Aspekte untersucht, u.a. auch die Unterbringung von Menschen nach PsychKG und BGB, aber auch weitere Initiativen zur Vermeidung von Zwang gestartet. Die Klinik in Viersen beschloss im Laufe des Projektes, die Vermeidung von Zwang zum zentralen und primären Anliegen für die kommenden Jahre zu machen. Im Kreis Saalfeld-Rudolstadt war die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes besonders bemerkenswert.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig, sondern soll nur die verschiedenen Teilaspekte illustrieren. Auch die eingesetzten Methoden waren unterschiedlich. Es wurden z.B. Versuche unternommen, retrospektiv zu analysieren, welche Bedingungen eine Unterbringung hätten vermeiden können. An anderen Orten wurden Interviews mit Menschen geführt, die freiheitsentziehende Unterbringungen erlebten, um deren Perspektive auf ihren Freiheitsentzug verstehen zu können. Die Bildung von Gremien, die

fallbezogene Beratungen durchführten, um Unterbringungen zu vermeiden, war auch ein mehrfach genutztes Instrument. Gemeinsam und einheitlich war in allen Fällen die Bildung einer Arbeitsgruppe in der Region, die sich aus Vertretenden verschiedener Einrichtungen und Dienste zusammensetzte.

Ergebnisse aus regionaler Perspektive

1. Regionale Konferenz-, Beratungs- oder Konsultationsstrukturen, in denen die Situation von Menschen beraten wird, für die ein Beschluss einer freiheitsentziehenden Unterbringung vorbereitet oder geplant wird (personenbezogene Konferenzen), erwiesen sich in

Die Qualität solcher Beratungen ist von einer Moderation abhängig, um eine Erörterung zu gewährleisten, die auf gegenseitiger Augenhöhe, ohne Anmaßungen und ohne versteckte Vorwürfe stattfindet.

verschiedenen Regionen als wesentliche Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Die Erfahrungen lehren, dass es dazu notwendig ist, in diesen Beratungen unterschiedliche Sichtweisen zusammenzuführen. Beratungen wurden sowohl in aktuellen Situationen durchgeführt, als auch in rückwirkender Betrachtung.

2. Die Qualität solcher personenbezogenen Beratungen ist von einer sorgfältigen Moderation abhängig, um eine Erörterung zu gewährleisten, die auf gegenseitiger Augenhöhe, ohne Anmaßungen von besonderem Wissen und ohne offene oder versteckte Vorwürfe stattfindet. Die Erörterung von Zwangsmaßnahmen bzw. deren Vermeidung geht bei manchen Beteiligten mit erheblichen Affekten einher. Sie ist geeignet, sich gegenseitig Schuld zuzuweisen oder anderen Akteuren mangelnde Kompetenz zu unterstellen. Auch unterschiedliche Einstellungen gegenüber Sinn, Ziel und Wirkung von Zwangsmaßnahmen kommen zum Tragen. Eine offene, aggressionsfreie Erörterungskultur ist daher notwendig, um auch unkonventionelle Ergebnisse zu erarbeiten.

3. Die Anforderung an die Zusammensetzung und die sorgfältige Moderation gelten auch für eine regionale Arbeitsgruppe. Sie muss alle wesentlichen Einrichtungen und Dienste in der Region erreichen und sich als ein Ort verstehen, Zwangsmaßnahmen aller Art zu erfassen, zu reflektieren und Ziele sowie

geeignete Maßnahmen zu entwickeln, um Alternativen zu Zwang zu schaffen. Es gab auch die Erfahrung, dass Projektgruppen an den Konflikten zwischen verschiedenen Akteuren aufgrund unterschiedlicher Haltungen zur Frage der Anwendung von Zwangsmaßnahmen scheiterten.

4. Zur Unterstützung der Arbeit in regionalen Projektgruppen haben die BAG GPV und die APK mit den Regionen ein Monitoringsystem als Arbeitshilfe für regionale Entwicklungsschritte erarbeitet.

5. Unkonventionelle Lösungen für einzelne Menschen sind manchmal geeignete Wege, um eine Situation zu entspannen und neue Perspektiven zu eröffnen. Manchmal muss für Menschen mit besonders herausfordernder Lebensgestaltung oder spezifischem Eigensinn ein besonders sozialverträgliches Umfeld gefunden werden. Solche Lösungen erfordern aber die Bereitschaft der beteiligten Akteure, solche Lösungen auch umzusetzen, ggf. als eine Initiative mehrerer verschiedener Leistungserbringer gleichzeitig. Dazu ist auch die Bereitschaft der Kostenträger zu zählen, unkonventionelle Wege abseits der geübten Strukturen im Einzelfall mit zu tragen und zu finanzieren.

6. Regionale Hilfeplankonferenzen sind ein bewährter Ort für die regionale Steuerung. Sie haben sich ganz besonders bewährt, um Transparenz über das Leistungsgeschehen herzustellen, auch und gerade im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Unterbringungen in Heimen. Es hat sich gezeigt, dass die Regionen, die auch die Unterbringungen mit Freiheitsentzug in Heimen über die Hilfeplankonferenz steuern, einen guten Überblick über die Belegungssituation haben und daher Bedarfe und notwendige Strukturen auch tatsächlich erörtern können.

7. Immer wieder hat sich gezeigt, dass Leistungen verschiedener Leistungsträger (insbesondere der Leistungen zur Sozialen Teilhabe) in hoher Unterstützungsintensität in ambulanter, möglichst aufsuchender Form zugänglich sein müssen. Nicht in allen Regionen waren diese Leistungen bereits vorhanden. Manchmal werden Einrichtungen, die freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, mit einem besseren Personalschlüssel ausgestattet, als andere. Leistungserbrin-

ger müssen willens und in der Lage sein, solche Hilfen auch ohne Unterbringung zur Verfügung zu stellen. Die Träger der Eingliederungshilfe müssen diese Leistungen auch finanzieren. Mit dem neuen Sozialgesetzbuch IX ist ein individueller Rechtsanspruch auf bedarfsdeckende Leistungen zur sozialen Teilhabe entstanden, der sich von den vorhandenen Angeboten löst. Diese Ansprüche müssen nun in die Tat, d.h. in entsprechende Leistungen umgesetzt und ggf. durchgesetzt werden.

8. Medizinische Behandlungsangebote müssen so kreativ ausgestaltet werden, dass sie auch Menschen erreichen, die eher reserviert oder ablehnend sind. Sie sollen auch behandlungsskeptische Zielgruppen erreichen.

Mit der neuen stationsäquivalenten Behandlung steht hier grundsätzlich ein weiteres Instrument zur Verfügung, das möglichst schnell in allen Regionen verfügbar sein sollte. Aber auch über intensiviertere ambulante Behandlung könnten Menschen in besonders prekären Lebenssituationen erreicht werden. Es haben sich im Projektverlauf auch andere Behandlungsformen entwickelt.

9. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass es hilfreich ist, wenn alle Anbieter im regionalen psychiatrischen Hilfesystem vereinbart haben oder verpflichtet wurden, gemeinsam eine regionale Versorgungsverpflichtung sicherzustellen. Wenn die Gewährleistung, dass kein Mensch wegen Art oder Schwere der Erkrankung ohne Hilfe bleibt, nur von einzelnen Akteuren (z.B. Kliniken) getragen wird, entstehen Lücken in der Versorgung. Notwendig ist ein regionales Bewusstsein, dass diese Gewährleistung eine gemeinsame Aufgabe aller wesentlichen Akteure ist, die Hilfen für psychisch erkrankte Bürgerinnen und Bürger vorhalten.

10. „Verlegungen“ in heimatferne Regionen sollen ebenso vermieden werden wie die Aufnahme von Menschen aus entfernten Regionen durch entsprechende Leistungsanbieter. Rückführungen in die Heimatregionen sind, sofern von der betroffenen Person gewünscht, rechtzeitig und sorgfältig in die Wege zu leiten.

11. In einigen Regionen haben sich auch

„Verlegungen“ in heimatferne Regionen sollen ebenso vermieden werden wie die Aufnahme von Menschen aus entfernten Regionen durch entsprechende Leistungsanbieter.

Besprechungen mit anderen Diensten mit hoheitlichen Aufgaben (z.B. Ordnungsamt, Polizei, Feuerwehr) bewährt. Dabei geht es nicht nur um die Frage, wie Unterbringungen oder andere freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden werden können, sondern auch um die Gestaltung dieser Unterbringungen. Nicht nur die Tatsache, dass Zwang angewendet wird, sondern auch die Art, wie mit den betroffenen Menschen umgegangen wird, ist für das Ausmaß der Traumatisierung dieser Menschen wichtig.

Diese Darstellung der Erfahrungen ist weder abschließend noch vollständig. Es ergaben sich vielfältige weitere Aspekte. Die Erfahrungen zeigen aber, dass schon heute viel möglich ist, wenn das

von den Beteiligten gewollt wird. Dennoch bleibt es eine Aufgabe, auch durch Änderungen in der Gesetzgebung, bei den Kostenträgern und im gerichtlichen Verfahren Wege zu einer Vermeidung von Zwang zu stärken. ●

Berichte und Stellungnahme

Der Gesamtbericht (Umfang 415 Seiten) mit allen Teilprojektberichten ist eingestellt unter folgender Adresse: <https://www.bag-gpv.de/projekte/projekt-vermeidung-von-zwangsmassnahmen-im-psychiatrischen-hilfesystem/>

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates ist publiziert unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>

Der Bericht des Deutschen Instituts für Menschenrechte ist zu finden unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/entwicklung-der-menschenrechtssituation-in-deutschland-juli-2017-juni-2018/>

Die S-3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ ist zu finden unter dem Link: <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>

Literatur

Neue Caritas CBP-Spezial, Geschlossene Unterbringung. Beiträge zu einer schwierigen, aber notwendigen Debatte, November 2015

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), 30 Euro inklusive ePaper, Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie 

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe **BeB**



TERMINE

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2021-2023
22. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation
01.12.2021 - 17.06.2023, Stuttgart

Umsetzung des Bundesteilhabegesetz in Behindertenhilfe u. Sozialpsychiatrie – Weiterbildung f. (angeh.) Führungskräfte
09.02.2022 - 06.05.2023, Berlin

Fortbildungen:

Recht auf Risiko?! Selbstschädigendes Verhalten von Klient*innen i. d. Assistenz
30.-31.08.2021, Berlin

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege gestalten
04.-07.10.2021, Online

Selbstmanagement mit dem Zürcher Ressourcen Modell®. Zertifizierter ZRM®-Grundkurs
05.-07.10.2021, Berlin

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen. Haltungen – Gesprächsführung – Handwerkszeug
08.-10.11.2021, Korntal

Keine Krise mit der Krise – Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen
18.-19.11.2021, Berlin

Aus Schattenseiten Stärken gewinnen. ZRM® Aufbaukurs I
29.11.-01.12.2021, Berlin

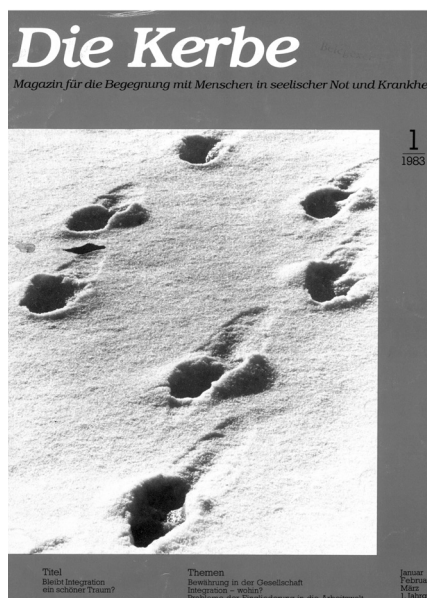
Implementierung von Peerarbeit in Organisationen und Teams der Sozialpsychiatrie
30.11.-01.12.2021, Hamburg

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen
21.-22.03.2022, Filderstadt

Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Tel. 030-488 37 488, www.ba-kd.de

Die Kerbe als ePaper

Die Kerbe gibt es auch als ePaper im Layout der Zeitung. Der Zugriff erfolgt per Browser mit dem Computer, Laptop oder Tablet auf der Homepage. Die elektronische Kerbe kann auch über eine App für iPhones und Android-Smartphones aufgerufen werden. Bezieher der gedruckten Ausgabe erhalten das ePaper für einen Euro Aufpreis. <https://epaper.kerbe.info>



Die Erstausgabe der Kerbe

**Kerbe-Jubiläum 2022
Schreiben Sie uns!**

Im nächsten Jahr feiert die Kerbe ihren 40. Jahrgang. Grund genug ein wenig zurückzublicken und auch die Leserinnen und Leser zu Wort kommen zu lassen. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Gibt es etwas Besonderes, das Sie in Erinnerung behalten haben? Ein Artikel, der Sie berührt, gefreut oder vielleicht auch aufgeregt hat? Schreiben Sie uns ein paar kurze Worte, gerne ganz persönlich und geben Sie Name, Wohnort und ggf. Funktion an. Zuschriften bis 31. Oktober 2021 an: andreas.steidel@kerbe.info

WAS MACHT UNS STARK?
MUTIGE WEGE AUS DER KRISE

Jahrestagung der DGSP
11.-13. Nov. 2021
Bremen & online

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de