

Weil der Mensch ein Mensch ist

Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie in NRW



**Dokumentation des Kongresses
vom 18. März 2004**

Impressum:

Bündnis 90 / Die Grünen
Fraktion im Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40225 Düsseldorf
Fon: 0211/884-

zuständige Abgeordnete

Barbara Steffens MdL
Tel: 0211/884- 2963
barbara.steffens@landtag.nrw.de

Redaktion und Zusammenstellung

Harald Wölter
Tel: 0211/884- 2878
harald.woelter@landtag.nrw.de

Koordination Veranstaltung und Dialog

Maria Klein Schmeink
Tel: 0211/884- 2591
maria.klein-schmeink@landtag.nrw.de

Dezember 2007

Inhalt

| | | |
|--|----|----|
| Vorwort | 5 | |
| <i>Barbara Steffens, Harald Wölter</i> | | |
| Grußwort | 7 | |
| <i>Sylvia Löhrmann MdL, Fraktionsvorsitzende</i> | | |
| I. Impulse | | |
| 1.1. Eine andere Sicht von seelischer Störung – naturwissenschaftliche Überlegungen zur (Selbst-) Heilung | 9 | |
| <i>Kalle Pehl, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)</i> | | |
| 1.2. Umgang mit und Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie | 14 | |
| <i>Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)</i> | | |
| 1.3 Weil die Menschen verschieden sind... Dem Eigensinn Zeit und Raum geben | 18 | |
| <i>Susanne Heim, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)</i> | | |
| 2. Menschenbild und Haltungen - Anforderungen Psychiatrie-Erfahrener an die Hilfestellung (abstract) | | 20 |
| <i>Sibylle Prins, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)</i> | | |
| 3.1. Ansätze für eine personensorientierte Krisenbegleitung | 21 | |
| <i>Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke (APK)</i> | | |
| 3.2. Ansätze für eine personensorientierte Krisenbegleitung | 22 | |
| <i>Dr. Joachim Brandenburg, Psychose-Netzwerk Köln & Umgebung im BPE</i> | | |
| II. Foren zu spezifischen Themen der Gemeindepsychiatrie | | |
| Forum 1: Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen | | |
| Innovative milieuthapeutische Projekte für akut psychotische Menschen | 27 | |
| Kurzbericht Forum 1 | 28 | |
| Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen | 29 | |
| Begleitung höchstpersönlich - Milieuthapie für akut psychotische Menschen (Referatstichworte) | 30 | |
| „Eine Krise ist ein produktiver Zustand, man muss ihm nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen“ (Max Frisch) | 33 | |
| Handlungsempfehlungen Forum 1 | 35 | |
| Forum 2: Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln | | 36 |
| Kurzbericht Forum 2 | 37 | |
| Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln | 38 | |
| Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her denken! | 41 | |
| Handlungsempfehlungen Forum 2 | 44 | |
| Forum 3: Verbindliche und verantwortliche Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in allen Fragen der Planung, bei Gesetzesnovellierungen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Forschung und Qualitätsentwicklung | | 45 |
| Kurzbericht Forum 3 | 46 | |
| Qualitätsanforderungen aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen | 47 | |

| | |
|---|------------|
| „Haltung und Professionalität auf dem Weg zu einer dialogischen Kommunikationskultur“ Oder: Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen! | 50 |
| Handlungsempfehlungen Forum 3: | 53 |
| Forum 4: Den Vorrang von ambulant vor stationär und Alternativen in der Akutversorgung sicherstellen: Stand der Krisennotdienste und deren Finanzierung durch die Kostenträger | 54 |
| Die Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet stellt sich und ihre Arbeit vor | 56 |
| Handlungsempfehlungen Forum 4: | 58 |
| Betreutes Arbeiten statt Betreutes Wohnen? | 59 |
| Forum 5: Arbeit und Stabilisierung - Wir brauchen einen subventionierten Arbeitsmarkt | 59 |
| Kurzbericht Forum 5 | 60 |
| Thesepapier Arbeit und Wohnen | 62 |
| Impulsreferate (Kurzdarstellung): | 63 |
| Handlungsempfehlungen Forum 5: | 64 |
| Forum 6: Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbständigen normalen Lebensführung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung umsetzen- zum Stand der Umsetzung in den verschiedenen Bundesländern | 65 |
| Kurzbericht Forum 6: | 66 |
| Thesen – Behandlungspflege und Soziotherapie | 67 |
| Soziotherapie als Brücke zur selbständigen normalen Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung | 68 |
| Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbständigen normalen Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung – zum Stand der Umsetzung in den verschiedenen Bundesländern.. | 74 |
| Handlungsempfehlungen Forum 6: | 76 |
| Forum 7: Öffnung der Hilfestrukturen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige mit Migrationshintergrund | 77 |
| Kurzbericht Forum 7 | 78 |
| Öffnung und Ausrichtung der Hilfestrukturen auf Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörige | 79 |
| Handlungsempfehlungen Forum 7 | 88 |
| Forum 8: Weiterentwicklung der frauenspezifischen Hilfen und deren Integration in das Hilfesystem | 89 |
| Kurzbericht Forum 8 | 90 |
| Thesen zum Forum | 91 |
| Überblick über die Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte in der Behandlung von psych. Kranken Frauen und Männer - verdeutlicht am Beispiel Frankfurter Einrichtungen zur nachklinischen Versorgung | 92 |
| Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Hilfen und deren Integration in das Hilfesystem | 99 |
| Handlungsempfehlungen Forum 8: | 103 |
| III. Allgemeine Handlungsempfehlungen | 105 |
| Kurz-Zusammenfassung | 110 |
| Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V. Forderungen Psychiatrie-Erfahrener anlässlich des Kongresses im Landtag NRW am 18.03.2004 „Weil der Mensch ein Mensch ist... Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie in NRW“ | 112 |
| Der Grüne Antrag (Drucksache 14/2105): Den Menschen in den Mittelpunkt stellen - Psychiatrieversorgung in NRW weiterentwickeln und ganzheitlich ausrichten | 117 |

Vorwort

Barbara Steffens MdL

Harald Wölter

Auch über 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete 1975 sind die Forderungen nach einem Wandel in der Psychiatrie nach wie vor aktuell. Mit der so genannten Auffangkonzepktion ist in den 90er Jahren in Nordrhein-Westfalen der Prozess der Enthospitalisierung und Ambulantisierung in der psychiatrischen Versorgung angeschoben und beschleunigt worden, die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer gemeindenahen Versorgung ist aber noch lange nicht abgeschlossen. Oft verhindern noch Zugangsbarrieren zu den Diensten und Angeboten der psycho-sozialen Versorgung, dass diese in Anspruch genommen werden.

Die Grüne Landtagsfraktion arbeitet seit vielen Jahren daran, dass die psychiatrische Versorgung eine entsprechende Veränderung erfährt. Mit der Großen Anfrage „Situation der Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen“ (Drucksache 13/2863 v. 28.07.2002) der Grünen Landtagsfraktion wurden insgesamt 273 Fragestellungen zum Stand der psychiatrischen Versorgung, zur Umsetzung der gemeindepsychiatrischen Ansätze und zu den Anforderungen an eine notwendige und bedarfsgerechte Weiterentwicklung behandelt und für viele Bereiche weitere Handlungsbereiche aufgezeigt.

Nachdem die Antwort der damaligen Landesregierung auf unsere Große Anfrage zur Situation der Psychiatrie in NRW aus dem Jahr 2002 ausgewertet war, haben wir gemeinsam mit Psychiatrie-Erfahrenen- und Angehörigenverbänden sowie den Fachverbänden in einem festen Arbeitskreis diesen Kongress vorbereitet. Im Mai 2004 haben wir unter dem Titel „Weil ein Mensch ein Mensch ist...“ Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie in NRW die hier dokumentierte Fachtagung zur Psychiatrieversorgung in NRW veranstaltet. Mit dieser - erstmalig im

nordrhein-westfälischen Landtag - trialogisch besetzten Veranstaltung hatten wir uns zum Ziel gesetzt, die Situation in der Psychiatrieversorgung zu erörtern, Problembereiche darzustellen und zukunftsfähige Lösungen zu finden.

Triialog steht für einen offenen, vorurteilsfreien Erfahrungsaustausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell in der Psychiatrie Tätigen. Die trialogische Besetzung aller Arbeitsforen des Kongresses hat den TeilnehmerInnen die Möglichkeit gegeben, die jeweiligen Themenbereiche aus den unterschiedlichsten Perspektiven zu betrachten, sich auszutauschen, und miteinander Handlungsempfehlungen zu diskutieren.

Dabei wurden die Problemstellungen bezüglich der forensischen Versorgung, sowie des Betreuten Wohnens, der jugendpsychiatrischen und jugendpsychotherapeutischen Versorgung und der Gerontopsychiatrie zunächst ausgeklammert. Diese Themen sollen in gesonderten Fachveranstaltungen behandelt werden und sind deshalb bei den Empfehlungen noch nicht aufgegriffen worden.

Unser Ziel ist es, die gemeindenahen Psychiatrie voranzubringen und die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen zu stärken. Um eine möglichst weitgehende Selbstbestimmung der Betroffenen zu erreichen, wird gefordert, dass stärker als bislang aus dem Blickwinkel von Menschen mit Psychiatrieerfahrung auf die Versorgung geschaut wird, um von diesem Standpunkt aus Kriterien für ein bedürfnis- und bedarfsgerechtes gemeindenahes Angebot zu formulieren.

Ein Großteil der Handlungsergebnisse, die im Rahmen dieser Veranstaltung formuliert wurden, sind in einen umfassenden Antrag Angebote

und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen verbessern (Drucksache 14/2105) eingeflossen, den die GRÜNE Landtagsfraktion im vergangenen Jahr in den Landtag zur Beratung eingebracht hat. Schwerpunkte sind aus unserer Sicht dabei die Umkehrung von der stationären Versorgung hin zu einem gemeindenahen Angebot, das den Betroffenen eine, soweit individuell möglich, selbstbestimmte Lebensführung erlaubt und den individuellen Problemlagen gerecht wird. Ambulante und stationäre Hilfen müssen dazu stärker als bisher miteinander verzahnt werden.

Angebote und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen müssen nach unserer Ansicht weiter verbessert und noch oft bestehende Zugangsbarrieren zum Hilfesystem überwunden werden. Hierzu gehören eine wohnortnahe und verlässliche Krisenhilfe und die Einrichtung weiterer ortsnaher Tageskliniken und Ambulanzen. Dazu gehören aber auch jene beratenden Strukturen, die von der Landesregierung gerade zerschlagen werden. Arbeitslosenzentren, Selbsthilfenetzwerke, Erziehungsberatung, Drogenberatung, Begleitung in Frauenhäusern und vieles mehr. Angebote die ganz niedrigschwellig Probleme angehen sollen um Eskalationen zu verhindern oder zumindest negative Entwicklungen zu verzögern. Ein besonderes Augenmerk muss dabei in der Versorgung von Kindern- und Jugendlichen liegen. Die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie gilt es zu verbessern und mit der Jugend- und der Suchthilfe stärker zu vernetzen. Auch die Verbesserung der Situation von psychisch Erkrankten im Arbeitsleben ist ein weiterer Schwerpunkt, den es möglichst rasch umzusetzen gilt.

Ursachen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind bei Frauen und Männern unterschiedlich, ebenso die Bewertungen von Krankheitserscheinungen. Krankheitsbilder und körperliche Konstitution von Frauen und Männer unterscheiden sich, daraus resultiert auch eine unterschiedliche Wirkungsweise der Medikamente. Deshalb bedarf es auch einer medizinischen und therapeutischen Versorgung, die auf die spezifischen Bedarfslagen von Frauen und Männer ausgerichtet ist.

Die Verbesserung der Situation von psychisch Erkrankten im Arbeitsleben ist ein weiterer Schwerpunkt, den es möglichst rasch umzusetzen gilt. Ein weiteres Angebot an Integrationsfirmen und Zuverdienstmöglichkeiten ist hier notwendig. Mit geeigneten Maßnahmen und Angeboten muss auch der zunehmenden Zahl der Zwangseinweisungen entgegenwirkt werden. Schließlich soll die Selbsthilfe in ihrer engagierten Arbeit stärker unterstützt und auch in die Beratung zu Planungs- und Umsetzungsprozesse mit einbezogen werden.

In der Landtagsdebatte hatten die Regierungsfractionen zu vielen im Antrag der GRÜNEN angesprochenen Problemfeldern keinen Handlungsbedarf gesehen und die Forderungen der GRÜNEN als Schwarzmalerei abgetan.

Der Antrag der Grünen Landtagsfraktion zu diesem Thema, ein entsprechender Antrag der Koalitionsfraktionen sowie die Debatte im Landtag hierzu sind in dieser Informationsschrift dokumentiert.

Da die Positionen in vielen Punkten weit von einander abweichen hat der Ausschuss Arbeit, Gesundheit, Soziales eine Landtagsanhörung zu diesen beiden Anträgen durchgeführt (DS APr 14/345)

Zahlreiche Anregungen dieser ExpertInnenanhörung wollen wir in einem weiteren Prozess jetzt wieder dialogisch diskutieren um unseren Antrag dann in überarbeiteter Form erneut in den Landtag einzubringen.

Auch das wird dann mit Sicherheit nicht das Ende der grünen Debatten zum Thema psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in NRW sein. Viele Bereiche wurden nur angerissen, neue kommen hinzu. Von daher freuen wir uns über Rückmeldungen, Anregungen und Vorschläge zu diesem Reader, der zwar spät kommt, aber nach wie vor nicht an Aktualität verloren hat.

Grußwort

*der Vorsitzenden der
Landtagsfraktion von
Bündnis 90/Die Grünen,
Sylvia Löhrmann*

Herzlich willkommen,

die Grüne Landtagsfraktion arbeitet seit vielen Jahren an einer Veränderung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung. Schwerpunkte sind aus unserer Sicht dabei die Umkehrung von der stationären Versorgung hin zu einem gemeindenahen Angebot, das den Betroffenen eine, soweit individuell möglich, selbstbestimmte Lebensführung erlaubt, ambulante und stationäre Hilfen miteinander verzahnt und in der Gemeinde ein Hilfe- und Unterstützungsangebot schafft, das den individuellen Problemlagen und persönlichen Bedürfnissen gerecht wird.

Ich bin informiert worden, dass ein großer Vorbereitungskreis unter Beteiligung von Trägern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sowie unserer Fraktion diese Tagung geplant und ermöglicht hat. Dafür ein herzliches Dankeschön.

Erstmalig haben wir im Landtag eine trialogisch besetzte Veranstaltung, die unter gleichberechtigter Beteiligung den Austausch von Fachleuten, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen ermöglicht. So wollen wir zu zukunftsfähigen Lösungen finden. Dieses Vorgehen ist sehr zu begrüßen und könnte auch in anderen Bereichen Nachahmung finden.

Ich habe gesehen, dass Sie sich alle miteinander ein umfangreiches Arbeitsprogramm vorgenommen haben, an dessen Ende Handlungsempfehlungen stehen, die veröffentlicht werden sollen. Die Ergebnisse werden hoffentlich einen guten Nachhall in der Öffentlichkeit finden, die öffentliche Diskussion beeinflussen. Es steht zu erwarten, dass sie mich im Rahmen der Landtagsfraktion später noch beschäftigen werden.

In diesem Sinne also einen lehr- und erfolgreichen Tag und gutes Gelingen.

I. Impulse

1. **Verschiedene Problembereiche aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger**
2. **Menschenbild und Haltungen - Anforderungen Psychiatrie-Erfahrener an die Hilfestellung**
3. **Ansätze für eine personenzentrierte Krisenbegleitung**

1.1.

Kalle Pehe

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

Eine andere Sicht von seelischer Störung – naturwissenschaftliche Überlegungen zur (Selbst-) Heilung

1. Übersicht:

Ausgehend von der Erfahrung, dass eine Auflösung seelischer Störungen möglich ist und nicht selten vorkommt, skizziere ich einen theoretischen Rahmen, in dem nachhaltige (Selbst-) Heilung nicht länger als wissenschaftliche Überraschung erscheinen muss. Das ist heute noch die theoretisch unbefriedigende Situation unter der Herrschaft des medizinischen Krankheitskonzeptes.

Im Zentrum der neuen Konzeption steht die Theorie von der Selbstorganisation komplexer Systeme. Angeregt wurden meine Überlegungen vor allem durch die Arbeiten des Ilya Prigogine (Nobelpreis für Chemie 1977)¹). Prigogines Arbeiten leiteten einen grundlegenden Wandel im Welt- und Menschenbild der

modernen Naturwissenschaften ein. Das medizinische Krankheitsmodell seelischer Störungen erscheint im Lichte des neuen Paradigmas als eine verstaubte naturwissenschaftliche Theorie, die einer sach- und menschendienlichen Reform unserer psychiatrischen Institutionen im Wege steht. Die Theorie von der Selbstorganisation nimmt die grundsätzliche Kritik am Medizinischen Krankheitsmodell (Dorothea Buck) auf und führt sie weiter. In der Theorie von der Selbstorganisation komplexer Systeme ist es nur noch ein Teilaspekt eines größeren Ganzen, der an Bedeutung verlieren wird, soweit es um ein grundlegendes Verständnis der komplexen Abläufe bei seelischen Störungen geht.

Als ich gefragt wurde, ob ich für den heutigen Kongress einen Beitrag zu einem alternativen Verständnis von seelischer Störung halten möchte, habe ich spontan „ja“ gesagt. Als ich erfuhr, dass mir dafür gerade mal zehn Minuten zur Verfügung stehen, musste ich aber erst einmal tief durchatmen. Nun gut. Drei Minuten werde ich darauf verwenden, eine grundsätzliche Kritik am medizinischen Krankheitsmodell der Psychiatrie aus Betroffenen-sicht zu üben. Bleiben sieben Minuten für den Versuch, ein alternatives theoretisches Modell zu skizzieren, das unsere oft belächelten Selbsthilfebemühungen wissenschaftlich aufwertet und günstigere Entwicklungsprognosen erlaubt.

„Wir philosophieren nicht, weil wir die absolute Wahrheit haben, sondern weil sie uns fehlt.“²)

Hans-Georg Gadamer

Die Offenheit des Philosophen Gadamer habe ich in der Psychiatrie schmerzlich vermisst. Ich erlebte, dass das Medizinische Krankheitsmodell seelischer Störungen dort maßgeblich das Denken und Handeln bestimmt. Gemeint ist die Auffassung, dass seelische Störungen primär als Folge eines gestörten Hirnstoffwechsels auftreten. Dorothea Buck kritisiert dieses Modell als für uns Betroffene verhängnisvolle Theorie, die dem Verständnis seelischer Störungen entgegenseht.

Wir sagen aus Erfahrung, dass das medizinische Krankheitskonzept (oft) krank macht, anstatt gesund, weil es:

- „...Gespräche über die Inhalte der Psychosen und ihre Sinnzusammenhänge mit den vorausgegangenen Lebenskrisen der Betroffenen verhindert,
- ...den Psychopharmaka höchsten therapeutischen Stellenwert einräumt, obwohl sie nur Sym-

ptome verdrängen, aber nicht heilen können,

- ...die Betroffenen des Sinnes ihrer besonderen seelischen Erfahrungen und damit ihrer Entwicklungsmöglichkeit beraubt,
- ...die Selbsthilfekräfte blockiert und die Betroffenen ent- statt ermutigt.“³)

Das Medizinische Krankheitskonzept ist ein naturwissenschaftliches Modell, das traditionell dem deterministischen Weltbild Isaac Newtons folgt. Sie sollten wissen, dass es

heute in den Naturwissenschaften längst unstrittig ist, dass solche Modelle nur einen Teil des Naturgesche-

hens abbilden. Daneben zeigt sich Natur als offenes Geschehen, als unablässiges Spiel mit neuen Mustern

und Formen, dessen Ergebnisse prinzipiell nicht vorhersagbar sind.

„Die Naturwissenschaften (...) sind offen geworden für das Unerwartete, das sie nicht länger zum Resultat einer unvollkommenen Erkenntnis oder einer unzureichenden Kontrolle erklären.“⁴⁾

Ilya Prigogine

Ilya Prigogine ist einer der Pioniere dieses neuen Weltbildes. 1977 bekam er den Nobelpreis für Chemie. Es dürfte leicht nachvollziehbar sein, warum ich mich als Betroffener und Naturwissenschaftler für seine

Arbeit besonders interessiere. Dorothea Buck und Ilya Prigogine schafften mir Freiräume des Denkens und Handelns, die durch das medizinische Krankheitskonzept verstellt waren, Freiräume die ich unbedingt

brauchte, um mich entwickeln zu können, Freiräume, die ich innerhalb psychiatrischer Institutionen selten vorgefunden habe.

2. Durch Selbstorganisation zu einer neuen Ordnungwas ich von Ilya Prigogine gelernt habe.

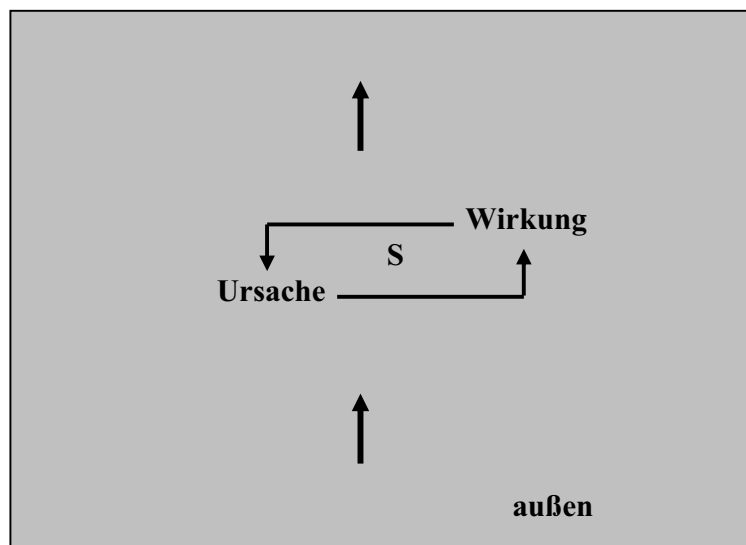


Abb.1 Zirkuläre Kausalität

Prigogine untersuchte Reaktionsketten, in denen verschiedene Teile eines Systems in einer Art zirkulärer Kausalität verbunden sind. In solchen Systemen ist jeder Faktor Ursache und Wirkung zugleich, er geht also mit anderen Faktoren nach bestimmten lokalen Regeln eine Wechselwirkung ein. Wenn Prigogine solche Systeme von außen störte, so

bildeten sich je nach Bedingungen verschiedene räumliche und zeitliche Muster, die er „dissipative Strukturen“ nannte.⁵⁾ Er spricht von spontaner Selbstorganisation der Systeme. Einmal sensibilisiert für dieses Phänomen, sah man plötzlich die Kreativität der Natur bei der Bildung von Mustern allerorten. Prigogine gab den Anstoß zu interes-

santen Forschungsarbeiten in den verschiedensten Fachgebieten. Ich würde Ihnen an dieser Stelle gerne einen Überblick über Beispiele aus der Mathematik, Physik, Chemie und Biologie etc geben, muss hier aber aus Zeitgründen eine Lücke⁶⁾ lassen und in einem „Riesensatz“ direkt zum Menschen springen.

3. „Weil der Mensch ein Mensch ist...“

... ist er zuallererst Persönlichkeit, die zu achten und zu fördern selbstgestellte Aufgabe jedes demokratischen Gemeinwesens ist. Persönlichkeit entwickelt in der

Konfrontation von inneren und äußeren Bedingungen eine körperliche und seelische Struktur, die sich in Selbstorganisation bildet und verändert (zuweilen auch sprunghaft). Ob

sie eine positive oder negative Eigendynamik entwickelt, hängt wesentlich vom jeweiligen Zustand des Selbstbewusstseins einer Person ab.

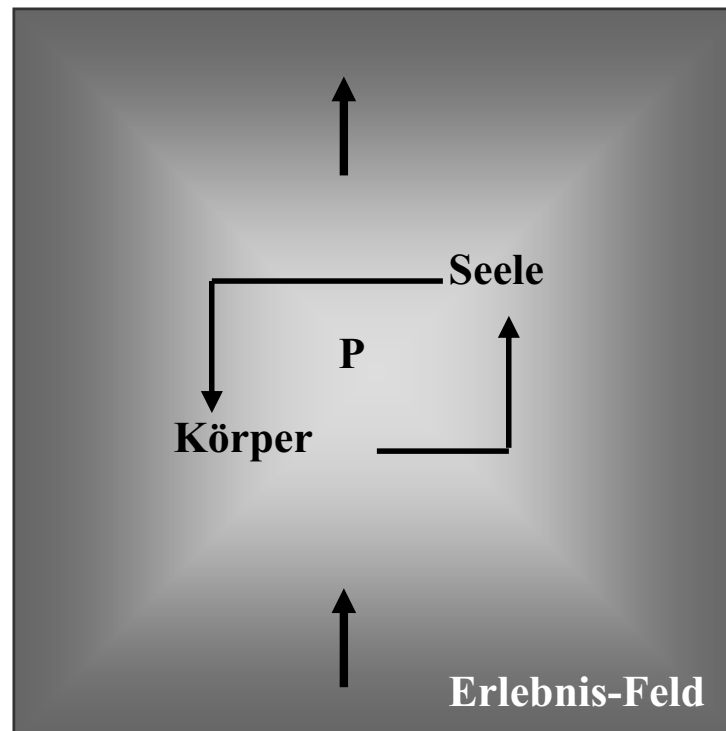


Abb.2 Selbstorganisation der Persönlichkeit

Ein Mensch kann ein als schwierig erlebtes Umfeld verkraften und an den Aufgaben wachsen, die ihm dort gestellt werden. Er kann in diesem Umfeld aber auch scheitern, wenn er keine Möglichkeit findet, sich vor Überforderung zu schützen. Eine positive Eigendynamik kann „kippen“. Mensch kann verzweifeln oder „abheben“ und auf verschiedene Weise auffällig werden.

Ob ein Umfeld als schwierig erlebt wird, das hängt in unserem Kulturraum meist von problematischen Beziehungen zu anderen Menschen ab. Wer in Beziehungen lebt, die sich auf beiden Seiten gut anfühlen, den können schwierige Menschen

und Situationen weniger leicht aus der Bahn werfen. Ohne solche Beziehungen sind es oft auch vermeintliche Kleinigkeiten, die einen Menschen tief erschüttern können. Niemand kann voraussagen, wie sich so etwas entwickelt. Es kann sein, dass jemand am Ende heil und gestärkt aus schwierigen Beziehungen heraus- bzw. darüber hinaus- wächst. Auch das Umfeld kann sich ändern bzw. verändert wahrgenommen werden.

Einem Menschen in der Krise wünschen wir alle ein positives, heilsames Umfeld, in dem ein beeinträchtigtes Selbstbewusstsein sich erholen und eine neue positive Eigendynamik

sich entwickeln kann. Mensch kann dann Störungen wieder verkraften und angemessen damit umgehen. Wieder sind es vor allem Beziehungen zu anderen Menschen, die zu einer positiven Bewertung des Umfeldes führen. Die Entwicklung ist auch hier offen. Letztlich geht es jeweils um eine konkrete Aufgabe, an der man scheitern oder wachsen kann. Für einen konstruktiven Umgang mit Störungen ist es entscheidend herauszufinden, wie im konkreten Fall das günstige Umfeld/die gute Beziehung aussehen muss, das/die die Chancen auf Entwicklung beim Gegenüber vergrößert.

4. Thesen zur Persönlichkeitsentwicklung

Vor diesem Hintergrund entwickelt jeder Mensch eine ganz individuelle Persönlichkeit, die von seiner individuellen Geschichte nicht zu trennen ist. Fassen wir zusammen:

- Persönlichkeit entwickelt in Selbstorganisation eine einmalige dynamische Struktur. Biologie ist in diesem Modell nur ein Faktor von vielen.
- Störungen der Entwicklung sind normal und ein wichtiger Antrieb für die Dynamik der Selbstorganisation. Als nicht pathologische Störung kulturell anerkannt ist die Pubertät.
- Interventionen (be-) treffen immer den ganzen Menschen. Erfolgreich sind sie zu nennen, wenn sie die positive Eigendynamik der Selbstorganisation stärken bzw. eine negative Eigendynamik unterbrechen. Aber Vorsicht !
- Manipulationen an Körper und Psyche eines Menschen können kurzfristig „erfolgreich“ sein (Wer definiert Erfolg?). Sie schaden aber mittel- und langfristig, wenn sie die Würde des Menschen oder auch seinen Körper verletzen.
- Tragfähige Beziehungen sind nicht nur bei Kindern entscheidend für eine gute Entwicklungsperspektive. Auch bei Menschen mit seelischen Störungen vergrößern sie die Chancen für einen günstigen Verlauf der Biografie.
- (Selbst-) Heilung ist möglich.

Ich z.B. bin „erkrankt“ und wieder „gesundet“. Die Gene bilden in meiner Geschichte eine Konstante. Das spricht dafür, dass sie bei meinen Erlebnissen eher eine unbedeutende Rolle gespielt haben. Für mich gibt es hier einen Widerspruch zum medizinischen Krankheitskonzept, das für mich eine langfristige oder gar dauerhafte Medikation als unverzichtbar ansah. Es kam anders.

Verändert hat sich meine Persönlichkeit, verändert haben sich meine Strategien im Umgang mit

Konflikten, und verändert haben sich die Menschen, mit denen ich zusammenlebe. Vielleicht könnte man sich darauf einigen, dass ich meine Gene heute anders nutze. Die „Psychose“ sehe ich heute als den Beginn eines Prozesses der Neu- und Selbstorganisation, der mich/uns zu einer neuen, attraktiven Ordnung geführt hat. Diese Neuorganisation betrifft sowohl meine Psyche als auch mein Umfeld. Die für mich und meine Angehörigen erfreuliche Entwicklung war nur außerhalb psychosozialer Einrichtungen möglich, in

denen das Medizinische Krankheitsmodell gepflegt wird.

Selbstorganisation, zu der ich Selbsthilfe, Eigensinn und Widerstandsgeist assoziiere, wurden dort oft als pathologisch wahrgenommen. So blieb mir nur ein Platz am Rande, was vielleicht typisch für die Selbsthilfe ist. Ändern lässt sich das nur in konkreten Begegnungen, in denen Menschen sich als Menschen erkennen, sich gegenseitig aushalten lernen und sich - jeder auf seine Art - entwickeln.

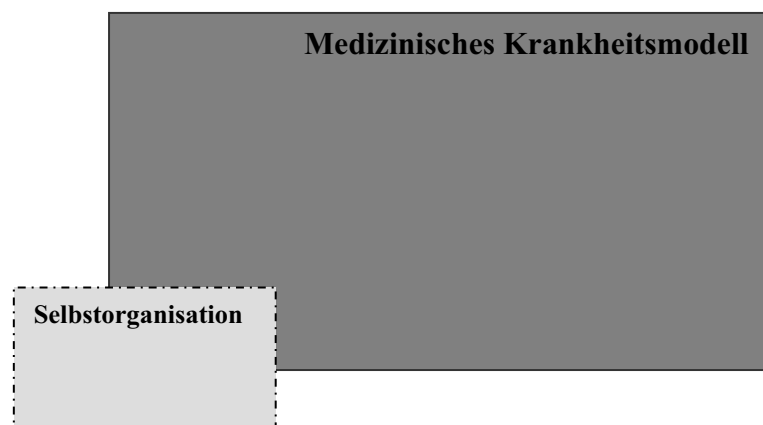


Abb. 3 Randgruppenexistenz

Umgekehrt hat in der Selbsthilfe die Medizin meist einen anerkannten Platz. Viele Betroffene nutzen ihre Angebote parallel zu den Angeboten der Selbsthilfe. Wenn die Medizin ihr/uns zuarbeitet, ist unser Verhältnis unkompliziert. Wenn sie von der Selbsthilfe erwartet, dass sie vor allem medizinische Konzepte befolgt und transportiert, sind dagegen

Spannungen vorprogrammiert. Das liegt in der Natur der Sache. Selbsthilfe kann man nicht instrumentalisieren, ohne sie zu zerstören. Was die Strukturen in psychosozialen Einrichtungen angeht, so haben wir Betroffene darauf immer noch wenig Einfluss. Oft können wir wenig mehr tun, als durch eine kompetente und langfristig angelegte Selbsthilfear-

beit den Reformdruck zu verstärken. Dabei ist die Bewahrung der Unabhängigkeit der Selbsthilfe von großer Bedeutung: Unabhängige Selbsthilfe kann von Reformfreudigen in der Politik genutzt werden und so dazu beitragen, auf lange Sicht Verbesserungen zu erzielen.

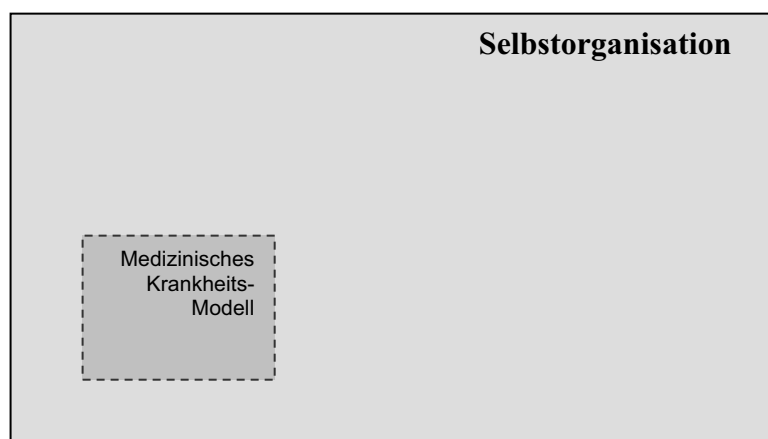


Abb. 4 Das alte Konzept als Teilmenge des neuen

Schließen möchte ich meinen Beitrag mit einem Zitat von Ilya Prigogine. Neugier auf Fremdes und Störendes, damit beginnt Veränderung. Die Wahrnehmung und Hal-

tung gegenüber neuen Ideen und Menschen, die uns früher Angst gemacht haben, verändert sich - damit fängt es an. Ich würde mich freuen, wenn der eine oder andere von Ih-

nen/Euch genau das hier und heute erlebt. Ich danke der Fraktion der Grünen/B'90 für die Ausrichtung dieses Kongresses und Ihnen allen für Ihre Aufmerksamkeit.

„Jetzt war das Interesse zum ersten Mal nicht mehr auf das Manipulierbare gerichtet, sondern im Gegenteil auf das, was seiner Definition nach spontan und nicht manipulierbar ist.“⁷⁾

Quellenangaben:

1. Ilya Prigogine/Isabelle Stengers
Dialog mit der Natur – Neue Wege naturwissenschaftlichen Denkens
Serie Piper, 6.Auflage, 1990
2. Die Großen der Moderne – Menschen, die unsere Welt prägten und veränderten
www.serges.de
3. Dorothea Buck
Das Leiden am Medizinischen Krankheitsmodell – Vortrag beim REHA-Kongress Hamburg 2000
4. Siehe 1) S.284, 2.Absatz
5. Siehe 1) u.a. S.170/171
6. Siehe 1) u.a. Kap.IV „Ordnung durch Schwankungen“, S.176 ff
Eine gute Einführung in Phänomene und Begriffssystem der Chaosforschung findet sich unter:
http://www.cd-kernig.de/Chaos_und_Ordnung.pdf
7. Siehe 1) S.282, 3.Absatz

1.2.

Ruth Fricke

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

Umgang mit und Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Wenn ich nun hier heute zum Thema „Zwang und Gewalt in der Psychiatrie“ spreche, möchte ich vorausschicken, dass ich mit Psychiatrie nicht nur den stationären Bereich meine, auch nicht nur den medizinischen, sondern auch alles mit einbeziehen möchte, was nach dem PsychKG vor allem auch als „Schutzmaßnahmen“ für uns Betroffene vorgesehen ist. Ich möchte mich in der kurzen Zeit, die mir jetzt zur Verfügung steht, allerdings mehr darauf konzentrieren, den (Noch-)Nichtbetroffenen zu verdeutlichen wie wir Zwang, Gewalt und Ignoranz erleben und was dies bei uns bewirkt. Darauf, wie man derartiges vermeiden könnte, werde ich später in Forum 3 ausführlicher eingehen.

Ich möchte einige persönliche Erlebnisse erzählen, die mich heute noch belasten und dies insbesondere dann, wenn ich psychotisch werde und meine Umgebung meint, dass ein Klinikaufenthalt angesagt wäre, dazu führen, dass ich mich vehement dagegen wehre, in die Klinik zu gehen mit der Folge, dass genau das wieder eintritt, wovor ich mich am meisten fürchte: Einweisung nach richterlichem Beschluss. Im Extremfall mit Polizei und durch Handschellen gefesselt.

Ich beginne mit meiner zweiten Psychose 1988, von der ich damals noch nicht wusste, dass es eine war. Weil ich mich verfolgt fühlte, hatte ich abends gegen 21.00 Uhr auf dem Heiderhof-Ring in Bad Godesberg einen Polizeiwagen angehalten. Um ganz sicher zu gehen, dass er auch wirklich stoppte, hatte ich mich mitten

auf die Fahrbahn gestellt und beide Hände winkend erhoben. Der Wagen hielt an und ich erzählte den Beamten meine Geschichte. Sie nahmen mich mit aufs Präsidium und da saß ich nun stundenlang und niemand kümmerte sich um mich. In der Ecke saß ein junger Beamter und hämmerte im Zweifingersuchsystem auf eine mechanische Schreibmaschine ein. Nach einer Weile sprach ich ihn an: wann denn nun meine Aussage zu Protokoll genommen würde und was man denn unternehmen würde?

Er antwortete nicht. Als sich weiterhin nichts tat, ging ich in den Nebenraum an den Tresen, hinter dem zwei Beamte saßen und brachte noch einmal mein Anliegen vor.

Man sagte mir, ich solle nebenan warten.

Nach einer Weile kamen zwei Beamte und sagten mir, ich solle mitkommen. Ich ging mit ihnen nach draußen und befand mich 1,2,3, wieder im Polizeiwagen. Nach kurzer Zeit hielt der Wagen vor einem großen Gebäude, welches sich später für mich als psychiatrische Klinik entpuppte. Man brachte mich hinein, wechselte ein paar Worte mit der Schwester, überließ mich meinem Schicksal und ging ohne sich von mir zu verabschieden. Die Schwester zeigte mir mein Zimmer und sagte: „Morgen sehen wir weiter.“

Es war inzwischen kurz nach Mitternacht. Ich zog mich aus und ging in die Dusche und, siehe da, in den Wänden der Dusche waren auch so drei Bohrlöcher, wie ich sie zwei

Jahre zuvor in der Wohnung einer Freundin entdeckt hatte, als ich glaubte, man wolle mich vergiften und bei der Ursachenforschung eben auf diese drei Bohrlöcher im Bad gestoßen war. Entsetzt flüchtete ich aus der Dusche, ging zur Schwester und berichtete ihr, was ich entdeckt hatte und was ich daher befürchtete. Während ich mit der Schwester sprach, sah ich, wie draußen im Garten jemand immer und immer wieder ein Feuerzeug anzündete. Auch das berichtete ich der Schwester, denn ich glaubte, dass da draußen im Garten einer meiner Verfolger sei.

Was dann geschah weiß ich nicht. Ich kann mich erst wieder erinnern, dass ich am nächsten Tag bei strahlendem Sonnenschein aufwachte und mich ans Bett gefesselt vorfand.

Über mich beugte sich ein Richter, der mich befragte und dem ich dann bereitwillig meine Geschichte erzählte, denn zu diesem Zeitpunkt glaubte ich noch an Recht und Gerechtigkeit und ich war fest davon überzeugt, der Richter würde nun endlich etwas unternehmen und er würde vor allem dafür sorgen, dass ich aus den Bettfesseln befreit würde. Nichts dergleichen geschah. Nachdem er mich angehört hatte verschwand der Richter grußlos - und ich lag wieder allein in meinen Fesseln. Der Mund war trocken und wurde immer trockener. Ich hatte Knochen wie Blei und war schrecklich müde.

Irgendwann gegen Mittag sagte man mir, ich würde jetzt verlegt. Ich weiß noch, dass man mich in ein wi-

derlich aussehendes schwarz/gelbes Auto verfrachtete und wieder abging die Post. Schließlich hielten wir unter großen Bäumen vor einem Haus, von dem ich heute weiß, dass es das Fritz-Leßner-Haus der westfälischen Klinik in Gütersloh war. Man brachte mich in den 1. Stock, packte mich in ein Bett, welches auf dem Flur vor den Toiletten stand. Gefesselt wurde ich nicht wieder. Ich schlief sofort ein.

Heute weiß ich, dass ich so müde war, weil man mich mit Medikamenten so vollgestopft hatte, dass ich gar nichts anderes tun konnte als schlafen.

Ich wachte erst wieder auf, als ein guter Freund, der von Beruf Anwalt ist, vor meinem Bett stand und mir sagte, ich sollte mir keine Sorgen machen, er habe meine rechtliche Vertretung übernommen. Erst von ihm erfuhr ich, dass ich aufgrund eines richterlichen Beschlusses nach PsychKG in einer psychiatrischen Klinik untergebracht worden war. Schlagartig wurde mir bewusst, dass man mich meiner bürgerlichen Rechte beraubt hatte, dass ich die Klinik nicht verlassen konnte, wenn ich es wollte, dass ich mich weder gegen Medikamentengaben noch gegen Fixierung und ähnliches zur Wehr setzen konnte. Man hatte mir mein Selbstbestimmungsrecht genommen und das war das Schlimmste, was aus meiner Sicht mit einem Menschen passieren kann. Das Gefühl des Ausgeliefertseins, ein Objekt zu sein, über das andere nach Belieben bestimmen können- es war so schrecklich... Ich war mir keiner Schuld bewusst. Warum tat man mir so etwas an?

Der Beschluss wurde dann sehr schnell aufgehoben und ich hatte meine gewohnte Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit wieder. Aber der Schock in den Knochen blieb bis

heute. Mit Bewegungsfreiheit meine ich an dieser Stelle, dass ich wieder frei entscheiden konnte, wohin ich ging.

Motorisch hatte ich meine Bewegungsfreiheit noch lange nicht wieder. Die Neuroleptika wirkten bei mir in besonders starkem Maße wie eine chemische Zwangsjacke und schränkten meine Beweglichkeit einerseits über die Maßen ein, andererseits zwangen sie mich zu ständiger Bewegung, weil ich weder ruhig sitzen noch liegen konnte.

Die zweite Episode, die ich erzählen möchte, weil sie mich bis heute verfolgt, ereignete sich 1990 im Leßner-Haus II. Mit dem für mich zuständigen Arzt, Herrn M., kam ich gut klar. Das Problem war nur, dass Frau B., die zweite Ärztin auf der Station, sich ständig in die Behandlungsmethoden von Herrn M. einmischte. Hatte ich gerade Vereinbarungen mit Herrn M. getroffen, machte sie alles wieder rückgängig. So kam es, dass ich, wie ich heute weiß, hoffnungslos überdosiert war und so nicht mehr Herr über meine Motorik war. Ich konnte mir nicht einmal mehr ein Brötchen schmieren, konnte mich nicht allein im Bett umdrehen, um bequem zu liegen, beim Gehen rutschten mir ständig die Beine weg, so dass ich auf allen Vieren kriechen musste.

Eines Tages eröffnete mir Frau B., es sei Post für mich gekommen. Ich solle zur Pforte gehen und sie dort abholen.

Es war ein sehr heißer Tag. Motorisch gehandicapt schleppte ich mich mühselig in Richtung Pforte. Am Parkplatz gegenüber der damaligen Küche rutschten mir die Beine weg. Ich lag am Boden. Ich kroch auf allen Vieren die letzten 30 Meter bis zur Pforte und zog mich dort am Fenster hoch. Ich nahm meinen

Brief in Empfang und machte mich auf den Rückweg. Ich kam noch aufrecht auf der Station an. Vor dem Schwesternzimmer rutschten mir wieder die Beine weg. Den ungeöffneten Brief hielt ich noch in der Hand. Plötzlich stand Frau B. vor mir und schrie mich an. Ich solle nicht so ein Theater veranstalten. Nur weil ich gerade meinen Beschluss abgeholt hätte, brauche ich nicht solche Szenen aufzuführen.

Ich war und bin immer noch entsetzt von soviel Gefühllosigkeit und Ignoranz. Sah diese Frau nicht, dass es mir wirklich schlecht ging? Woher sollte ich wissen, dass sich in dem ungeöffneten Brief mein Beschluss befand? Warum war überhaupt ein Beschluss beantragt worden, warum wollte man mich wieder meiner bürgerlichen Rechte berauben? Ich konnte mich nicht erinnern, überhaupt einen Richter gesehen zu haben. Woher kam also der Beschluss?

Mit meinem heutigen Wissen frage ich weiter: musste sie nicht wissen, dass meine motorischen Probleme auf die Medikamente zurückzuführen waren, die durch ihre ständigen Interventionen in viel zu hoher Dosierung angesetzt worden waren?

Die dritte Episode, von der ich berichten möchte, ereignete sich 1993 bei der Aufnahme in die westfälische Klinik Gütersloh, als ich in Begleitung einer Freundin freiwillig mit ärztlicher Einweisung gekommen war. Ich habe oft überlegt, in welchem Haus das wohl gewesen sein mag. Ich habe dort nur eine Nacht geschlafen, und bin dann wieder ins Leßner-Haus II verlegt worden. Jedenfalls wollte mich der aufnehmende Arzt sofort wieder mit Medikamenten voll stopfen. Nun hatte ich ja, wie aus den vorherigen Schilderungen wohl deutlich geworden ist, mit Medikamenten nicht gerade die erfreulichsten Er-

fahrungen gemacht. 1990 hatte ich in einer Anschlussheilbehandlung in der Flachsheide in Bad Salzuflen allerdings Medikamente bekommen, die ich vertragen hatte. Dies erzählte ich dem aufnehmenden Arzt. Ich bat ihn, dort nachzufragen, was ich dort bekommen hätte und ich wäre bereit, diese Medikamente wieder zu nehmen. Die Antwort lautete:

„Entweder Sie nehmen jetzt, was ich Ihnen gebe oder Sie bekommen einen Beschluss.“

Ich frage Sie alle hier im Saal: Was hätten Sie an meiner Stelle daraufhin getan?

Ich habe natürlich die Pillen geschluckt, die man mir verabreichte, denn ein Beschluss, mit der Folge nicht mehr über sich selbst bestimmen zu können, das war und ist für mich das Allerschlimmste.

Die vierte und letzte Episode, die ich erzählen möchte, ereignete sich im Spätsommer 1999. Ich war mehr als vier Jahre stabil geblieben, als es in der Klinik Gütersloh zu großen personellen Veränderungen kam. Durch diese personellen Veränderungen sah ich das über Jahre mühsam im trialogisch besetzten Abteilungsbeirat erarbeitete Arbeitskonzept der „Gütersloher Soteria“ in Gefahr und glaubte auch nicht mehr daran, dass meine Behandlungsvereinbarung noch tragen würde.

Neben Belastungen in anderen Arbeitsbereichen hatte mich der Konflikt mit dem Landschaftsverband, der Klinikleitung und dem neuen Abteilungsleiter wieder in eine Psychose befördert.

Dass ich krank war und professioneller Hilfe bedurfte, war mir voll bewusst. Ich war selbst zum Arzt gegangen und hatte mich krankschreiben lassen. Aber aufgrund der

Konflikte mit der Klinik, wollte ich mich dort nicht behandeln lassen. Schließlich hatte ich in den vorangegangenen Auseinandersetzungen den neuen abteilungsleitenden Arzt nicht gerade mit Glacehandschuhen angefasst. Ich fürchtete nun, dass er mich das als Patientin auf einer seiner Stationen spüren lassen würde. Außerdem war ich während meiner ersten Psychose 1986 auch nicht in einer Klinik behandelt worden, sondern ambulant zuhause. Warum sollte das nun nicht auch gehen?

Alle Menschen in meiner Umgebung kannten diese Konfliktlage - auch meine Mutter. Trotzdem alarmierte sie unseren Hausarzt und dieser die Richterin, als Besuche unseres Psychiatriekoordinators und eines Mitarbeiters des sozialpsychiatrischen Dienstes - beide waren mir aus der örtlichen Gremienarbeit gut bekannt - aus ihrer Sicht nicht den richtigen Erfolg zeigten, nämlich dass es beiden nicht gelungen war, mich dazu zu bewegen, freiwillig in die Klinik nach Gütersloh zu gehen. Ich muss dazu sagen, beide hatten auch gar nicht versucht, mich davon zu überzeugen, dies würden beide auch auf Befragen bestätigen.

Jedenfalls meinte meine Mutter, ich müsste nun dringend in die Klinik und fing hinter meinem Rücken zu agieren an. Ich hatte inzwischen festgestellt, dass sich die Türen zu meiner Wohnung nicht mehr abschließen ließen. Nachdem ich nun schon drei Nächte nicht mehr geschlafen hatte, war ich hundemüde und wollte endlich meine Ruhe haben. Die einzigen Räume, die ich noch abschließen konnte, um sicher zu stellen, dass nicht alle zwei Minuten jemand vor meinem Bett stand, um mir sein Mitgefühl und seine Besorgnis um meinen Gesundheitszustand zu übermitteln, war mein Arbeitszimmer mit angrenzender Kochnische. Ich schloss mich ein

und legte mich auf die Polster im Arbeitszimmer, um endlich etwas zu schlafen. Durch das Fenster sah ich meine Mutter, Dr. Kirchhoff und Dr. Hamel vor unserer Haustür stehen und heftig diskutieren. Ich dachte, macht was ihr wollt, ich will jetzt schlafen.

Nach einer Weile klopfte es an meiner Tür. Es war Gerburg Koltzsch, eine gute Bekannte, die aber zufällig auch zuständige Richterin für Zwangseinweisungen ist. „Ruth mach bitte auf!“ Ich tat ihr den Gefallen und erzählte ihr meine Sicht der Dinge. Sie ging wieder. Ich schloss die Tür und legte mich wieder hin und dachte, nun hätte ich endlich meine Ruhe. Weit gefehlt...

Nach einiger Zeit klopfte es wieder. Es war wieder Gerburg. „Ruth, nun mach noch einmal auf. Nun mach den Spaß doch mit.“

Ich öffnete die Tür, legte mich wieder hin und eh ich mich versah standen zwei Polizisten über mir, fesselten mich mit Handschellen und schleppten mich gegen meinen Willen - was ich durch kräftiges Strampeln und Schimpfen auch zum Ausdruck brachte - in einen bereitstehenden Krankenwagen.

In brüllender Hitze wurde ich nun gefesselt von Herford nach Gütersloh transportiert, wo ich dann in diesem Zustand noch eine Stunde gefesselt in glühender Hitze im Krankenwagen an der Pforte stand, ohne dass jemand mir etwas zu trinken gegeben hätte oder meine Fesseln gelöst hätte, obwohl ich dem Sanitäter immer wieder gesagt, was er hier täte sei Freiheitsberaubung.

Dieser Akt war für mich das Schlimmste, weil alle Beteiligten wussten, warum ich zu diesem Zeitpunkt nicht nach Gütersloh wollte.

Alle Beteiligten wussten, dass ein Beschluss und der damit verbundene Verlust des Selbstbestimmungsrechtes für mich das Allerschlimmste ist, die größte Verletzung, die man mir antun kann. Und viele Menschen aus meinem Umfeld wären bei nur etwas gutem Willen in der Lage gewesen, Alternativen zu Gütersloh zu organisieren, denn es mangelte ja dieses Mal nicht an meiner „Krankheitseinsicht“, die war ja da, ich wollte ja nur wegen der bestehenden Konfliktlage nicht in die westfälische Klinik. Für andere Lösungen wäre ich ja offen gewesen. Ich muss sagen, diesen Vorfall habe ich bis heute nicht richtig verarbeitet, weil er mit so vielen Warums, bezogen auf die Menschen, die mir helfen wollten und mich doch dabei

so tief verletzt haben, verbunden ist.

Ich könnte noch mehr solcher Erlebnisse hier erzählen, aber ich denke, es reicht, um exemplarisch klar zu machen, dass diese Erlebnisse sich so fest eingegraben haben, dass sie in einer akuten Psychose meine Abwehrhaltung gegen eine Klinikweisung derart irrational mobilisieren.

Ich habe eine Behandlungsvereinbarung mit der westfälischen Klinik. Ich weiß, dass ich mit Behandlungsmethoden, die mir nicht gut tun, hier in dieser Klinik nicht mehr zu rechnen habe. Aber wenn ich schon psychotisch bin, wird meine Abwehrhaltung gegen die Klinik von

diesen und ähnlichen negativen Erfahrungen in der Vergangenheit gesteuert.

Das Schlimmste an diesen völlig überflüssigen Traumatisierungen ist aber, dass sie die Aufarbeitung der ursprünglichen, die eigentliche Krise auslösenden Traumata erheblich behindern. Durch diese erneuten Verletzungen ist das Ursprungstrauma bereits wieder ins Unterbewusstsein verdrängt worden, weil man aktuell nur noch damit beschäftigt ist, sich gegen das erneute Unrecht in Form von Beschluss, Fixierung, Zwangsmedikation etc. zur Wehr zu setzen.

1.3.

Susanne Heim

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Weil die Menschen verschieden sind... Dem Eigensinn Zeit und Raum geben

„Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie in NRW“ soll hier zur Debatte stehen. Doch beschränkt sich der Fokus, genau genommen, auf einige (durchaus fragwürdige) Bereiche der Psychosen-Therapie und damit auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt aus dem weiten Feld der Gemeindepsychiatrie. Außen vor bleiben nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Forensik. Außen vor bleiben – hoffentlich nur auf diesem Kongress und nicht in der Zukunft! – auch die Gerontopsychiatrie und, last but not least, der Sucht- und Obdachlosenbereich, wo die besonders schwer und chronisch mehrfach beeinträchtigte Klientel der Drehtürpsychiatrie ihr Dasein fristet. Die Situation dieser Menschen mit besonders komplexem Unterstützungsbedarf ist desolat. Sie sind nicht in der Lage, von sich aus Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen und zu nutzen – oder gar ihre Interessen auf einem Kongress zu vertreten. Gerade sie bräuchten aber unsere Aufmerksamkeit, wenn wir ernsthaft darüber nachdenken wollen, wie eine bessere Zukunft der Gemeindepsychiatrie aussehen sollte.

Die Qualität der gemeindepsychiatrischen Hilfen muss daran gemessen werden, ob auch diejenigen ihren Platz finden, mit denen kein Staat zu machen ist, die Schwierigsten, die besonders bedürftig und zugleich besonders unzugänglich sind.

Für sie brauchen wir schwellenlose „Basis“-Angebote ohne Zugangsbarrieren wie Therapie- und Reha-Bereitschaft. Sie brauchen Zeit und Raum für individuelle, selbst bestimmte

Entwicklung ohne vorgegebene Frist und Richtung. Sie brauchen eine Bleibe, wo sie versorgt und in Ruhe gelassen, aber nicht links liegen gelassen werden.

Wie zum Beispiel mein Sohn: Er ist jetzt 45 und seit über 25 Jahren krank. Bei ihm hat sich die Psychose im Verlaufe der Pubertät allmählich eingeschlichen und wurde, mangels spektakulärer Krise, viel zu spät erkannt. Anfangs hat er noch - auf seine Art und sehr ambivalent - nach Hilfe gesucht, aber nichts und niemanden gefunden, bei dem Compliance nicht Vorbedingung, sondern ein mögliches therapeutisches Etappenziel gewesen wäre. Mein Sohn hat es dann vorgezogen und fertig gebracht, sich fast 15 Jahre lang jeglicher Behandlung zu entziehen.

Ende 1990 hat er sich zum ersten Mal einer Zwangseinweisung gebeugt, hat eine längere stationäre Behandlung und anschließend ambulante Medikation über sich ergehen lassen. Und die schien ihm gut zu bekommen. Von außen besehen.

Nachdem aber die Betreuung – wegen guter Compliance – aufgehoben worden war, und als dann auch noch seine Bezugsperson im Sozialpsychiatrischen Zentrum in Erziehungsurlaub gegangen war – da hat mein Sohn die Medikamente weggeworfen und sich wieder in seine Welt zurückgezogen. Unerreichbar, ungreifbar für weitere sechs Jahre!

Um es kurz zu machen: Seit fünf, bald sechs Jahren lebt er nun – auf eigenen Entschluss – in einer Ein-

richtung, in der er einfach nur versorgt, respektiert und in Ruhe gelassen wird. Alle ambulanten Hilfsangebote hat er zurückgewiesen, hat seine Wohnung aufgegeben und ein $\frac{3}{4}$ Jahr in der Klinik ausgeharrt, um diesen Platz zu bekommen – wo er nach dem Reglement des Landschaftsverbandes „fehlplaziert“ ist und nach den Kriterien ambitionierter Helfer nur „verwahrt“ wird. Aber: Es ist hier eine Entwicklung möglich geworden, wie man sie nach so langer Zeit gar nicht mehr zu erhoffen wagt! Nicht etwa obwohl, sondern weil ihn niemand therapieren will!

Unter diesen Bedingungen kann er sich allmählich mehr Kontakt mit unserer Welt leisten, kann aus seinem Schneckenhaus heraus kommen. Er entwickelt wieder Kreativität, Gesprächsbereitschaft, Interesse an seiner Umgebung. Ja, er wagt sich gelegentlich sogar an schmerzliche Erinnerungen, an Gefühle, sucht Rückbezüge zu seiner Geschichte. Von dem, was gemeinhin als Krankheitseinsicht bezeichnet und gefordert wird, ist er freilich noch immer meilenweit entfernt.

Kürzlich ist er – zum ersten Mal nach 5 $\frac{1}{2}$ Jahren - haarscharf an einer Klinik einweisung vorbei geschrappt: Er hatte sein hoch gelobtes atypisches Neuroleptikum in letzter Zeit heimlich ausgespuckt. Dass es gelungen ist, gerade noch rechtzeitig die Notbremse zu ziehen, das ist der aufmerksamen Begleitung durch das Team im Heim und seinen amtlichen Betreuer zu verdanken, die mit und aufgrund der „langen Leine“ eine

haltende Beziehung aufgebaut haben.

Was lässt sich aus diesem Beispiel ableiten? Weil die Menschen verschieden sind, gibt es nicht den einen Königsweg für alle! Weil die Menschen verschieden sind, haben sie unterschiedliche Bedürfnisse und brauchen entsprechend vielfältige Unterstützungsangebote.

Wer sich für meine Freiheit zur Krankheit stark macht, muss mir auch Zeit und Raum geben, meinen Eigen-Sinn zu entwickeln, muss mir das Recht auf Versuch und Irrtum zubilligen, das Recht, meinen Lebensweg und Lebensstil, meine Nah- und Fernziele selbst zu bestimmen.

Wer meine Freiheit zur Krankheit hoch hält, muss mein ganz persönliches Ringen um psychische Stabilität und persönliche Identität respektieren und aushalten – auch wenn dieses vorübergehend oder auf Dauer einen Schonraum braucht und womöglich so genannten Hospitalisierung einschließt. Die Familie kann einen solchen Schonraum

in der Regel nur begrenzt zur Verfügung stellen, braucht dann aber – nicht nur in der Krise – ebenfalls fachliche Unterstützung.

Qualifizierte psychiatrische Hilfe schließt also psychosoziale Begleitung ein – und zwar als unabdingbares Heilmittel: Wenn ich das Bein gebrochen habe, dann gehören zur medizinischen Behandlung nicht nur Schmerzmittel, sondern ganz selbstverständlich auch Gipsverband, Gehgips, Krücken, Krankengymnastik/Mobilitätstraining.

Wenn meine Seele einen Knacks hat, brauche ich genauso Schonung und Entlastung, seelische Stützen und Krücken, vor allem in Gestalt eines verlässlichen Beistandes – so lange, bis meine Gehfähigkeit wieder hergestellt ist, bis ich meinen Alltag wieder eigenständig bewältigen kann. Notfalls über lange Zeit in unterschiedlicher Intensität.

Politik und Bürokratie sorgen allerdings gegenwärtig eher dafür, dass vor lauter Verwaltung und Arbeits(um)organisation die Pati-

enten/Klienten und ihre Bedürfnisse aus dem Blickfeld geraten. Ganz zu schweigen von einem flächendeckenden Personalabbau und der Tendenz, die stationäre Behandlung zunehmend schwerer Kranker immer weiter zu verkürzen.

Ambulant vor stationär kann nur dann funktionieren – und wird nur dann unterm Strich nicht noch kostspieliger –, wenn in den außerstationären Bereich entsprechende Mittel und Manpower transferiert bzw. investiert werden.

Nur wenn vor Ort in der Gemeinde verlässliche Begleiter und vielfältige, leicht erreichbare, flexible Hilfen zu Verfügung stehen, lassen sich Krisen ambulant „abfangen“. Nur wenn eine notwendig gewordene stationäre Behandlung das Lebensumfeld einbezieht und ausreichend Zeit lässt für eine tragfähige Stabilisierung, kann einer Chronifizierung entgegengewirkt und die Rotation der Drehtür gestoppt oder wenigstens verlangsamt werden.

2.

Sibylle Prins , *Bundesverband Psychiatrisch Erfahrener (BPE)*

Menschenbild und Haltungen - Anforderungen Psychiatrie-Erfahrener an die Hilfgewährung (abstract).

1. Es muss eine selbstverständliche Grundhaltung sein, dass Menschen, die psychische Krisen erleben, nicht als grundsätzlich andersartig oder wesensverschieden von anderen, hiervon nicht betroffenen Menschen betrachtet werden. Trotz aller Individualität und Verschiedenheit von Biografien beruht die Rollenverteilung zwischen Psychiatrie-Patienten auf der einen, und psychiatrisch Professionellen oder auch Politiker/innen auf der anderen Seite, nicht unwesentlich auf blindem Zufall. Diejenigen, die in der Psychiatrie arbeiten oder für deren Gestaltung verantwortlich sind, sollten sich dessen stets bewusst bleiben.
2. Aufmerksamkeit und Zuwendung sind keine „Luxus-Beigaben“ der psychiatrischen Arbeit. Zugewandtheit und ein tiefer gehendes Interesse am einzelnen Menschen sind vielmehr die eigentlichen und, langfristig gesehen einzig wirksamen Heilmittel, die diesen Namen auch verdienen, die der Psychiatrie bestenfalls zur Verfügung stehen. Erst durch das Verständnis der subjektiven Sichtweise und Unterstützung der Selbsthilfe- und Selbstheilungskräfte können Menschen, die eine psychische Krise erlebt haben, wieder zu einem zu ihnen passenden Platz im Leben und in der Welt zurückfinden. Von dieser Überzeugung sollte die Arbeit der psychiatrisch Tätigen geprägt sein. Die Politik hat dafür Sorge zu tragen, dass die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen einer Psychiatrie, in der dies an erster Stelle steht, gesichert sind.
3. Für eine Psychiatrie, in der die Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt steht, müssen finanzielle und personelle Mittel zur Verfügung stehen. Dies muss auch für weniger privilegierte Psychiatrie-Patienten gelten. Gerade für jene Psychiatrie-Erfahrenen, die sehr lange Zeit brauchen, um zu sich zurückzufinden, die vielleicht aufgrund ihrer Herkunft eher weniger Ressourcen mitbringen oder große Mühe haben, diese zu entwickeln, trägt die Gesellschaft eine besondere Verantwortung. Keine Rückkehr zu einer reinen Verwahrspsychiatrie für Psychiatrie-Patienten, die den Gesundheitserwartungen und dem Rehabilitationsdruck von Professionellen oder Kostenträgern nicht entsprechen!
4. Die Psychiatrie muss ihr fachliches Paradoxon überwinden, einerseits Menschen in psychischen Krisen für besonders dünnhäutig und wenig belastbar zu erklären, ihnen aber andererseits traumatisierende Behandlungsbedingungen und -methoden, bis hin zu Zwangsmaßnahmen zuzumuten. Neben Alternativeinrichtungen wie Soteria-Häuser gibt es auch Möglichkeiten, die allgemeine psychiatrische Arbeit anders zu gestalten, z.B. durch kleinräumige klinische Angebote und Verstärkung des ambulanten Bereiches u.a. durch ambulante Krisenteams, immer mit integrierter Psychotherapie. Dies ist in Skandinavien bereits Wirklichkeit, auch in Deutschland müssen hierfür Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.
5. ÄrztInnen und alle psychiatrischen MitarbeiterInnen sowie auch die PolitikerInnen sind gefordert, Psychiatrie so zu gestalten, dass sie diese bei einer eigenen psychischen Krise oder Erkrankung bedenkenlos und mit gutem Gewissen selbst in Anspruch nehmen würden.

3.1.

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke (APK)

Ansätze für eine personensorientierte Krisenbegleitung

„Die wichtigsten Anforderungen aus der Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen an ein Hilfesystem lassen sich in folgenden fünf Punkten zusammenfassen:

- Wir brauchen ein Hilfesystem, das vom individuellen Bedarf ausgeht.
- Das Hilfesystem muss Beziehungsarbeit, soziale Bindung und soziale Netze fördern.
- Kommunikation, Beziehung, Interaktion und Partnerschaft muss im Mittelpunkt der Arbeit und der Behandlungsansätze stehen.
- Regionale Versorgung muss als Organisation und Entwicklung sozialer Netze verstanden werden, weil Beziehung und soziales Netz das ist, was uns gesund macht.
- Wir brauchen Finanzierungsformen, die gute Beziehungsarbeit belohnen und institutionszentriertes und technokratisches Handeln bestrafen.

Diese fünf Punkte beschreiben Ziele, die angestrebt werden müssen. Hierfür liefert der Ansatz der Aktion Psychisch Kranke eine gute Grundlage.¹⁾

Ich möchte verständlich machen, warum es unter gegenwärtigen Verhältnissen schwierig ist, die genannten Forderungen einzulösen – dies zu verstehen, ist eine wichtige Voraussetzung für Veränderung. Meinen Schwerpunkt lege ich darauf, welche Rahmenbedingungen politisch und durch Gesetzgebung verändert werden müssen damit die Professionellen personenzentriert arbeiten können und Unterstützung erfahren anstatt mit scharfem Gegenwind kämpfen zu müssen.

Die Fragmentierung des gewachsenen, differenzierten Hilfesystems führt zu Beziehungsabbruch, Krisen und Entwurzelung, statt Verlässlichkeit von Beziehungen und Hilfestrukturen als entscheidende Basis zur Krisenbewältigung zu nutzen

oder die Zuspitzung von Konflikten zu Krisen zu vermeiden.

Im Forum 2 „Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln“ werden wir uns mit praktischem therapeutischen Handeln und die Organisation von therapeutischen Hilfen anhand folgender Fragen beschäftigen:

- Wie kann man die Arbeit in der Psychiatrischen Klinik Personenzentriert ausrichten?
- Was bedeutet Personen- und Lebensfeld-zentrierte Hilfeplanung?
- Welche Wege gibt es zu einem regionalen Personenzentriert integriertem Hilfesystem, das auch die Klinik einschließt?

1) Stellungnahme aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen von H-J Claußen beim Kongress „Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung am 11./12. November 1998 – Band 26 Tagungsberichte der APK.

3.2.

Dr. Joachim Brandenburg, Psychose-Netzwerk Köln & Umgebung im BPE

Ansätze für eine personenorientierte Krisenbegleitung

Im Jahre 1995 war ich nach einer chronischen Ehekrise unfreiwillig-freiwilliger Patient mehrerer Psychiatrien in Nordrhein-Westfalen und in Niedersachsen und habe dabei mehrere Zwangseinweisungen und

eine Fixierung erlebt. Kurz vor meiner bisher letzten Entlassung aus der Psychiatrie kam ich in Kontakt mit der örtlichen Psychose-Selbsthilfegruppe und trat bald darauf dem Bundesverband Psychiatrieer-

fahrener (BPE) bei. Seitdem betätige ich mich in meiner Freizeit aktiv in der Selbsthilfe-Szene und arbeite in mehreren psychiatriepolitischen Gremien mit.

1. Wünsche und Forderungen Psychiatrieerfahrener

Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener befragte seine Mitglieder 1995 zur Qualität der psychiatrischen Versorgung (Peeck 95). Nur 10% der über 100 Antwortenden gaben an, in der Psychiatrie Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Einweisung geführt haben. Fast alle fühlten sich in der Psychiatrie nicht genügend als Menschen geachtet und mit ihren Wünschen wahrgenommen. Klagen über autoritäres oder teilnahmsloses Personal, Über-

heblichkeit statt Einfühlungsvermögen, Niederspritzen, Fixierung oder Isolierung ließen fast überall auf demütigende Behandlung schließen. Als Forderungen an die Psychiatrie nannten die Befragten vor allem:

- Beachtung der Menschenwürde,
- menschliche Zuwendung und individuelle Begleitung,
- partnerschaftliches, angstfreies Vertrauensverhältnis,

- Unterstützung bei der Überwindung der krankmachenden Lebensbedingungen,
- Beistand bei der Erfüllung von Bedürfnissen,
- Förderung der Selbstständigkeit,
- Schulung im Erkennen der Frühwarnzeichen,
- Aufklärung über Krankheit und Medikamente,
- möglichst wenig Medikamente und Heilung ohne Dauermedikation.

2. Alternativen zur Psychiatrie

In den USA und in Großbritannien entstand bereits kurz nach dem zweiten Weltkrieg – 20 Jahre früher als in Deutschland – eine psychiatrie-kritische Bewegung, in der sich auch einige Psychiater stark engagierten. Nach Ronald D. Laing (1927-1989) ist ein schizophrener Mensch ein Spiegelbild seiner augenblicklichen sozialen Umwelt, ein Symptomträger der Familienpathologie: „In mehr als 100 Fällen haben wir die Begleitumstände des sozialen Geschehens untersucht, wenn jemand für schizophren gehalten wird. Unserer Meinung nach stellen dabei (...) Erfahrungen und Verhalten, wenn sie als schizophren gelten, eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträg-

liche Situation ertragen zu können. Er hat (...) erkannt, dass er sich in einer unhaltbaren Position befindet. Er kann keine Bewegung machen (...), ohne widersprüchlichen Zwängen und Ansprüchen (...) von innen (sich selbst) und außen (seiner Umwelt) ausgesetzt zu sein.“ (Laing 69, S.104)

Laing kritisiert die in der Psychiatrie übliche klassifizierende Diagnostik. Er versteht die Psychose als natürlichen Heilungsprozess, durch den ein Mensch in einer ausweglos erscheinenden Lebenssituation hindurchgeht, eine Reise in Bereiche des inneren Raumes und der inneren Zeit des Bewusstseins (Laing 69). Da die nahestehenden

Personen diese Bereiche des Bewusstseins nicht kennen, muss der Betroffene diese Reise meist allein und ohne ein verständnisvolles Umfeld antreten. Die auf dieser Reise gemachten Erfahrungen können Schrecken und Verwirrung bereiten, auch kann die Reise scheitern, dennoch findet Laing nichts „wirklich Pathologisches an der Erfahrung des Ego-Verlustes“ (ebd., S. 115). Am Ende dieser Reise findet der Betroffene, wenn er nicht endgültig scheitert, zu einem „neuen Ego“ (ebd., S. 117). Neuroleptika behindern mit ihrer Symptomunterdrückung diesen natürlichen Prozess.

Laing war Vorsitzender der Philadelphia Association, einer 1964

gegründeten Organisation, die bis heute mehrere therapeutische Wohngemeinschaften in London unterhält. Seine Vorstellungen waren die Arbeitsgrundlage für die in London eröffnete Gemeinschaft „Kingsley Hall“, in der schizophrene Menschen in einem Zusammenleben ohne hierarchisches System die von ihm geforderte „Reisebegleitung“ erhalten konnten. Von 1966 bis 1967 arbeitete der amerikanische Psychiater Loren Mosher mit Laing in der Kingsley Hall. Vier Jahre später gründete er zusammen mit Alma Menn die bekannteste Alternative zur Psychiatrie: das Soteria-Haus in San José bei San Francisco. Mosher und Menn kritisierten vor allem vier Nachteile der herkömmlichen Psychosebehandlung:

(1) Das medizinische Krankheitsverständnis

Der Patient wird nicht als Mensch, sondern als Leidender mit Fehlfunktionen gesehen und mit einer Diagnose etikettiert, durch die er in Zukunft als psychisch krank gilt.

(2) Die Größe der Institution

Auf einer typischen psychiatrischen Station mit 20 oder mehr Betten kommt der einzelne Patient mit 40 bis 60 Menschen in Kontakt (Mitpatienten und Mitarbeiter der verschiedenen Professionen). Für schwer gestörte Menschen macht es die Unübersichtlichkeit der Station nicht leicht, der neuen Umwelt zu vertrauen und mit ihr positive Erfahrungen zu machen.

(3) Die soziale Struktur

Das Leben auf der Station ist meist durch hierarchische Strukturen geprägt, Entscheidungen werden über die Köpfe der Patienten hinweg gefällt, die sich dadurch machtlos und abhängig fühlen.

(4) Die medikamentöse Behandlung

Die Psychopharmaka heilen die Psychose nicht, sondern bekämpfen nur ihre Symptome und behindern eher eine langfristige psychosoziale Rehabilitation.

Ins Soteria-Haus wurden ersterkrankte junge Menschen ohne Lebenspartner mit der Diagnose Schizophrenie aufgenommen, da man annahm, dass diese Gruppe ein hohes Risiko hat, als chronische Patienten zu enden. Die Betreuer erhoben nicht den Anspruch, die Betroffenen zu behandeln oder gar zu heilen, sondern hatten nur die Aufgabe, für sie da zu sein. Psychopharmaka wurden als problematisch angesehen und nur in sehr seltenen Notfällen gegeben.

Das Soteria-Haus bot sechs Bewohnern Platz, die von sechs festangestellten Mitarbeitern betreut wurden. Die Mitarbeiter hatten keine auf die Psychiatrie zielende Ausbildung, sondern wurden nach allgemein-menschlichen Kriterien ausgewählt: sie sollten jung (meist unter 30) und intelligent sein, das College besucht haben, aber bereits eine reiche Lebenserfahrung besitzen, belastbar, tolerant, flexibel und

gut sozial integriert sein (Mosher, Reifmann & Menn 73). Viele Mitarbeiter kamen aus Problemfamilien, in denen sie für ein neurotisches Elternteil die Rolle von Beschützern einnahmen (Wilson 82).

Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet: Die Behandlungserfolge wurden mit einer nach gleichen Kriterien ausgesuchten Kontrollgruppe verglichen, die im Community Mental Health Center (CMHC) konventionell stationär behandelt wurde. Die im Soteria-Haus behandelte Gruppe zeigte sich überlegen hinsichtlich

- der Wiedereingliederung ins soziale Umfeld,
- der persönlichen Entwicklung (schnellerer Einstieg ins Berufsleben, höherer beruflicher Status, erfolgreicher Schulbesuch bzw. -abschluss, selbständiges Wohnen außerhalb des Elternhauses, befriedigende sexuelle Beziehung) und
- einer geringeren Anzahl der Wiedereinweisungen (Mosher 1994, Stierlin 1985).

In den 70er und 80er Jahren gab es andere ähnlich erfolgreiche Projekte: das Burch House in Bethlehem, New Hampshire, das „Windhorse Program for Recovery“, das Diabasis-Projekt in San Francisco und Luc Ciompis Soteria in Bern. In den Niederlanden entstanden in allen größeren Städten sog. „Weglaufhäuser“, seit 1996 gibt es auch ein Weglaufhaus in Berlin.

3. Was braucht ein Mensch in der Krise?

David Goldblatt, der Direktor des Burch-House, fasst seine Erfahrungen so zusammen:

„Nicht wir sind es, die Menschen heilen, sie tun dies selbst. Zu glauben, Heilung komme von außen, macht das Problem nur schwieriger. Menschen in emotionaler Not können ihre Schwierigkeiten selbst überwinden, wenn sie in einem sie unterstützenden Umfeld den Heilungsprozess selbst vorantreiben. Das Problem besteht darin, für diese Menschen ein stabiles Umfeld zu schaffen, das sich nicht einmischt, sondern eher Hilfe anbietet. Das schwerste, was für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist, ist sich um den Menschen zu kümmern, ohne sich in seinen Entwicklungsprozess einzumischen.“
(Bock 95)

Ähnliche Erfahrungen machen wir in unseren Selbsthilfegruppen. Ein Mensch in einer schweren psychischen Krise muss einen neuen Weg finden, sein Leben zu meistern. Er ist zutiefst verunsichert, meist von wichtigen Bezugspersonen verlassen und muss neu definieren, worauf und auf wen er sich im Leben verlassen kann. In diesem Punkt ist

4. Wie wünschen wir uns die Krisenbegleitung?

Das Bundesgesundheitsamt hat erkannt, dass psychische Krankheiten enorme volkswirtschaftliche Kosten verursachen. Als Konsequenz investiert es in Früherkennungsprogramme, die darauf zielen, Menschen zu erfassen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit später psychisch erkranken könnten, und ihnen zur Vorbeugung Neuroleptika zu geben. Uns Betroffene graut es vor der Vorstellung, dass dann Millionen von Menschen „auf Sparflamme“ leben, damit sie ja keine Psychose bekommen. Viel sinnvoller scheint es uns, wenn unsere Gesellschaft lernt, mit

er in einer ähnlichen Lage wie ein Kleinkind. Dazu braucht er Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten. Er braucht klare Strukturen und Zuständigkeiten, ein überschaubares Umfeld und möglichst wenig Beziehungsabbrüche. Er braucht ein gleichrangiges Gespräch mit einführenden Menschen. Er braucht Menschen, die sich für ihn und seine Konflikte interessieren und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm aufbauen. Er braucht eine unterstützende, fördernde und solidarische Haltung. Mit dieser Haltung kann ein Mitmensch zum Partner bei der Suche nach seelischer Gesundheit werden.

Ärzte, die mit ihren psychisch kranken Patienten nur über Symptome und Medikamente reden, können ihre Probleme nicht verstehen und keine ursächliche Therapie entwickeln. Auch ein Arzt, der die Ursache einer psychischen Krise vor allem in den Erbanlagen sieht, wird seinen Patienten kaum helfen können. Der Patient erlebt diese Sichtweise als Missachtung seiner Persönlichkeit und der Konflikte, die er mit seinen bisher erlernten Rollen nicht lösen konnte.

psychischen Störungen menschlicher umzugehen.

Die skandinavischen Länder machen uns vor, wie ein menschenwürdiger Umgang bei psychischen Störungen aussehen kann: Dort gibt es viel weniger Klinikaufenthalte als bei uns. In Schweden und Finnland gibt es mobile Krisenteams, die – selbst in entlegenen Gegenden – innerhalb von 24 Stunden zum Ort des Geschehens kommen, zur Beruhigung der Situation beitragen, in Gesprächen mit den Beteiligten die notwendigen Hilfsmaßnahmen beraten und

Es genügt nicht, nur die Klinik-Behandlung menschlicher zu gestalten. Ebenso wichtig ist es, die häufig brutalen Zwangseinweisungen durch ein humaneres Vorgehen zu ersetzen. Bei uns kommen viel zu viele Menschen gegen ihren Willen in Kliniken, ohne dass die behauptete Selbst- oder Fremdgefährdung tatsächlich vorliegt, da in Situationen mit akutem Hilfebedarf häufig die Klinikeinweisung als einzige verfügbare Möglichkeit erscheint. Solche Negativ-Erlebnisse prägen dann das Bild der Psychiatrie in den Augen der Betroffenen und ihrer Angehörigen für lange Zeit. Wer selbst eine Zwangseinweisung erlebt hat, weiß, wie ein solches Erlebnis traumatisiert. Viele professionelle Helfer behandeln die Folgen einer unmenschlichen Zwangseinweisung und meinen dabei, die Symptome der ursprünglichen Krankheit zu behandeln.

die Betroffenen und ihre Angehörigen bei Bedarf langfristig weiter begleiten. In akuten Situationen wird der Betroffene täglich zu Hause besucht. Diese – meist ambulante - Form der Krisenhilfe ist zudem billiger als unsere Krisenbehandlung in spezialisierten Fachkliniken. (Meine Krise hat meine Krankenkasse und meinen Arbeitgeber zusammen ein kleines Einfamilienhaus gekostet!)

Wie schön wäre es, könnten auch bei uns die im Akutstadium offen zutage tretenden Probleme nahtlos weiter bearbeitet werden. Mein Vor-

schlag: Erproben Sie das Modell der skandinavischen Krisenteams in ausgewählten Regionen in Nordrhein-Westfalen als Modellprojekte, um Erfahrungen damit zu sammeln und diese Art der Krisenbehandlung später flächendeckend einzuführen. In manchen Regionen unseres Landes sind die gemeindepsychiatrischen Hilfeangebote schon gut miteinander vernetzt. Fast überall fehlen aber noch ambulante Krisenteams, und da wo es sie gibt ist die Kooperation mit den anderen Diensten oft nicht ausreichend. Wo solche Dien-

ste bisher fehlen, könnten nach dem Vorbild des Berliner Krisendienstes Mitarbeiter der bestehenden Dienste mit Unterstützung durch einen fachärztlichen Hintergrunddienst solche Teams bilden.

Die erwähnten Alternativprojekte, das Weglaufhaus Berlin und viele Selbsthilfegruppen haben gezeigt, dass Menschen ohne psychiatrische Fachausbildung, aber mit hoher menschlicher Sensibilität und insbesondere Menschen mit eigener bewältigter Psychoseerfahrung in

besonderer Weise geeignet sind, um Menschen in schweren psychischen Krisen zu stützen und zu begleiten. Wir wünschen uns deshalb mehr Menschen mit ausgeprägtem Einfühlungsvermögen und auch Menschen mit eigener Psychoseerfahrung als Mitarbeiter in den psychiatrischen Hilfesystemen. Und wir wünschen vom Gesetzgeber klare Finanzierungsrichtlinien – auch für Krisendienste, damit sich die Kostenträger nicht mit angeblicher Unzuständigkeit aus der Verantwortung stellen können.

Vorschlag für ein Modellprojekt:

Krisenteams NRW

Mobile multiprofessionelle Krisenteams, die

- schnell zum Ort des Geschehens kommen
- zur Beruhigung der Situation beitragen
- mit den Beteiligten die notwendigen Hilfsmaßnahmen beraten und (möglichst vor Ort) organisieren
- den Menschen auch in seiner weiteren Entwicklung langfristig weiter begleiten

II. Foren zu spezifischen Themen der Gemeindepsychiatrie

Forum 1

Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen -
Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen

Forum 2

Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen –
konsequent vom Erkrankten her handeln

Forum 3

Verbindliche und verantwortliche Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und
Angehörigen in allen Fragen der Planung, bei Gesetzesnovellierungen,
der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Forschung und Qualitätsentwicklung

Forum 4

Den Vorrang von ambulant vor stationär und Alternativen in der Akutversorgung
sicherstellen: Stand der Krisennotdienste und deren Finanzierung durch die
Kostenträger

Forum 5

Betreutes Arbeiten statt betreutes Wohnen? Arbeit und Stabilisierung –
Wir brauchen einen subventionierten Arbeitsmarkt

Forum 6

Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbstständigen, normalen
Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung umsetzen- zum Stand der Umsetzung
in den verschiedenen Bundesländern

Forum 7

Öffnung der Hilfestrukturen für Psychiatrie-Erfahrene und
Angehörige mit Migrationshintergrund

Forum 8

Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Hilfen und
deren Integration in das Hilfesystem

Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen

Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen

ReferentInnen:

*Dr. Ingo Runte, Med. Hochschule Hannover,
Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie*

Dr. Joachim Brandenburg, (BPE)

Susanne Heim, (BApK)

Moderation:

Wolfgang Völzke, (Stadt Bielefeld)

Dokumentation:

Wolfgang Völzke

Kurzbericht Forum 1

Forum 1 befasste sich mit den Möglichkeiten zur Optimierung der Gemeindepsychiatrie. Besonders wichtig sind in der Diskussion Umsetzungsmöglichkeiten von Erfahrungen aus Sotaria-Projekten¹ in der Allgemeinpsychiatrie und die Veränderung von Strukturen im Allgemeinen.

Wie können nach dem Prinzip von best-practise-Projekten Ergebnisse erfolgreicher Modelle für Gemeindepsychiatrie verglichen, ausgewertet und umgesetzt werden? Als wichtige Punkte werden die ambulante Krisenbegleitung vor Ort, die Umsetzung von Sotaria-Elementen und die bessere Vernetzung der Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde genannt. Auch die Jugendhilfe soll Teil des Netzwerks sein, dessen Ziel es ist, personenzentrierte an Stelle von institutionsbezogener Arbeit zu leisten.

Als wichtige Sotaria-Elemente, die in der Allgemeinpsychiatrie umgesetzt werden sollen, benennt die Arbeitsgruppe ein beruhigendes, entspannendes, freundlich-wohlwollendes Klima mit Abschirmung von verwirrenden Reizen (u. a. Weiches Zimmer), eine kontinuierliche Stützung in tragenden menschlichen Beziehungen und Zurückhaltung mit Diagnosen, Psychopharmaka und dem Glauben an eine umfassende psychiatrische Fach- und Regelungskompetenz. So soll ermöglicht werden, psychotische Krisen als sinnvolle Erfahrung zu erleben.

Die Arbeitsgruppe denkt über Projekte durch Psychiatrie-Erfahrene als Alternative zur stationären Psychiatrie nach. Möglichkeiten sind Weglaufhäuser und ambulante Angebote zur Krisenbehandlung. Es wird darauf verwiesen, dass durch Kostenvergleiche festgestellt werden kann, dass alternative Angebote häufig langfristig kostengünstiger sind als wiederholte Klinikaufenthalte (Bsp.: Projekt Change in Birmingham). Lobbyinteressen z.B. der Pharmaindustrie werden als Gefahr und Hemmnis für alternative Projekte wahrgenommen.

Die Arbeitsgruppe betont die Wichtigkeit von mehr Zeit, mehr Personal, kleineren Stationen, Mutter-Kind-Zimmern (Rooming-in-Angebote) und Behandlungsermächtigungen für Ärzt/innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (vor allem im ländlichen Raum). Eine Änderung der Strukturen und ein anderes Bewusstsein, eine andere Haltung gegenüber Betroffenen muss das Ziel sein. Dafür nötig ist frühzeitige und regelmäßige Mitwirkung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in Lehrveranstaltungen, Optimierung der Curricula durch dialogisches Vorgehen und „Bewusstseinspflege“² als Zusatzausbildung (ähnlich der sozialpsychiatrischen Zusatzqualifikation).

Notwendig ist nach Ansicht der TeilnehmerInnen des Forums eine Entbürokratisierung mit dem Ziel, kurzfristige Entscheidung über dringend benötigte Sozialleistungen treffen zu können, und das zergliederte Sozialleistungssystem durch ein persönliches, trägerübergreifendes Budget zu überwinden. Sie diskutiert, wie vermeidbare Nebenwirkungen von Medikamenten wirklich vermieden werden können (Feststellung der Medikamentenverträglichkeit³), wie die Benachteiligung von Menschen mit mehreren Problembereichen/ Diagnosen (wegen umfangreichem und komplexem Hilfebedarf) aufgehoben werden kann und wie Komplementäre Medizin (Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin usw.) und Psychotherapie durch neue Finanzierungsformen in die psychiatrische Behandlung integriert werden kann.

-
- 1 Soter (alt-griechisch) bedeutet Befreier, Retter, Erlöser. Soteria beinhaltet zahlreiche Übersetzungsmöglichkeiten, dabei gibt es drei Dimensionen: 1. Idee der Rettung, Befreiung, Erlösung, 2. Prozess des Beistandes, 3. Hoffnung auf Wohlergehen, Geborgenheit, Glück. Zwei wesentliche Soteria-Elemente sind die Milieuthérapie (Beziehungen, Alltag) und das Psychosenverständnis (Psychose als Krise). Literatur: Runte, Ingo (2002): Begleitung höchst persönlich. Innovative milieu-therapeutische Projekte für akut psychotische Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn
 - 2 Bei der Weiterbildung/Zusatzqualifikation „Bewusstseinspflege“ sollten diejenigen hilfreichen Einstellungen und Verhaltensweisen gelernt werden, die erforderlich sind, um Menschen in akuten psychischen Krisen/Psychosen individuell begleiten zu können. Dabei ist jede Begleitung ganz individuell. Es gibt kein Programm. Allerdings sind Einstellungen und Verhaltensweisen erforderlich, die Folgendes ermöglichen:
 - Nicht-Direktivität, Passivität
 - Ruhe, Gelassenheit, Präsenz
 - Eigene Angstfreiheit
 - Aufmerksamkeit, z. B. Achten auf Details (persönliche Gegenstände)
 - Aufrichtigkeit
 - Reflexion, Selbstkritik.
 - Zusammengefasst: Selbstbewusstsein plus die Fähigkeit, sich auf ein Fremdbewusstsein einzustellen

1.1.

Dr. Joachim Brandenburg, Psychose-Netzwerk Köln & Umgebung im BPE

Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen

In Deutschland werden – im internationalen Vergleich – viel zu viele Menschen gegen ihren Willen in psychiatrische Kliniken eingewiesen, weil Alternativen weitgehend fehlen. Bei der Einweisung und bei der psychiatrischen Behandlung kommt es häufig zur Verletzung der Menschenwürde. Viel zu selten hilft die Psychiatrie bei der Lösung der Probleme, die zur Einweisung geführt haben.

Ich wünsche mir

- niederschwellige Krisen- und Interventionsdienste mit Notfallbetten.
- Alternativen zur Psychiatrie: Krisenbetten, Weglaufhäuser, Soteria-Angebote
- keine Krisenintervention durch Polizei oder Feuerwehr, sondern flächendeckende verlässliche

Krisenhilfe und unter Einbeziehung der vorhandenen Dienste nach dem Berliner Modell (unbürokratisch, anonym, jederzeit erreichbar, Arzt im Hintergrund).

- Versorgung in Akutkrisen zu Hause ambulant (siehe Windhorse-Projekt, Westlappland-Projekt, Schweden, Dr. Jörstad: Norwegen)
- Stärkung von Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit und Selbstvertrauen
- Therapeuten, die unser Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte sehen und einen gleichberechtigten Dialog sowie psychosoziale Hilfen anbieten.

Wir wollen uns unbefangen mit unseren Krisen und Problemen sowie den in ihnen schlummernden Reifungsmöglichkeiten befassen und dabei für unsere „Störungen“ un-

sere eigenen Worte finden. Dazu brauchen wir Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten, ein überschaubares Umfeld und möglichst wenig Beziehungsabbrüche.

Wir wollen nicht auf Symptome reduziert, sondern als Menschen mit Bürgerrechten respektiert werden. Anderssein ist oft mit wertvollen Fähigkeiten und besonderer Sensibilität verbunden.

Wir wollen mehr Hilfe zur Selbsthilfe, ohne Abhängigkeit von Psychopharmaka. Zur Betreuung wünschen wir uns unter den Professionellen auch ehemals Betroffene und Laien mit hohen menschlichen Qualitäten, die sich für uns und unsere Konflikte interessieren und eine vertrauensvolle Beziehung zu uns aufbauen.

-
- 3 Die Zahl medikamentenbedingter Todesfälle in Deutschland wird auf 16.000 geschätzt, die ernster Nebenwirkungen auf über 120.000 pro Jahr. Davon betroffen sind nicht zuletzt Psychopharmaka. So sind 20 bis 50 % der Therapien mit Antidepressiva unwirksam oder müssen wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden. Die Ursache dafür ist, neben nichtbeachteten pharmakologischen Wechselwirkungen, auch die individuell unterschiedliche, genetisch bedingte Arzneimittelverträglichkeit („Entgiftungstypen“). Diese braucht nur einmal im Leben bestimmt zu werden und könnte in den Blutgruppenpass eingetragen werden. Die Kosten für diese Diagnostik würden durch die optimierte Medikation, insbesondere die Vermeidung von Überdosierung und entsprechend bessere Compliance der Patienten um ein Vielfaches wettgemacht.

Literatur:

- Bauer, Joachim: Arzneimittelunverträglichkeit: Wie man Betroffene herausfischt. Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 24 vom 13.06.2003, Seite A-1654 / B-1372 / C-1288
- Evans WE, Relling M V: Pharmacogenetics: Translating Functional Genomics into Rational Therapeutics. Science 1999; 286: 487–491
- Schwab M, Marx C, Zanger UM, Eichelbaum M: Pharmakogenetik der Zytochrom-P-450-Enzyme. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 497–504 [Heft 8]
- Normann C, Hesslinger B, Bauer J, Berger M, Walden J: Die Bedeutung des hepatischen Cytochrom-P450-Systems für die Psychopharmakologie. Nervenarzt 1998; 69: 944–955
- Schönhöfer P: Klinik-basierte Erfassung Arzneimittel-bedingter Erkrankungen im Pharmakovigilanz-System. Arzneimitteltherapie 1999; 17: 83–86

1.2.

Ingo Runte, Medizinische Hochschule Hannover Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Begleitung höchstpersönlich - Milieuthérapie für akut psychotische Menschen (Referatstichworte)

I. Einführung

Burch House, New Hampshire, USA, 1978-2001

- Hauptinitiatoren: David Goldblatt, Catherine Burch Symmes
- Private Initiative, selbständig, außerhalb der Psychiatrie
- Therapeutische Wohngemeinschaft, max. 8 `Clients` und 6 `Interns` als therapeutisches Personal
- Kein Gebrauch von Diagnosen, keine Akten, kein medizinisches Personal

Das therapeutisch Wesentliche

Zuwendung

Beziehung

Zeit

Selbstverantwortung

II. Begriff und Bedeutung `Soteria`

Soter (alt-griechisch) bedeutet Befreier, Retter, Erlöser, z.B. Bezeichnung für Jesus Christus in frühen christlichen Schriften.

Soteria beinhaltet zahlreiche Übersetzungsmöglichkeiten.

Drei Dimensionen:

Idee der Rettung, Befreiung, Erlösung

Prozeß des Beistandes

Hoffnung auf Wohlergehen, Geborgenheit, Glück

Zwei wesentliche Soteria-Elemente:

Milieuthérapie

Beziehungen, Alltag

Psychosenverständnis

Psychose als Krise

III. Soteria „Zwiefalten“

Rahmenbedingungen:

- Seit 1.1.1999 die einzige Soteria in Deutschland
- Eine von drei Aufnahmestationen der Münsterklinik Zwiefalten. 1812 als erste `Königlich Württembergische Irrenanstalt` gegründet, später Psychiatrisches Landeskrankenhaus. Januar 1996 Umwandlung in eine Anstalt des Öffentlichen Rechts (Forderung des `Landesarbeitskreises Psychiatrie`). Versorgungsauftrag für rund 1 Million Menschen.

Bewohnerinnen und Bewohner

- 7 „Betten“, 10 Plätze inkl. weichem Zimmer und Mitwohnen
- Menschen vor, in und nach psychotischen Krisen.
- Ausschlusskriterien: Chronifizierung, primäre Suchtstörung, zu hohes Maß an Aggression.
Keine Ausschlusskriterien: Suizidalität, Wohnort, Zwangseinweisung.
- Bei ca. 70-90% der Betroffenen Niedrigdosierung an Neuroleptika

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- 9 Vollzeitkräfte als `Allrounder`.
- Alle Berufsgruppen arbeiten in zwei Schichten mit jeweils zwei Personen. „Anstrengend aber lohnend!“ Bislang keine Fluktuation.
- Ärztliche Versorgung durch 0,1 Chefarzt-Stelle
- Unter Betroffenen große Akzeptanz der Behandlung

„Die Gründe liegen nicht darin, dass wir so `tolle Mitarbeiter` sind, sondern im Konzept einer wohnlichen Umgebung und eines adäquaten Ernstnehmens des Erlebens.“ Dipl.-Psych. U. Annussek

IV. Warum `Begleitung höchstpersönlich`?

Annahmen:

- Psychose als geistige, seelische, spirituelle, Entwicklungs- Krise (kein organischer Transmitterdefekt)
- In jedem psychotischen Menschen gibt es psychotische und nicht-psychotische Anteile

Erfahrungen verschiedener Projekte:

- Psychoseinhalte weisen häufig auf Ursachen und biographische Zusammenhänge hin
- Psychotisches Erleben lässt sich für viele Betroffene leichter einordnen, keine Traumatisierung wie häufig auf einer Akutstation
- Teilweise Einsicht in psychotische Mechanismen
- Die persönliche Begleitung ist ein wesentlicher Grundstein für die weitere Therapie und Mitarbeit
„Virtually all patients who have used alternative facilities - say they prefer the experience to the hospital.“
(Prof. Richard Warner, Colorado. Zitat aus: Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment, 1996)
- Häufig keine bzw. deutlich weniger Medikamente

„Die psychotischen Filme sind begründet, sie haben mit mir und meinem Leben zu tun, sie sind Spiegel und Mitteilung für mich - wie meine Nachtträume. Sie sind wesentlich und wichtiger als Träume. Oft geht es in einer Psychose um mehr oder weniger verschlüsselte Bilder von Zerstörung und Neubeginn, von Tod und Wiedergeburt. Das ist weiß Gott kein Geheimnis. Die psychotischen Erlebnisse muss ich ernst nehmen, wie andere ihren Herzinfarkt ernst nehmen.“ (Regina Bellion, Soziale Umschau 3/96)
„Ich fühlte mich nach dem Durchleben meiner Psychose wie neugeboren.“
(ehemalige Bewohnerin des Burch House)

V. Wie geht `Begleitung höchstpersönlich`?

Jede Begleitung ist individuell. Es gibt kein Programm.

Hilfreiche Einstellungen und Verhaltensweisen von Begleiterinnen und Begleitern:

- Nicht-Direktivität, Passivität
- Ruhe, Gelassenheit, Präsenz
- Eigene Angstfreiheit
- Aufmerksamkeit, z.B. Achten auf Details (persönliche Gegenstände)
- Aufrichtigkeit
- Reflexion, Selbstkritik
- Zusammengefasst: Selbstbewusstsein plus die Fähigkeit, sich auf ein Fremdbewusstsein einzustellen

Was können Begleiterinnen und Begleiter konkret tun?

Reizabschirmung, Haltgeben

Beruhigende Atmosphäre, einfache Umgebung, evtl. einführender Körperkontakt

Kommunikation, Eingehen auf Psychoseinhalte

Bilder und Symbole aufgreifen um Sprache und Sinn der Psychose verstehen, Verhalten spiegeln, evtl. Instrumentarien wie Ton, Farbe oder Papier zur Verfügung stellen. Zitat aus der Soteria Bern:

„Manchmal schreiben wir uns auch im weichen Zimmer, hin und her, vor allem, wenn jemand nicht spricht. Das ist ganz interessant und funktioniert gut.“

Kontakt zur Realität

Kognitiv: Reales als real bestätigen, Zweifel am Wahnsystem verstärken.

Praktisch: Einfache Tätigkeiten wie Kochen, Einkaufen oder Putzen haben eine ‚erdende‘ Funktion und sind nur schwer von Irrealem zu beeinflussen. Spazieren-gehen, Sport, Körperübungen zur Synchronisation von Körper und Geist, z.B. Yoga, Atemübungen.

Grenzen setzen

Schutz z.B. vor Kälte, Begrenzung von Gewalt

VI. So geht `Begleitung höchstpersönlich` nicht!

Kritische Einstellungen und Verhaltensweisen von Begleiterinnen und Begleitern:

- Eine zu direktive und dominierende Haltung
- Eine pessimistische Grundeinstellung
- Die Überzeugung jemanden nur von außen reparieren zu können
- Eine Einstellung, die Betroffene als `wesensartig` andere Menschen ansieht
- Ein Vermischen eigener Probleme mit den Problemen Betroffener
- Ein Nichterkennen eigener Grenzen und Kapazitäten
- Fasst man alles zusammen:
Berufsbild `Bewußtseinspflegerin bzw. Bewußtseinspfleger`

Risiken für Betroffene:

- Jede intensive zwischenmenschliche Beziehung ist potentiell förderlich wie hemmend
- Alte Traumata können aufbrechen und kaum integrierbar sein
- Für manche ist im Vergleich zu einer primär medikamentösen Therapie ein höheres Maß an geistig-emotionalem Aufwand nötig um eine Psychose zu durchleben

Umsetzungsstrategien

- Einzelne Soteria-Elemente in bestehende Stationen integrieren
- Soteria- bzw. Krisenhäuser im Stadtteil
- Kleine Soteria-Stationen als Teil eines Psychiatrischen Krankenhauses

Handlungsempfehlungen

- An allen größeren Psychiatrien Einrichtung einer Soteria-Station
- Aufbau von Krisenhäusern mit direkter Beteiligung von Psychiatrie-Betroffenen
- `Bewusstseinspflege` als Zusatzqualifikation (ähnlich der sozialpsychiatrischen Zusatzqualifikation)
- Personelle Aufstockung ambulanter Teams, Krisenbegleitung vor Ort über Stunden, Tage

1.3.

Susanne Heim, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK)

„Eine Krise ist ein produktiver Zustand, man muss ihm nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen“ (Max Frisch)

- Krisen gehören zum Leben. Manchmal ist eine Krise geradezu notwendig, um Bewegung in eine festgefahrene, scheinbar ausweglose Situation zu bringen.
- Wenn eine Krise in die Psychose führt oder wenn ein psychoseerfahrener Mensch in eine Krise gerät, dann wird die ganze Familie bzw. das gesamte Umfeld in Mitleidenschaft gezogen.
- Es gilt also, den betroffenen Menschen jeweils ganzheitlich, in seinen sozialen Bezügen wahrzunehmen und zu unterstützen. Und es ist notwendig, die mitbetroffenen Bezugspersonen in die Betrachtung und Behandlung einzubeziehen: als zugleich Mitleidende, Mitlebende, Mitgestaltende, Mithelfende, eben als Mitmenschen. Zu diesen Mitmenschen gehören auch die Kinder der Erkrankten. Auch Kinder und Jugendliche sind Angehörige! Sie bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit und Entlastung – nicht nur, aber erst recht in Krisenzeiten.
- Viele krisenhafte Zuspitzungen ließen sich rechtzeitig ambulant „abfangen. Viele Psychosen müssten nicht chronifizieren, wenn leicht erreichbare, nach Bedarf abrufbare, aufsuchende Hilfen zur Verfügung stünden, eine flexible, aber kontinuierliche, strukturübergreifende Begleitung. Und zwar nicht nur im Falle einer (drohenden) Krise! Dazu gehörte auch die Behandlungsermächtigung für Ärzte der (Sozial-) Psychiatrischen Dienste.
- Nicht jede akute Krise macht eine stationäre Behandlung notwendig. Aber manchmal braucht es eine Auszeit in der Klinik – oder anderswo: zur Entzerrung der angespannten Situation, damit alle Beteiligten zur Ruhe kommen, Kraft schöpfen und wieder zu sich selbst finden können. Nicht jede Krise lässt sich in der Familie oder im Freundeskreis bewältigen. Nicht immer ist es mit einer Nacht im ambulanten Krisenbett getan. Manche Menschen berichten, dass sie sich im Zustand tiefer Verunsicherung, von Verfolgungsängsten gepeinigt, auf der geschlossenen Station einer Klinik noch am besten aufgehoben fühlten – selbst wenn sie diesen Schutzraum nicht (mehr) freiwillig aufsuchen konnten! Andere erleben es als Gefängnisfolter, wenn hinter ihnen die Tür verriegelt wird.
- Auch in einer existenziellen Krise bleibt der Mensch ein Mensch mit ganz individuellen Bedürfnissen. Die kann aber nur erfahren und berücksichtigen, wer sich auf diesen Menschen einlässt, sich Zeit nimmt ihn kennen zu lernen, sich ernsthaft um vertrauensvollen Kontakt bemüht) – und zwar vor einer eventuellen Medikation oder gar einer zusätzlich traumatisierenden Zwangs-Behandlung. Oft wäre diese gar nicht (mehr) nötig, wenn ein sicherer Rahmen und respektvolle Zuwendung Halt bieten würden.
- Erscheint der Einsatz von Psychopharmaka notwendig, dann muss die (genetisch bedingte) individuelle Medikamentenverträglichkeit ermittelt und beachtet werden, um eine zusätzliche gesundheitliche Gefährdung durch Überdosierung und vermeidbare Nebenwirkungen auszuschließen. Die Bestimmung des Verträglichkeitstyps wird von Medikamenten-Experten wie auch von Fachkommissionen der EU seit Jahren empfohlen. Sie ist, wie die Blutgruppenbestimmung, nur einmal im Leben nötig, würde die Behandlung verbessern, damit den viel beklagten Mangel an Compliance mindern und gleichzeitig einen erheblichen Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen leisten – nicht nur bei der psychiatrischen Behandlung!)
- Psychotherapie führt nachweislich zu neurobiologischen Veränderungen, die eine Normalisierung der Fehlregulationen im Hirnstoffwechsel bewirken. Im Gegensatz zu Psychopharmaka, die nur diese Defizite ausgleichen, fördert Psychotherapie darüber hinaus die Fähigkeit, Probleme zu lösen. Sie trägt also zur nachhaltigen Reduzierung von krankmachendem Stress bei, hilft also Krisen zu vermeiden – was dazu führt, dass weniger Medikamente gebraucht werden und dass die Klinik seltener und

für kürzere Aufenthalte in Anspruch genommen werden muss. Entsprechend ihrer Bedeutung als Heilmittel, das Seele und Körper beeinflusst, muss der Psychotherapie in der psychiatrischen Behandlung endlich der gleiche Stellenwert eingeräumt werden wie der Medikation. Sie muss bei vielen Ersterkrankungen, insbesondere der Depression, sogar als Mittel der ersten Wahl gelten.

- Zuhören, hinhören, Mut machen und Hoffnung geben, aber keine Illusionen wecken. Raum und Zeit gewähren für die Suche nach Anknüpfungspunkten und Zusammenhängen. Dazu braucht es keine exotischen Modell-Projekte, sondern „qualifizierte Normalität“. Diese lässt sich überall herstellen – innerhalb wie außerhalb der Klinik, unabhängig vom Ort des Geschehens.

- Das verlangt lediglich die praktische Umsetzung der Erkenntnis, dass der Mensch ein Mensch ist – dass wir nicht nur krank sind, wenn wir krank sind – und dass die Menschen, so verschieden sie auch sind, willkommen sein wollen.

- Dazu braucht es aber geschäftsfähige Behandler und Helfer. Sie müssen in der Lage sein, ihre Patienten/Klienten als fühlende Menschen wahrzunehmen und ihnen als (mit-) fühlende Menschen gegenüberzutreten – sie nicht nur als Fall zu sehen, sie nicht nur diagnostisch zu behandeln. Dazu müssen psychiatrisch Tätige bereits in der (Grund-)Ausbildung befähigt werden:

- durch die Begegnung mit psychose- und psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen, die an Lehrveranstaltungen mitwirken;

- durch Teilnahme an trialogischen Veranstaltungen (wie z.B. Psychose-Seminaren);
- durch Kontaktpflege mit Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger;
- durch Schulung in Gesprächsführung und therapeutische Selbsterfahrung und, sobald sie dann auf die Menschen losgelassen werden – regelmäßige Supervision.

„Ambiente ist wichtiger als ärztliche Leistung“ – so brachte vor 5 Jahren eine Kölner Zeitung die Quintessenz einer Studie über die Zufriedenheit von Klinikpatienten auf den Punkt: Es komme vor allem auf „so scheinbare Nebensächlichkeiten“ an wie ein freundlich eingerichtetes Zimmer – oder ein Lächeln der Krankenschwester. Förderlich für Sicherheitsgefühl und Zufriedenheit sei im Übrigen und nicht zuletzt auch die Auskunftsbereitschaft von Ärzten und Pflegekräften.

Durchgeführt worden war die umfangreiche Befragung in einer chirurgischen Abteilung. Doch wäre das Ergebnis in der Psychiatrie nicht anders ausgefallen! Hier wie dort logiert man schließlich nur ungerne, notgedrungen. Hier wie dort möchte man sich – wünschenswert, denn schon – freundlich aufgenommen und gut aufgehoben fühlen.

Als Patientin wünsche ich mir, dass ich mich willkommen und angenommen fühlen darf mit all meinem Unbehagen, Misstrauen, Widerwillen, Schmerz. Ich brauche vorübergehend Schutz, Schonung und Unterstützung, weil ich einige Probleme meines Lebensalltags nicht mehr (alleine) meistern kann. Ich hoffe, dass meine Gastgeber mir mit Respekt begegnen. Ich hoffe, dass Sie mir behilflich sind, mich in der

fremden Umgebung und mit den Spielregeln der Station zurechtzufinden, mich in die Wohngemeinschaft einzufinden, die ich mir nicht aussuchen konnte. Ich wünsche mir, dass sie mich wohlwollend begleiten, mich ermutigen; dass Sie mich einladen, mich an der gemeinsamen Gestaltung des Stationsalltages zu beteiligen. Manchmal wird das nicht ohne Ansporn und (Er-)Mahnungen abgehen. Ich will aber nicht erzogen werden, denn ich bin so erwachsen und mündig wie meine Gastgeber, wenn auch vorübergehend auf ihren Beistand angewiesen. Wenn sie akzeptable Anlässe schaffen und sich auch selber gutgelaunt beteiligen, kann das gemeinsame Tun sogar Spaß machen.

Ich meine, mehr Normalität im Umgang miteinander, innerhalb wie außerhalb der Klinikmauern, wäre therapeutischer als manche „Therapie“. Und kostet keinen Pfennig! Braucht es dazu separate innovative Einzel-Projekte? Verbindet sie denn nicht alle genau diese Haltung: Menschlichkeit, respektvolle Aufmerksamkeit, Interesse für den Menschen, sein Leben und Er-Leben? Wer das im Stationsalltag praktiziert, wird auch in Krisen guten Halt und Orientierung geben können.

Dass das keine Utopie ist, kann man z.B. in Herne erleben. Warum steht es hier nicht zur Debatte? Aber vielleicht meldet sich ja doch jemand von dort zu Wort – oder aus Langenfeld, wo Soteria-Elemente auf zwei Pflichtversorgungs-Stationen Eingang gefunden und die Atmosphäre positiv verändert haben. Warum in die Ferne schweifen – um dann bedauernd, aber erleichtert festzustellen: Aber auf unsere Region, auf unsere Einrichtung lässt sich das leider nicht übertragen.

Handlungsempfehlungen Forum 1

- Einrichtung einer Sotaria-Station an allen größeren Psychiatrien und Umsetzung der Erfahrungen aus Sotaria-Projekten auf allen allgemein-psychiatrischen Stationen
- Vernetzung der Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde (auch mit Jugendhilfe)
- Kostenvergleiche zur Bewertung von alternativen Projekten
- Verbesserung der Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen in der Psychiatrie (vor allem der ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte)
- Krisenbegleitung vor Ort über Stunden/Tage und Einrichtung eines Krisendienstes in jeder Versorgungsregion
- Finanzierung ambulanter Krisenteams nach SGB V zur Verhinderung stationärer Psychiatrieaufenthalte
- Entbürokratisierung, Einführung eines persönlichen, trägerübergreifenden Budgets
- Schaffung von Finanzierungsformen, die komplementäre Medizin und Psychotherapie in die psychische Behandlung integrieren
- Einführung einer obligatorischen Feststellung der individuellen Medikamentenverträglichkeit um vermeidbare Nebenwirkungen und persönliches Leid durch falsche Dosierungen auszuschließen und Kosten im Gesundheitswesen einzusparen.
- Orientierung an best-practise-Projekten zur Optimierung der Gemeindepsychiatrie

Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln

ReferentInnen:

Prof. Dr. Heinrich Kunze (APK)

Cornelius Kunst (BPE)

Prof. Dr. Reinhard Peukert (BApK)

Moderation:

Martin Kresse (GRÜNE LVR)

Protokoll/Dokumentation:

Michael Hohagen

Kurzbericht Forum 2

Seitens der TeilnehmerInnen werden individuell gestaltete professionelle Hilfen befürwortet, wobei Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung der Betroffenen und Hilfe zur Selbsthilfe gegenüber dem biologisch-genetischen Ansatz im Vordergrund stehen muss, um eine sinnvolle Verringerung der Medikamentenvergabe zu erreichen.

In der Diskussion wird die Wichtigkeit der Entwicklung sozialer Netze betont. Beziehungen und soziale Netze sind für die Genesung entscheidend, deshalb sollen Kommunikation, Beziehung, Interaktion und Partnerschaft im Mittelpunkt der Arbeit und der Behandlungsansätze stehen. Regionale Versorgung muss als Organisation und Entwicklung verstanden werden.

Zum Thema Hilfeverantwortlichkeit betont die Arbeitsgruppe, dass Verantwortlichkeit für den gegebenen Hilfebedarf durch beteiligte Instanzen, Einrichtungen und Personen auch dann wahrgenommen werden, wenn dieser Bedarf nicht oder nicht vollständig selbst bzw. mit eigenen Mitteln erfüllt werden kann. Die Arbeitsgruppe diskutiert die Möglichkeiten zur Umstrukturierung der Hilfesysteme in den Bereichen Personalisierung, Finanzierung und der Angebote im Dialog.

Langfristige Qualitätskontrollen unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen werden von der Arbeitsgruppe als wichtig genannt. Klinikorganisatorische Veränderungsnotwendigkeiten dürften keinen Wechsel der Bezugspersonen beinhalten (auch nicht bei Stationswechsel innerhalb der Klinik). Stationsübergreifende BezugstherapeutInnen / Teams seien erforderlich und „Personalbrücken“ müssten aufgebaut werden. Lediglich organisatorische Fragen seien stationsbezogen zu diskutieren.

2.1.

Cornelius Kunst (BPE), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln

1. Vorstellung

Allgemein

Sehr geehrte Damen und Herren, Mein Name ist Cornelius Kunst. Ich bin Psychiatrie-Erfahrener und wohne in Solingen.

meine "Psychiatriekarriere"

Meine "Psychiatriekarriere" begann im Jahre 1982. Ich hatte 6 Wochen nach der Geburt meiner ersten Tochter eine Psychose. Dieser Psychose folgten 3 weitere bis zum Jahr 1987. Damals hatte ich mich schon fast aufgegeben, denn ich sah kaum noch Licht am Horizont.

meine Selbsthilfe und meine Selbsthilfeaktivitäten

An der Stelle möchte ich sagen, dass die professionellen Hilfen, die ich kennengelernt habe, mir nicht geholfen haben.

Ich kann sagen, ich habe es aus eigener Kraft geschafft, weitere Krisen zu vermeiden.

Als erstes habe ich das "Kiffen" aufgehört.

Ich habe festgestellt, dass meine Psychosen mit einem hohen Stresspotential im Zusammenhang standen. Daraus resultierte mein Stressmanagement. Ich lernte, mich realistisch wahrzunehmen und zu steuern.

Seit dem Sommer 2000 bin ich in der Selbsthilfe aktiv. Zuerst auf örtlicher Ebene, seit Sommer 2001 auch auf Landesebene.

2. Wie habe ich gemeindepsychiatrische Einrichtungen erlebt:

als Nutzer

Überwiegend habe ich schlechte Erfahrungen gemacht, aber auch ein paar gute.

Es kam immer darauf an, wer gerade Dienst hatte.

Ich habe mich möglichst von den Angeboten ferngehalten, weil überwiegend eine destruktive Atmosphäre vorherrschte.

Folgendes fiel mir auf:

- oft fühlt sich keiner für einen zuständig
- man kommt sich hauptsächlich kontrolliert vor
- kein Profi unterhält sich mit einem über mögliche Ursachen
- die Fähigkeiten und Ressourcen, die man hat, werden nicht wahrgenommen
- man bekommt selten Bestätigung

als Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen

Als Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen habe ich sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht.

Neben positiven Erfahrungen im Umgang mit Profis, trifft man auch auf Ablehnung, nicht ernst genommen zu werden und auf Konkurrenzdenken.

3. Welche Missstände sind mir aufgefallen

Die in der Psychiatrie Tätigen haben mehrere Aufgaben:

- Sie sollen den Betroffenen helfen, mit ihrer Krankheit umgehen zu lernen und mit ihrem Leben klarzukommen. Dies geschieht oft nur unzureichend, bzw. es entstehen Abhängigkei-

ten. Empowerment ist für viele noch ein Fremdwort.

- Sie haben eine Ordnungsmacht- und Erziehungsfunktion. Dies wird im Besonderen durch Beobachten und Kontrollieren wahrgenommen. Die Vertrauensbasis

wird dadurch gestört, bzw. erst gar nicht aufgebaut.

Beide Aufgaben stehen im Widerspruch, und über die 2. wird von Seiten der Profis gegenüber den Betroffenen nicht geredet.

Die meisten Profis sehen den biologisch, genetischen Ansatz als Hauptursache für psychische Erkrankungen an.

Dies hat zur Folge, dass der Behandlungsschwerpunkt auf Medikamenten liegt.

4. zum Thema

Die Erfolge gemeindepsychiatrischer Einrichtungen waren m.E. in der Vergangenheit nicht ausreichend.

Es sind regelrechte Ghettos entstanden, in denen die Betroffenen in eine Abhängigkeit zu den professionellen Helfern geraten sind.

Die Folgen sind eine große Unzufriedenheit der Psychiatrie-Erfahrenen mit sich selbst, eine hohe Medikamenteneinnahme mit dementsprechenden starken Nebenwirkungen und Spätfolgen.

5. Welche Änderungswünsche habe ich

...an die psychiatrischen Einrichtungen

Psychische Erkrankungen sollten nicht mit dem genetischen Ansatz gesehen werden, da dies der Selbsterforschung der Ursachen, und einer sinnvollen Selbsthilfe im Wege steht.

Wenn vermittelt wird, man kann zwar nichts dafür, aber außer Medikamente einzunehmen kann man auch nichts dagegen tun, ist das schlichtweg falsch.

Statt dessen Hilfe für die Erforschung und Aufarbeitung der Auslöser in Kombination mit Hilfe zur Selbsthilfe.

Der BPE und der LPE-NRW haben 2 sehr gute Selbsthilfekonzpte. Diese

Was oft fehlt ist persönliche Ursachenforschung und Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Folge ist, wer sich nicht aus eigener Kraft hilft, läuft Gefahr chronisch zu erkranken.

Suizide und plötzliche frühe Todesfälle sind an der Tagesordnung.

Die Zusammenarbeit der Einrichtungen läßt oft zu wünschen übrig, sie ist vielfach von Konkurrenzdenken geprägt.

Der personenzentrierte Hilfeplan soll hier Abhilfe schaffen, und dabei auch noch die Kosten senken. Dies kann nur gelingen, wenn die Profis umdenken, und den Betroffenen eine wirkliche Hilfestellung zur Wiedererlangung von Selbstvertrauen,

bieten schon ein gutes Basiswissen. Soviel sollten die Profis zumindest wissen und weitergeben können.

...an die Politik

Psychische Erkrankungen werden in der gesundheitlichen Aufklärung stark vernachlässigt, fast schon ausgeklammert. Dabei kann es theoretisch jeden treffen. Die Folgekosten sind bei diesen Erkrankungen besonders hoch.

Es müsste eine Kampagne gestartet werden, ähnlich der HIV-Kampagne. Diese sollte über alle psychischen Erkrankungen wie Psychose, Depression, Panikattacken, etc. informieren.

Wie entstehen sie, woran kann man sie früh erkennen, welche Ge-

Allgemein kann man sagen, wird in den meisten Bereichen der Medizin, auf die Bekämpfung von Symptomen durch Medikamente gesetzt. Statt nach den Ursachen zu suchen, und beratende Lebenshilfe zu geben, sind Medikamente oft die einzige Therapie.

Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung anbieten.

Dies im besonderen Maße für Ersterkrankte. All zu oft wird man nämlich als Psychiatrie-Erfahrener wie doof behandelt.

genmaßnahmen sollten getroffen werden, was erhöht das Risiko zu erkranken, z.B.: Drogengebrauch, Mobbing,

psychosozialer Stress, etc. Diese Kampagne hätte auch einen Antistigma-Effekt.

Wir brauchen eine bessere, unabhängige Qualitätskontrolle der Einrichtungen, da es auch heute noch viele Menschenrechtsverletzungen, bis hin zu Todesfällen gibt.

...an die Gesellschaft

Durch die Medien wird der Bevölkerung ein falsches Bild über psychische Krankheiten vermittelt.

Dies hat für Psychiatrie-Erfahrene eine Ausgrenzung und Stigmatisierung zur Folge.

Wir werden in vielen Bereichen, besonders am Arbeitsplatz und bei

der Arbeitssuche benachteiligt. Ausgrenzungen erzeugen seelischen Stress, dies wiederum führt zu Wiedererkrankung und in vielen Fällen zu Selbsttötungen.

Wir wünschen uns einen offenen, toleranten Umgang, ohne dass wir uns verstecken müssen.

2.2.

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her denken!

Angehörige denken immer konsequent vom Erkrankten her, halten allerdings auch immer ihre eigene Perspektive aufrecht (so wie Professionelle neben dem Nutzwert ihres Handelns für die Psychiatrie-Erfahrenen immer auch den Erhalt ihrer Institution im Blick haben – wobei Erhalt der Institution heute heißt: die Institution verändern; aber das war sicher Thema von Herrn Prof. Dr. Kunze).

Angehörige sind voraussichtlich die Gruppe im Dialog, die am konsequentesten die Fragmentierung des Hilfesystems aufbrechen wollen:

Wir Angehörigen sind es, die auch subjektiv unter den negativen Folgen dieser Fragmentierung vom ersten Tag unserer unfreiwilligen Konfrontation mit dem Versorgungssystem leiden.

Unsere erkrankten Familienmitglieder erleben zunächst nur die einzelnen Institutionen, in denen sie landen – und sie erleben sie als hilfreich, bedrückend, annehmend und akzeptierend oder feindlich, je nach dem. Zu Beginn ihrer Psychiatrie-Erfahrenen-Karriere wollen sie zumeist den Hilfeinstitutionen am liebsten entfliehen, ausgerechnet

zurück in den Schoß der Familie, in der es vor der Klinikeinweisung zu nicht unerheblichen Konflikten kam.

Später haben sie – hoffentlich – einige der Professionellen in Diensten und/oder Einrichtungen als zuwendend und hilfreich erlebt – und ziehen ein Leben dort im Umfeld der „Psychiatriegemeinde“ vor, wenn es sehr gut läuft, haben sie sich außerdem einer Gruppe von Psychiatrie-Erfahrenen angeschlossen, in denen sie sich zunehmende Selbstsicherheit und autonome Orientierungen erarbeiten.

Aber wie sieht das aus Angehörigensicht aus?

Der Sohn, die Tochter, die Mutter, der Vater wurde womöglich an einem Freitag ohne große Ankündigung aus der Klinik entlassen – in seine Wohnung, obwohl er fest davon überzeugt ist, nicht allein fertig zu werden, - oder in das Wohnheim, das ihn nicht mehr haben will, weil er ein wenig renitent war, - oder zu uns nach Hause.

Die Tabletten für das Wochenende hat man ihm mitgegeben, vielleicht auch noch für Montag oder Dienstag, aber spätestens Mittwoch muss es uns gelingen, ihn zum Arzt zu schleifen – denn das hat man uns unmissverständlich eingeprägt: ohne die Medikamente wird es wieder los gehen – und wir wissen nur zu genau, was das heißt (in jedem einzelnen Falle etwas Anderes, aber in jedem Falle bedrohlich für uns, und Leid erzeugend für alle Beteiligten).

Und nun beginnen wir Angehörigen, unseren Führerschein in Navigation durch das fragmentierte Hilfesystem zu machen: wir rufen hier, wir rufen dort an; wir versichern uns der Unterstützung des SPD i – und manchmal können die auch helfen; uns wird das Leistungsspektrum vieler Dienste und Einrichtungen der Region geschildert, bevor wir erzählen können, was unser Angehöriger und wir benötigen – und zu oft passt das nicht, oder der Vortrag über das Konzept der Einrichtung endet mit dem Hinweis: „Auf unserer Warteliste stehen noch 10 Bewerber vor Ihnen bzw Ihrem Sohn“!

Unsere kranken Angehörigen erleben nur unsere hektische Betriebsamkeit – und wären an vielen tiefgründigen Gesprächen, Spaziergängen, gemeinsamen Fernsehgenuss oder was auch immer viel mehr interessiert!

Die Profis in den Einrichtungen haben uns nur einmal gesehen, und ihr Bestes getan:

Sie haben uns Zeit gegönnt, in der sie ihr Angebot ausbreiteten und haben uns die jeweils realistische Perspektive für unseren Kranken in dieser Einrichtung geschildert.

Aber wir? Wir kommen uns – offen gesagt – verloren vor!

Niemand hat unser Anliegen aufgegriffen und uns gefragt, was wir und unser Psychiatrie-Erfahrener wollen und benötigen. Niemand hat gesagt: „ja, ich sehe ihren und den Hilfebedarf ihres Sohnes; wir hier können dem nicht oder nur zu einem Teil entsprechen – aber ich mache mich dafür verantwortlich, das sie und ihr Sohn die Hilfen bekommen, die unter den gegenwärtigen Bedingungen am ehesten dem entsprechen, was ihr

Sohn will und zu akzeptieren bereit ist – und was auch für sie hilfreich ist und nicht noch zusätzlichen Belastungen nach sich zieht“.

Das wäre genau die Begegnung mit dem Hilfesystem, die Angehörige seit Jahren erträumen!

Und weil wir seit Jahren das Versorgungssystem so erlebt haben, wie ich es holzschnittartig geschildert haben, sind die Angehörigen mit fliegenden Fahnen auf den Zug der personenorientierten Hilfen, der koordinierten Hilfeplanung von Komplexleistungen, der Diskussion mit Trägern über deren Selbstverpflichtung, wonach jeder in seiner Region angemessene Hilfen erhalten können soll und niemand wegen Art und/oder Schwere seiner Krankheit bzw. wegen Art und Umfang seines Hilfebedarfes wohnortfern stationär untergebracht werden soll u.s.w.!

Darum beteiligten sich Angehörige in nahezu allen Regionen, sowie auf Landes- und Bundesebene an Arbeitsgruppen, die sich Folgendes vorgenommen haben:

- Einführung einer personenzentrierten und integrierten Hilfeplanung – unter Einbeziehung der Angehörigen;
- Installierung einer u.a. auch unserem kranken Angehörigen und uns gegenüber verantwortlichen Person, die dafür sorgt, dass die vereinbarten Hilfen nicht nur additiv, sondern integriert erbracht werden; (Koordinierende Bezugsperson)
- Vorhalten, Steuern und Abstimmen der vorhandenen Dienste und Einrichtungen mit dem Ziel, die aktuell erforderlichen Hilfen und Funktionen mit den aktuell vorhandenen Dienste und Einrichtungen zu realisieren – und dabei das Überleben der Dienste und Einrichtungen unter Erfüllen des Erfordernisses höchster

innerer und äußerer Flexibilität zu sichern: Gemeindepsychiatrischer Verbund.

- Steuerung der aktuell verfügbaren Ressourcen und der aktuellen Hilfebedarfe in der Region auf eine Weise, die dazu führt, dass jeder Hilfebedarf zumindest „sub-optimal“ beantwortet wird - und nicht so wie bisher: Einige bekommen viel, Andere einen Platz auf der Warteliste!
- Das Instrument für diese Form von Steuerung ist längst erfunden und funktioniert in vielen Regionen: Hilfeplankonferenzen aller Beteiligten mit gemeinsamer Budgetverantwortung der Leistungserbringer und der Leistungsträger (das verhindert den „Trick“, immer den jeweils Anderen für Versäumnisse und Defizite schuldig zu sprechen!)
- Kooperative Steuerung der regionalen Psychiatrieentwicklung (im Hinblick darauf, welche Strukturen und Funktionen erforderlich sind (nicht Ein-

richtungen: Funktionen – erst in einem zweiten Schritt ist zu prüfen, welche der bestehenden Einrichtungen diese Funktionen erfüllen können – erst danach stellt sich ggf. die Frage nach neuen oder weiteren Einrichtungen), welche Qualität erreicht werden soll, welche Mittel – vom Umfang und dem Ursprung her (Sozialversicherungen, BSHG-Mittel, sonstige kommunale Haushaltsmittel) – dafür künftig eingesetzt werden sollten.

Wie gesagt, für alle diese Ebenen bzw. Funktionen liegen die Instrumente und Erfahrungen damit vor:

- z.B. IBRP
- koordinierende Bezugsperson
- Hilfeplankonferenz
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- Großer Regionaler Verbund (GRV), Steuerungsverbund, Psychiatrieausschuss.

Personenzentrierte Hilfen, GRV, GPV und Familienselbsthilfe

Umfrage unter Angehörigenvertretern in den Modellregionen:

Ergebnis der Befragung:

Angehörige sind Sachwalter der Projekt-Intentionen

Angehörigen beginnt die Zukunft zu häufig als Schnecke

MA unterliegen sehr oft den Verführungen „alter“ Erfahrungen

Psychiatrieerfahrene und Angehörige wollen den Prozess mit kontrollieren

Vorausgesetzt, diese Elemente werden realisiert, sieht die Welt für Angehörige – aber auch für Psychiatrie-Erfahrene, deutlich anders aus! Allerdings hätte die Realisierung auch nicht zu unterschätzende Konsequenzen für die Leistungsträger und die Leistungserbringer:

- die Leistungserbringer müssen ihre Angebote flexibilisieren, damit sie dem Bedarf der Psychiatrie-Erfahrenen entsprechen;
- in der Folge wird die Finanzierung auf der Basis von Plätzen fragwürdig: flexiblen, personenorientierten und integrierten Hilfen angemessener sind einerseits einzelleistungsorien-

tierte Vergütungen auf der Basis von Zeitwerten und andererseits für bestimmte Basisangebote (wie z.B. Kontaktaufnahme und die Leistungsbereitschaft zu spontanen Beratungen, was in Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen vorgefunden wird) pauschalierte Vergütungen;

- auf die Leistungsträger kämen ebenfalls Veränderungen zu: sie müssten gemeinsam mit den Leistungserbringern im Steuerungsverbund Lösungen für das faktische Einlösen der Versorgungsverpflichtung finden – wie überhaupt kooperative Lösungen

unter dem Primat der Patienten/Klienteninteressen sowie der Leistungsfähigkeit und -- bereitchaft der Angehörigen zum Dreh- und Angelpunkt werden (müssen).

Abschließend wird zusammengefasst, welche Vorteile die einzelnen angesprochenen Umsteuerungen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige bedeuten und wie sich Angehörigen die künftige „Aufgabenverteilung“ in der „Psychiatrie-Gemeinde“ vorstellen.



Handlungsempfehlungen Forum 2

- Sinnvolle Verringerung der Medikamentenvergabe;
- Förderung von Beziehungsarbeit, sozialer Bindung und sozialen Netzen durch das Hilfesystem;
- zielorientierte, personenzentrierte und integrierte Hilfeplanung;
- schriftliche Information für die Betroffenen über die festgelegten Hilfe-verantwortlichkeiten ;
- vereinbarten Hilfen (koordinierende Bezugsperson) nicht nur additiv sondern auch integrativ ausrichten;
- Schaffung von Finanzierungsformen, die gute Beziehungsarbeit belohnen und institutionszentriertes und technokratisches Handeln bestrafen.
- Ersatz von platzbezogener Finanzierung durch Fachleistungsstunden, deren Höhe ausreichend zu bemessen ist.
- Erfassung ambulanter und stationärer Teilbereiche durch das Gesamtbudget und Einbeziehung aller Professionen
- Sicherung langfristiger Qualitätskontrollen unter Beteiligung von Psychiatrie- Erfahrenen und Angehörigen durch Steuerungsverbund bzw. Psychiatriekoordination
- Schaffung der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für die genannten Empfehlungen

Forum 3:

Verbindliche und verantwortliche Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in allen Fragen der Planung, bei Gesetzesnovellierungen, der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Forschung und Qualitätsentwicklung

ReferentInnen:

Ruth Fricke (BPE)

Jürgen Bombosch Diakonisches Werk Rheinland

Gudrun Schliebener (BApK)

Moderation:

Andrea Asch (GRÜNE im LVR)

Dokumentation:

Sandra Kätker

Kurzbericht Forum 3

Im Rahmen dieses Forums beschäftigt sich die TeilnehmerInnen vorrangig mit Möglichkeiten der garantierten Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in der Psychiatrie.

Die TeilnehmerInnen kommen zu dem Schluss, dass aus der wirtschaftlichen Perspektive betrachtet, eine nachhaltigere und erfahrungswissenschaftlich unterlegte Psychiatrieplanung und -entwicklung Ressourcen und Kosten spart. Es findet allerdings aktuell keine gleichberechtigte Gremienarbeit statt, da sich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ehrenamtlich in ihrer Freizeit engagieren und dem „professionellen Apparat“ gegenüberstehen. Dies führt z.B. zu Terminproblemen. So tagen Arbeitskreise und andere Gremien regelmäßig in der Arbeitszeit der Profis. Die Terminplanung orientiert sich nicht an den Bedürfnissen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, die selber oft berufstätig sind oder andere Verpflichtungen haben.

Zu dem Motivationsproblem von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen verweist die Arbeitsgruppe auf die Schaffung von Gremien, in denen verbindliche und verantwortliche Beteiligung real stattfindet. Dafür müssen aber auch die materiellen Voraussetzungen erfüllt sein, wie Kostenerstattung, z.B. der Fahrtkosten und finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe. Darüber hinaus müssen „technische Probleme“ Berücksichtigung finden. Zwei Teilnehmer aus den Niederlanden berichteten, dass dort in jeder psychiatrischen Klinik Beteiligung in Form von institutionalisierten Erfahrenengruppen durchgeführt wird. Diese Form der Institutionalisierung birgt Vor- und Nachteile. Die Arbeitsgruppe kommt zu dem Schluss, dass die Weiterentwicklung von Beteiligungsstrukturen nicht zur Vereinnahmung des kritischen Potentials von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen führen darf.

3.1.

Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Qualitätsanforderungen aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen

Wandlung des Krankheitsverständnisses

- psycho-soziale Ursachen psychischer Krisen müssen mehr in den Vordergrund rücken
- das Erfahrungswissen der Betroffenen über Ursachen Verlauf und mögliche Heilung muss in Forschung und Therapie einfließen
- Diagnostik muss obligatorisch eine umfassende Anamnese psychotischen Erlebens und damit der Krisenursachen einschließen, um ursächliche Traumata zu erkennen.
- Die sprechende, Traumata aufarbeitende Medizin muss Vorrang erhalten vor der medikamentösen Medizin, die Symptome nur unterdrückt

Wandlung vom Versorgungssystem zum Hilfesystem

- Vorrang von Selbsthilfe vor Fremdhilfe
- Vorrang von nichtpsychiatrischen Hilfen vor psychiatrischen Hilfen
- Vorrang von ambulanten Hilfen vor stationären Hilfen
- Art und Form der Fremdhilfe muss vom Betroffenen definiert werden
- Nur soviel Hilfe wie nötig, keine de facto Entmündigung durch Rundumsorglosversorgung
- Zwang und Gewalt haben in einem echten Hilfesystem keinen Platz
- Verhandeln geht vor Behandeln
- Hilfe muss sich an der Ressourcen und nicht an Defiziten orientieren und damit Selbstbewusstsein und Selbständigkeit fördern
- Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Betroffenen

Mitsprache und Mitentscheidung durch Psychiatrie-Erfahrene

Die Umsetzung dieser hier noch einmal kurz zusammen gefassten Ziele, setzt bei professionellen Helfern, Politik und Öffentlichkeit ein anderes Verständnis von Psychischer Erkrankung und eine geänderte Innere Haltung bzw. Einstellung gegenüber den Betroffenen voraus. Diese läßt sich am besten erwerben durch den dialogischen Erfahrungsaustausch.

Dialog ist heute noch in vielen Gegenden Deutschlands ein Fremdwort und dort wo von Dialog geredet wird, ist es häufig kein echter, nämlich nicht der Ort wo sich alle drei Gruppen auf gleicher Augenhöhe begegnen.

Warum ist ein offener und von allen Beteiligten ehrlich geführter Dialog aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen so wichtig?

Ich sage immer „Ein und die selbe Psychose erleben Betroffene, deren Angehörige und psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen zum gleichen Zeitpunkt völlig anders.“

Es kommt darauf an, dass jede der Drei Gruppen das Erleben, die Empfindungen, Ängste, Hilflosigkeit ... der jeweils anderen beiden Gruppen möglichst authentisch kennenlernt und nach Möglichkeit auch nachempfinden kann. Alle Beteiligten müssen wirklich bereit sein und in die Lage versetzt werden einen Per-

spektivwechsel vorzunehmen. Dazu ist bei allen Beteiligten die Bereitschaft zu absoluter Offenheit und Ehrlichkeit notwendig.

- Nur dann bringt der Dialog wirklich die Erkenntnisse, die wir brauchen, um psychiatrisches Handeln nachhaltig zu verbessern.
- Nur der Dialog kann den Profis und hier insbesondere den Ärzten ein anderes, realitätsnäheres Krankheits- bzw. Psychoseverständnis vermitteln wie es z.B. für eine größere Verbreitung und Umsetzung des Soteriakonzeptes und die dazu notwendige innere Haltung der psychiatrisch Tätigen notwendig ist.

- Nur das im Dialog erworbene andere Krankheitsverständnis kann dazu beitragen, dass nicht weiterhin Forschungsmillionen verplempert werden auf der Suche nach vermeintlich genetischen Ursachen von Schizophrenie und Depressionen – nur genau das findet gegenwärtig im großen Stille statt – Und darum sage ich der Dialog ist noch nicht die Basis psychiatrischen Handelns, aber er muss es dringend werden.
 - In einem echten offenen Dialog können wir Betroffenen den beiden anderen Gruppe unser psychotisches Erleben so authentisch wie möglich schildern aber auch die Umstände, die uns in die Psychose gebracht haben.
 - Wir können versuchen unser vermeintlich unverständliches Verhalten und Handeln verständlich zu machen und für andere in einen Sinnzusammenhang zu bringen.
 - Wir erfahren von den Ängsten und der Hilflosigkeit der anderen Beteiligten, können vielleicht wertvolle Tipps geben, was man hätte anders machen können.
 - Wir erfahren von gesetzlichen und institutionellen Zwängen an die z.B. Profis gebunden sind.
- Erst wenn wir gegenseitig die Perspektive der anderen beiden Gruppen kennen, können wir auch gemeinsam nach anderen Lösungen suchen.

Alternative Lösungen in die Praxis umzusetzen, kann der auf Erfahrungsaustausch angelegte eigentliche Dialog – häufig auch Psychoseseminar genannt - aber nicht mehr leisten. Hierzu bedarf es dialogisch besetzter echter Mitbestimmungsgremien.

Ich würde mir dialogisch besetzte Psychiatrie-Beiräte wünschen, die

mit echten Kompetenzen ausgestattet sind:

a) einmal auf der Ebene des Gesetzgebers

Hier würde ich mir wünschen, dass das Land NRW – ähnlich wie das BMGS – einen Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der Psychiatrie einsetzt, da wesentliche Punkte der konzeptionellen Entwicklung eines Hilfesystems und dessen praktische Umsetzung in der Zuständigkeit der Länder liegen. Wie wichtig die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen in Gesetzgebungsverfahren ist, möchte ich an zwei Beispielen aufzeigen. Als das derzeit gültige PsychKG zur Novellierung anstand, haben wir nur per Zufall davon erfahren und wir haben uns dann einfach eingemischt und unsere Forderungen eingebracht. Im Ergebnis wurde z. B.

- die Behandlungsvereinbarung als eine Form der Vorausverfügung im Gesetz verankert
- rückten die Selbsthilfeverbände der zu Beteiligten immer weiter nach oben
- wurden Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen ordentliche Mitglieder der Besuchskommissionen

Bei dem derzeit in der Beratung befindlichen Änderung des Betreuungsrechtes wurden wir offiziell um Stellungnahme gebeten. Wir sehen es als Teilerfolg unserer Bemühungen, dass die Bundesregierung die geplante „ambulante Zwangsbehandlung“ aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht mittragen will. Bezüglich der mindestens ebenso verfassungsrechtlich bedenklichen „Vertretungsmacht der Angehörigen für die Gesundheitsorge“ im Bereich der psychischen Erkrankungen, werden wir noch einige Kraftanstrengungen unternehmen müssen, um auch hier zu einer Streichung zu kommen.

b) zum anderen bei den Kreisen als Träger der Aufgaben

Hier geht es um die konkrete inhaltliche und konzeptionelle Ausgestaltung des Hilfesystems und dessen Vernetzung, wobei der individuellen und kollektiven Selbsthilfe der Vorrang eingeräumt, der Aufbau teurer Subkulturen vermieden sowie das Expertenwissen der Betroffenen z.B. im Bereich der Krisenintervention – nicht nur ehrenamtlich – nutzbar gemacht werden soll, und wenn die Kreise nicht gleichzeitig Klinikträger sind auch in der Kliniken.

Aber die Kompetenzen dieser Beiräte müssen (möglichst im Psych-KG und/oder im ÖGD) rechtlich abgesichert sein. Auch hier geht es um konzeptionelle Fragen, Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe, Vernetzung mit dem ambulanten und komplementären Bereich, der inneren Haltung etc.

Wo die Grenzen von informellen, rechtlich nicht abgesicherten, Beiräten liegen, konnten wir im Zusammenhang mit den Personalentscheidungen des LWL in der westf. Klinik Gütersloh hautnah erleben. Wir haben zwar über Jahre klinikintern den konzeptionellen Umbau der Abteilung nach Soteriakriterien mit vorantreiben können. Aber es ist uns nicht gelungen dem Krankenträger zu vermitteln, wie gut dieses Konzept von den PatientInnen angenommen wurde und dass dieses Konzept von den Menschen die es tragen und deren innerer Einstellung lebt. Es gab und gibt kein festgeschriebenes Mitwirkungsrecht, also entschied man über unsere Köpfe hinweg, gegen unsere Wünsche und die Interessen der Patienten. Ähnliches passierte uns im Kreis Herford. Wir waren so stolz, dass auf Initiative der beiden Selbsthilfeorganisationen ein Planungsbeirat eingerichtet worden war, der Eckpunkte für das inhaltliche Konzept

der neu zu errichtenden stationären Abteilungspsychiatrie festlegte und die baulichen Planungen auf dieses Konzept abstimme. Aber bei den personellen Entscheidungen durften wir wieder einmal nicht mitreden und so wurde für die Leitungsposition ein Arzt gewählt, den wir – vorsichtig ausgedrückt – von unserem Konzept erst noch überzeugen müssen.

Wer Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige als Experten in eigener Sache ernst nimmt, muss ihnen auch die Möglichkeit geben ihr Expertentum in wesentliche Entscheidungsprozesse mit einzubringen. Hierzu gehören gesetzliche Grundlagen ebenso wie konzeptionelle Fragen und Personalentscheidungen.

Neben den geforderten Beiräten könnten triadisch besetzte unabhängige Beschwerdestellen, die für

den stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Bereich gleichermaßen zuständig sein und die parteilich aus der Sicht der Betroffenen heraus arbeiten sollten, ein effektives Instrument der Qualitätssicherung werden, wenn sie einerseits mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet würden und andererseits finanziell so abgesichert würden, dass eine aufsuchende Tätigkeit möglich würde. Letzteres ist bei den bisher ehrenamtlich tätigen Stellen, wie es sie z.B. im Köln, Krefeld, Bielefeld, Gütersloh und Herford gibt, nicht möglich.

Schlussendlich muss das Expertenwissen der Selbsthilfeorganisationen auch einfließen in die Ausbildungsordnungen der Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und sonstigen MitarbeiterInnen im Bereich der Psychiatrie.

Ich würde mir wünschen, dass Medizinstudentinnen und Studenten schon in einem sehr frühen Stadium ihrer Ausbildung die Gelegenheit zum Gedankenaustausch mit Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen haben, dass dieser Austausch obligatorischer Bestandteil ihrer Ausbildung wird, damit sich gar nicht erst diese verqueren Vorstellungen von psychischer Erkrankung und deren Ursachen, wie sie bei den „Klassikern“ beschrieben werden, bei ihnen festsetzen. Ähnliches gilt auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung der anderen Berufsgruppen.

Die Psychiatrie braucht mündige Patienten und deren Angehörige, damit sich endlich ein realistisches Krankheitsverständnis und daraus resultierende menschenwürdige und wirklich hilfreiche Behandlungs- und Therapiemethoden durchsetzen.

3.2.

Jürgen Bombosch

Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (RGSP) Geschäftsführer Sozialwesen, Diakonisches Werk der Ev. Kirche im Rheinland (DW EKIR)

Neun provozierende Thesen zum Thema:

„Haltung und Professionalität auf dem Weg zu einer dialogischen Kommunikationskultur“

Oder: Die Kunst, sich als Profi selbst ans Bein zu treten und daraus Positives zu lernen!

These 1

Wir Profis verfügen über eine umfassende Deutungs- und Definitionsmacht, die wir in der täglichen psychiatrischen Praxis - nach wie vor - relativ unreflektiert anwenden.

These 2

Wir Profis reden ununterbrochen von der Personenzentrierung (vgl. IBRP der APK) gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen (und Angehörigen); denken und handeln aber -nach wie vor- primär institutionenzentriert

Stichworte:

- „KonzeptionsentwicklerIn sucht passende Klientel“

These 3

Wir Profis haben u.a. auch deshalb Probleme, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als „Experten in eigener Sache“ und als gleichberechtigte PartnerInnen „auf gleicher Augenhöhe“ anzuerkennen, da wir dadurch unsere eigene Rolle als Professionelle in Frage gestellt sehen und (ob bewusst oder unbewusst) Angst vor dem daraus resultierenden

bzw. drohenden Macht- und Rollenverlust haben.

Stichworte:

- Sozialisation/Berufssozialisation/Berufsrolle
- Paradoxon des Jahrhunderts: „Gesprächslose Psychiatrie“ (Dorothea Buck)
- Die Angst aus der Rolle zu fallen...
- Mut zur „Ein-Drittel-Professionalität“! Denn die 2/3-Mehrheit haben die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen!

These 4

Wir Profis bezeichnen uns gerne als Ressourcenmanager für Psychiatrie-Erfahrene (und Angehörige), kommen aber aus der Falle des Defizitblicks trotz aller „ernsthaften“ Bemühungen bis heute nicht heraus

These 5

Wir Profis sprechen aktuell besonders gerne davon, dass Psychiatrie-Erfahrene (und Angehörige) unsere Kundinnen und Kunden sind, obwohl wir wissen, dass unsere „psy-

chiatrische Kundschaft“ nur sehr selten über die vier entscheidenden Kundenmerkmale verfügt. Diese sind nach Bruno W. Nikles¹:

- Eigenverantwortliches Handeln
- Finanzielle Autonomie
- Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme

Stichworte:

- Kundenorientierung als Strategische Metapher
- „Inszenierter Sozialmarkt“
- Dienstleistung als „uno-actu-Prinzip“/Klient als Co-Produzent
- Für eine personenbezogene psychosoziale Dienstleistung und den ersten Eindruck des Dienstleisters gegenüber dem „Kunden“ (Klienten, Bewohner, Patienten, „Gast“ ...) gilt: Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance!
- Ein „Persönliches Budget“ macht noch lange keinen souveränen Kunden aus!
- Welchen Wunsch hat der „forensische Kunde“ offen?

1) Bruno W. Nikles ist Professor für Sozialplanung an der Uni GH Essen. Literatur: Bruno W. Nikles u. Marco Szlapka (1997): Neue Steuerungsmodelle in der Kommunalverwaltung. S. 42f; Essen)

These 6

Wir Profis ahnen aktuell zunehmend stärker, dass wir wesentlich mehr Mut zur „Ein-Drittel-Professionalität“ benötigen, um den anderen beiden Expertinnen u. Experten in der zukünftigen dialogischen Handlungskultur genügend Raum für die weiteren Zwei-Drittel zu eröffnen!

Andererseits könnten wir Profis völlig entspannt sein, da wir ja im demokratischen Diskurs (vgl. Habermas*) ab sofort ein Drittel an die Psychiatrie-Erfahrenen und ein weiteres Drittel an die Angehörigen abgeben können!

Stichworte:

Der Philosoph und Soziologe Jürgen Habermas² hat den „herrschaftsfreien Diskurs“ beschrieben;

These 7

Wir Profis wissen sehr genau, dass selbst das beste QM/TQM/EFQM zu nichts führt, wenn es:

- 1. in der sog. Qualitätssicherung (= Stagnation) stecken bleibt und nicht kontinuierlich als Qualitätsentwicklung gestaltet wird, und
- 2. dass eine tatsächliches Total Quality Management (TQM) erst erreicht ist (ebenso eine wirklich empirische Psychiatrie), wenn Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als gleichberechtigte Partner einbezogen sind

Stichworte:

- Kundinnen und Kunden bestimmen die Qualität der Dienstleistung und des Unternehmens (Leider kann ein psychiatrischer

Kunde nur sehr selten sagen: „Bei Ihnen kauf' ich nicht mehr ein!“)

- Empfehlung: Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als Experten für Coaching und Supervision (...oder als Teammitglieder) und in den Entscheidungsgremien der Organisation

These 8

Wir Profis kennen Psychoseminare (die Urform des Dialogs), Psychoforen oder Dialog-Foren überwiegend als Abwesende!

Manfred Zaumseil³ beschreibt dieses Phänomen so: „Obwohl Psychoseminare keine therapeutischen Veranstaltungen darstellen, wird in ihnen durchaus zum Teil das erreicht, was Therapeuten in ihren Bemühungen anstreben – nur anscheinend auf anderem Wege.“

Hierin liegt möglicherweise das Provozierende für viele Professionelle, die die Verbreitung von Psychoseminaren eher argwöhnisch beobachten. ... Zusätzlich werden Machtverhältnisse in Frage gestellt und neu ausgehandelt“ (vgl. Zaumseil 1998/2000).

Und wir Profis wissen außerdem, dass die PS starke Unterstützung auf der gemeinsamen Reise zur dialogischen Psychiatrie benötigen; und zwar ganz eindeutig durch die Mächtigen: Die Vorstände, die Geschäftsführenden, die Forschenden, die Politikerinnen und Politiker, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte in der Psychiatrie, kurz: durch das Topmanagement

Stichworte:

- Inzwischen weit über 100 PS in Deutschland, Österreich und der Schweiz
- Profis „fliegen ein“ ... „Profis fliegen“ aus
- Verankerung des Dialog-Prinzips in Satzungen, Leitbilder ... usw. im Rahmen von Organisationsentwicklungen

These 9

Wir Profis (P) wissen schließlich, dass die von uns als äußerst wichtig benannte „Compliance“ keineswegs als Einbahnstrasse funktionieren kann;

Wer hindert uns also eigentlich daran, ab sofort die „gegenseitige Compliance“ einzuführen, als kooperative und partizipative Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen (PE) und Angehörigen (A)?

Compliance = Zusammenarbeit/Mitarbeit

Meist verstanden als: „Positive oder negative Haltung des Patienten beim Befolgen therapeutischer Anweisungen, z.B. Medikamenteneinnahme, Verhaltensvorschriften“⁴

Compliance könnte auch nach Asmus Finzen heißen: „Verhandeln statt behandeln“

Stichworte:

- Dialog ist keine „Zwangsbeglückung“ im ewigen „Dreierpack“
- Dialog ist ein demokratischer und kritischer Diskurs, der sich auch immer wieder selbst hinterfragen muss

2) Habermas, Jürgen (1995): Theorie des Kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationale und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt am Main

3) Zaumseil, Manfred (1998): Psychoseminare – ein Puzzle theoretischer Bausteine. In: Geislinger, Rose [HG.]: Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. S. 191-204. München

4) vgl.: Uwe Henrik Peters (1990): Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie; München – Wien – Baltimore; 4. Auflage

-
- Alle Beteiligten müssen zum Perspektivenwechsel und somit zur „Lernenden Organisation“ bereit sein
 - Dialog ist universell und unabhängig von der Fachspezifik (vgl. Altenarbeit, Kinder-Jugend-Familienhilfe, Arbeit mit Menschen mit Behinderung, mit suchtkranken Menschen, mit gefährdeten Menschen ...usw.); in allen Fachbereichen sind die Kerngruppen, die primär aufeinander treffen, natürlicherweise zunächst im Kern dialogisch konzipiert, ob sie wollen oder nicht.
 - Und es funktioniert tatsächlich: Vgl. den gemeinsamen Aufbau einer psychiatrischen Abteilung in Herford (NRW); hier haben PE, A und P bereits gleichberechtigt an der Konzeption mitgewirkt!
 - Konsequenz: „Psychiatrie ist Dialogische Psychiatrie - oder sie ist keine Psychiatrie“ (Margret Osterfeld, Psychiaterin und Psychiatrie-Erfahrene, verändert hier das bekannte Zitat von Klaus Dörner: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie“)⁵

5) Literatur: Bombosch, Jürgen/Hansen, Hartwig/Blume, Jürgen (2004): Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur Dialogischen Psychiatrie. Paranus Verlag, Neumünster; ISBN 3-926200-57-X

Handlungsempfehlungen Forum 3:

- Gesetzliche Regelung der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
- Durchsetzung dialogischer Planungs- und Umsetzungsprozesse bei der Planung und Weiterentwicklung psychiatrischer Angebote seitens der Landespolitik (z.B. durch Festschreiben der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen als Voraussetzung für die Gewährung von Fördermitteln in den Förderrichtlinien des Landes)
- Reaktivierung des Landes-Psychiatrie-Beirats als wichtiges Planungs- und Beratungsinstrument auf Landesebene und dessen Tagung in regelmäßigen Abständen
- Verankerung des Dialogs in den Satzungen, Leitbildern und Qualitätshandbüchern etc. der einzelnen Einrichtungen
- Flächendeckende Einführung und Förderung von unabhängigen, für alle Bereiche der Psychiatrie (ambulant, komplementär, teilstationär und stationär) zuständigen Beschwerdestellen, die für jede(n) Betroffene(n) erreichbar sind
- Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit um verbreitetes Bewusstsein für die Bedeutsamkeit und den Nutzen des dialogischen Austausches und von verbindlichen Beteiligungsstrukturen zu schaffen
- Schaffung von Gremien, in denen verbindliche und verantwortliche Beteiligung real stattfinden können und die Erfüllung der materiellen Voraussetzungen hierzu (Kostenerstattung, z.B. bei Fahrtkosten oder die finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe)
- Berücksichtigung der Berufstätigkeit oder anderen Verpflichtungen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen bei der Terminplanung
- Stärkere Integration von niedergelassenen ÄrztInnen und PsychologInnen in die gemeinsamen Gremien bzw. deren Motivation zur Mitarbeit
- Stärkere Beteiligung der ÄrztInnen und PsychologInnen z.B. in den PSAGs

Forum 4:

Den Vorrang von ambulant vor stationär und Alternativen in der Akutversorgung sicherstellen: Stand der Krisennotdienste und deren Finanzierung durch die Kostenträger

ReferentInnen:

Dr. Arthur Diethelm, Klinik Bamberger Hof

Petra Pott und Matthias Seibt (BPE)

Angelika Wöller (BApK)

Moderation:

Maria Klein Schmeink

Dokumentation:

Maria Klein Schmeink

Kurzbericht Forum 4

Im Rahmen des Forums wird das Modell einer ambulanten psychiatrischen Akutbehandlung vorgestellt, wie es modellhaft in Frankfurt, Berlin und in Krefeld durchgeführt wird. Es stellt ein Angebot dar, das eine selbstständige Lebensführung und den Erhalt der lebensweltlichen Bezüge und sozialen Kompetenzen für akut Erkrankte erlaubt. Es wird darauf verwiesen, dass ein solches Angebot die Bereitschaft der Kostenträger und ein hoch motiviertes Personal braucht.

Aus Sicht der Angehörigen stellen ein Krisenotdienst und ambulante Einrichtungen eine wichtige Entlastung dar und ermöglichen gleichzeitig, dass die bestehenden sozialen Kontakte und persönlichen Ressourcen nicht gänzlich wegbrechen.

Im Forum wird betont, dass eine stationäre Behandlung für die Betroffenen oft kontraproduktiv sei und die kostengünstigeren, ambulanten Versorgungsmöglichkeiten oftmals eine teure, stationäre Aufnahme vermeiden helfen.

Die Ausweitung der psycho-sozialen Kriseninterventionen sowie deren Vernetzung mit den psychiatrischen Angeboten wird begrüßt, da eine ambulante Prophylaxe den Betroffenen in einem frühen Krankheitsstadium erreicht. Dadurch könnte einer Verschlimmerung oder Chronifizierung entgegengewirkt werden.

Informationsangebote werden als sehr wichtig gewertet, da so die bestehenden Angebote sowohl die Professionellen als auch die Erkrankten und deren Angehörigen erreichen können.

4.1.

Petra Pott

Die Weglaufhaus-Initiative Ruhrgebiet stellt sich und ihre Arbeit vor

Es gibt viele Menschen, die mit (sozial)psychiatrischen Angeboten schlechte Erfahrungen machen: Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen mit Neuroleptika, fehlende Aufklärung sowohl über die Risiken von Psychopharmaka als auch über PatientInnenrechte gehören immer noch zur Tagesordnung. Wenn sich Psychiatriebetroffene auf die Suche nach Alternativen begeben, müssen sie meistens feststellen, dass diese fehlen. Aus diesem Grund hat sich bereits im Sommer 1994 ein Projekt gegründet, das eine solche Alternative zu (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen aufbauen will: die Weglaufhaus Initiative Ruhrgebiet.

Die Vision unserer Initiative war es von ihren Ursprüngen an, im Ruhrgebiet ein Weglaufhaus zu gründen – eine Wahlmöglichkeit statt Psychiatrie. Basierend auf Erfahrungen von Psychiatriebetroffenen, die Wege gefunden haben, mit Krisensituationen so umzugehen, dass Psychiatrieaufenthalte und Psychopharmaka vermieden werden können, soll das Weglaufhaus einen zwang- und diagnosefreier Raum bieten, Krisenbegleitung und praktische Hilfe bei der Bewältigung von Lebensproblemen. Denn Ver-rücktheitszustände setzen wir in Beziehung zu sehr konkreten, als problematisch erlebten Situationen, Beziehungen und Ereignissen im Leben eines Menschen. Diese Sichtweise eröffnet Psychiatriebetroffenen die Möglichkeit, bestimmte Verhältnisse in ihrem Leben zu reflektieren (was tut mir gut, was schadet mir, was kann ich tun, um das zu erreichen, was mir gut tut), statt sich als einer »Krankheit« ausgeliefert zu fühlen. Eine Sensibilität für Frühwarnzeichen einer Krise zu

entwickeln, zu lernen, Wege zu gehen, die in schwierigen Situationen nicht in einem Psychiatrieaufenthalt enden, das werden zentrale Anliegen im Weglaufhaus sein.

Mindestens die Hälfte der Weglaufhaus-Mitarbeitenden werden Psychiatrie-Betroffene sein, Leute, die selbst erfolgreich gelernt haben, Psychiatrieaufenthalte und Psychopharmaka zu vermeiden und selbstbestimmt zu leben. Sie werden im Weglaufhaus zeigen, dass es möglich ist, einen anderen Umgang mit Krisen und/oder Verrücktheit zu leben, ein Verständnis, in dem dann auch die (meist tief sitzende) Angst vor »Rückfällen« mehr und mehr nachlässt und ersetzt wird durch konkrete, gangbare Wege der zukünftigen Vermeidung von Psychiatrieaufhalten.

Das erste Weglaufhaus in Deutschland wurde nach 10-jährigem Kampf um die Finanzierung am 01.01.96 in Berlin eröffnet. Träger ist der Berliner Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. Unsere Konzeption ist stark an der Konzeption des Berliner Weglaufhauses orientiert (ein sehr lesenswerter Bericht über dieses erfolgreiche und europaweit einzigartige Alternativangebot zur Psychiatrie ist Kerstin Kempfers Buch „Flucht in die Wirklichkeit“).

Wann es ein solches Haus im Ruhrgebiet geben wird, steht noch in den Sternen - mit den geringen personellen und finanziellen Kapazitäten, die die Weglaufhaus Initiative zur Verfügung hat, ist ein solches Projekt nicht zu realisieren. Daher haben wir erst mal „klein angefangen“ – mit einer Beratungsstelle.

Die Beratungsstelle von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrenere, die zwei Jahre lang (November 2001 bis 2003) in unseren Räumen in der Gußstahlstr. 33 angeboten werden konnte, beinhaltete eine umfassende Beratung aus Betroffenensicht: Hier konnten Menschen in Krisen oder mit Problemen anrufen oder auch nach Absprache persönlich vorbeikommen, um sich Rat und Hilfe zu holen. Außerdem unterstützte die Beratungsstelle die Koordination der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener in NRW, indem sie bestehende Selbsthilfegruppen bekannt machte, Kontakte vermittelte und Tipps zum Aufbau neuer Gruppen gab. Ein weiteres Angebot war das offene Café für Psychiatrie-Erfahrenere in den Büroräumen der Gußstahlstr. 33.

Die alltägliche Arbeit in der Beratungsstelle hat gezeigt, dass ein großer Bedarf an psychiatriekritischer Beratung aus Betroffenen-sicht besteht; trotzdem konnten wir die Stelle nach dem Auslaufen der Finanzierung durch das Arbeitsamt bisher noch nicht wieder neu besetzen, weil uns das Geld fehlt: Die Bedingungen für eine ABM-Förderung haben sich mittlerweile auf Grund des zunehmenden Sozialabbaus so verschlechtert, dass eine weitere Verlängerung der ABM für uns als kleinen Verein mit wenig finanziellen Eigenmitteln nicht in Frage kommt. Wir sind gerade dabei, neue Finanzierungsideen zu entwickeln, damit wir die Arbeit – auch bezahlt – weiterführen können.

Obwohl die Finanzierung der Stelle ausgelaufen ist, haben wir dank der unbezahlten Arbeit einiger Engagierter einzelne Angebote der

Beratungsstelle aufrechterhalten können:

- Das OFFENE CAFÉ FÜR PSYCHIATRIE-ERFAHRENE findet immer noch freitags von 14.00 – 17.00 Uhr in den Räumen der Beratungsstelle statt – alle Psychiatrie-Erfahrenen sind herzlich eingeladen!
- Die TELEFONISCHE BERATUNG wird ebenfalls – wenn auch in sehr eingeschränktem Maße – aufrecht erhalten. Telefonzeiten sind mittwochs von 8.00 – 14.00 Uhr und donnerstags 13.00 – 16.00 Uhr. Termine zur persönlichen Beratung können vereinbart werden – Beraterinnen sind Petra und Hiltrud.

Zudem sucht die WIR dringend Mitstreiter/innen, die einen Teil ihrer Zeit mit dem Aufbau und Erhalt unserer Angebote verbringen möchten. Die WIR, das sind momentan ca. 8 aktive Personen mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung, die zum Teil schon seit Gründung der Initiative mitmachen, zum Teil aber auch erst später dazugestoßen sind.

Wir treffen uns jeden ersten Mittwoch im Monat um 18 Uhr in der Oase, dem Selbsthilfezentrum der Ruhr-Universität, und planen dort die weitere Arbeit. Themen auf unseren Plenumssitzungen sind z.B. die Beschaffung weiterer Finanzen, die Weiterführung der Beratungsstelle oder auch die Planung anderer Aktionen: So haben wir z.B. im letzten Jahr einen Filmabend mit anschließender Diskussion organisiert, gezeigt haben wir den Film „Dialogues with Madwomen“.

Gemeinsam war und ist den Gruppenmitgliedern – trotz aller Unterschiedlichkeit – eine kritische Haltung zur (Sozial-)Psychiatrie und die Überzeugung, dass die Angebote der WIR sich in folgenden Punkten von den herkömmlichen psychiatrischen Angeboten unterscheiden:

Intensive persönliche Begleitung

Menschliche Zuwendung ist bei der Bewältigung persönlicher Krisen sehr viel hilfreicher als die Einnahme von Psychopharmaka. Diese deckeln Probleme lediglich und hindern die Betroffenen daran, ihre Lebenssituation aktiv zu verändern. Wir wollen nicht behandeln, sondern respektvoll, offen und neugierig auf die Wirklichkeiten anderer Menschen sein.

Verzicht auf psychiatrische Krankheitsbegriffe

Im medizinisch-psychiatrischen Krankheitsmodell werden bestimmte störende Verhaltensweisen isoliert betrachtet und als Symptome einer Krankheit diagnostiziert. Umweltfaktoren werden bei der Erklärung von Entstehung und Verlauf psychischer Krisen mittlerweile zwar nicht mehr vollkommen ausgeklammert, dennoch läuft die Behandlung immer noch auf eine primär biologische hinaus: Symptomunterdrückung mit Hilfe von Psychopharmaka. Sogar Elektroschocks werden noch angewendet. Den medizinischen Krankheitsbegriff lehnen wir ab, weil er Mittel zu Ausgrenzung, Stigmatisierung und sozialer Kontrolle ist. Und Diagnosen sagen unserer Ansicht nach mehr über Diagnostizierende aus, als über Diagnostizierte...

Weitgehender Verzicht auf Psychopharmaka bzw. kritische Psychopharmaka-Beratung

Wer von gefährlichen Drogen wie z.B. Heroin oder einem Psychopharmakon abhängig ist, kann seine Selbstbestimmung in einem ganz wesentlichen Punkt nicht wahrnehmen. Hinzu kommen die sogenannten „Nebenwirkungen“: Grundsätzlich kann die kleinste Dosis eines Neuroleptikums lebensbedrohliche Komplikationen auslösen. Behandlungsschäden wie Spätbewegungsstörungen, Selbsttötungen und sogenannter Zombie-Effekt tre-

ten langsam aber sicher ins Blickfeld einer interessierten Öffentlichkeit. Vorbedingung für ein Leben ohne Psychopharmaka ist oft ein kontrollierter Umgang mit diesen Substanzen. Dazu sind allgemeine Kenntnisse über die Wirkungsweise dieser Drogen, aber auch eine Kenntnis der Wirkungsweise auf den eigenen Körper erforderlich. Deshalb arbeiten wir eng mit der Psychopharmakaberatung des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener zusammen, deren Berater Matthias auch Mitglied der WIR ist.

Verzicht auf Zwangsbehandlung

Im psychiatrischen „Behandlungsmodell“ ist die Beziehung zwischen Psychiater/in und Hilfesuchendem/er nicht gleichberechtigt, sondern durch ein Machtgefälle bestimmt, es gibt Behandelnde und Behandelte. Oft wird der Widerstand der Betroffenen durch (Androhung von) Zwangsmaßnahmen gebrochen. Im Gegensatz dazu setzen wir auf Freiwilligkeit, Verantwortung und Selbstbestimmung. Wir übernehmen die Verantwortung für die Art und Weise, wie wir anderen Menschen begegnen, aber nicht für die Lösung der Probleme anderer. Wir möchten Menschen einen unterstützenden Rahmen bieten und gemeinsam mit ihnen einen dialogischen Möglichkeitsraum schaffen, in dem ein anderer Umgang mit Krisen gelebt wird.

Wer sich vorstellen kann, mit uns zusammenzuarbeiten, gemeinsam Aktionen zu planen und zu verwirklichen und Angebote zu schaffen, die Psychiatriebetroffenen eine Wahlmöglichkeit statt Psychiatrie bieten, ist beim Plenum der Weglaufhausinitiative in der Oase jeden ersten Mittwoch im Monat herzlich willkommen. Ansonsten freuen wir uns auch über Spenden – oder einfach über einen Besuch im Café!

Handlungsempfehlungen Forum 4:

- Ausweitung des Spektrums der ambulanten Angebote
- Gewährleistung einer wohnortnahen, verlässlichen Krisenhilfe und Krisenintervention unter Einbeziehung der Selbsthilfegruppen und aller ambulanten Dienste
- Einbezug des komplementären Bereichs und des Betreuten Wohnens in das Angebot und deren Besetzung rund um die Uhr
- Einrichtung eines psychiatrischen Krisennotdienstes als kommunale Regelleistung
- Umverteilung der finanziellen Leistungen von den stationären zu den ambulanten Angeboten.
- Ausweitung der psycho-sozialen Krisenintervention, sowie deren Vernetzung mit den Psychiatrischen Angeboten, um einer Verschlimmerung oder Chronifizierung entgegenzuwirken
- Einbeziehung der niedergelassenen Psychiater in den bestehenden ärztlichen Krisennotdienst
- Abdeckung der ambulanten medizinischen Versorgung durch einen Facharzt
- Einrichtung von Psychiatriekoordinatoren in den Kommunen, um sowohl die psychiatrischen als auch die unerlässlichen psycho-sozialen Angebote miteinander zu vernetzen.
- Verbesserung der Informationsangebote sowohl über die Erkrankung als auch über die örtliche Infrastruktur
- Sicherstellung, dass die medizinisch ausgerichteten Krisennotdienste nicht zu verstärkter Zwangseinweisung führen. Ziel muss vielmehr die Befähigung der Erkrankten zum Umgang mit Krisen sein.

Betreutes Arbeiten statt Betreutes Wohnen?

Arbeit und Stabilisierung - Wir brauchen einen subventionierten Arbeitsmarkt

ReferentInnen:

Nina Tores-Riemke,

Psychiatrieerfahrenengruppe Aufbruch, Köln

Hildegund Schütt, (BapK)

Martina Hoffmann-Badache,

*Landesrätin für Soziales, Integration, Landschaftsverband
Rheinland, Köln*

Dr. Niels Pörksen, (APK)

Moderation:

Klaus Jansen-Kayser, Kölner Verein für Rehabilitation

Dokumentation:

Bernd Woltmann-Zingsheim, Der Paritätische

Kurzbericht Forum 5

Im Forum 5 beschäftigten sich die TeilnehmerInnen mit Arbeitsmöglichkeiten von psychisch kranken Menschen. Die integrative Funktion von Arbeit und Beschäftigung wurde viel zu lange unterschätzt, und auch bei der Psychiatriereform nicht angemessen behandelt. Die Aktion Psychisch Kranke hat sich erst mit dem bundesweiten Forschungsprojekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (Tagungsband 2002 und Abschlussbericht kostenlos bei der Aktion erhältlich) dem Thema angemessen gewidmet. Man musste feststellen, dass mehr als die Hälfte aller psychisch kranken Menschen ohne Arbeit und Tagesstruktur ist, und für die meisten der erste Arbeitsmarkt kein erreichbares Ziel darstellt.

Schilderungen der Psychiatrie-Erfahrenen in der Arbeitsgruppe machen deutlich, wie schwer es ist, einen selbstbestimmten Weg der beruflichen Rehabilitation nach einer psychischen Erkrankung zu gehen. Die Ratschläge der Professionellen können zur Beantragung eines Schwerbehindertenausweises führen, ohne dass das gewünschte Arbeitsfeld des betroffenen Menschen berücksichtigt wird. Psychisch kranke Menschen werden unter dem allgemeinen gesellschaftlichen Leistungsdruck systematisch überfordert oder durch das zergliederte System der Sozialversicherungen zur Existenzsicherung in die Frührente gedrängt. Beides führt zu Stigmatisierung und Ausgrenzung. Am Beispiel des Vereins „Hilfe für psychisch Kranke e.V.“ aus Bonn kann aufgezeigt werden, dass niedrigschwellige Angebote nur im Einvernehmen mit Kommune und Landschaftsverband zu sichern sind.

Die Integrationsunternehmen können im Vergleich zum steigenden Bedarf nur in geringem Umfang psychisch kranke Menschen beschäftigen. Dies gilt insbesondere für Personen, die eine stundenweise Beschäftigung wünschen. Die Integrationsfachdienste können nur kurzfristig Menschen ohne Schwerbehindertenausweis unterstützen. Die schlechte konjunkturelle Lage erschwert die Situation zusätzlich und gefährdet den Rehabilitationserfolg von bewährten beruflichen Trainingsmaßnahmen.

Es wird betont, dass ein Einkommen aus eigener Arbeit nicht nur für psychisch kranke Menschen ganz besonders sinnstiftend und wertvoll ist. Arbeit kann unter anderem psychisch stabilisierend sein und könnte zur Antistigmatisierung beitragen; besonders außerhalb des „Behinderten-Arbeitsmarktes“.

Es wird aus Sicht des Rheinischen Integrationsamtes auf die aus der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz geförderten Integrationsfachdienste und Integrationsunternehmen verwiesen. Die Neufassung des Sozialhilferechts im SGB XII werde auch die Möglichkeit bieten, Leistungen des Integrationsamtes im Rahmen persönlicher Budgets zu erbringen. Das Rheinische Sozialamt als überörtlicher Träger der Sozialhilfe fördert zunehmend Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen. Fallzahlsteigerungen und die schlechten allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen machen den Ausbau nötig.

Es wird beklagt, dass in der aktuellen Diskussion um den Ausbau des Betreuten Wohnens als Alternative zur stationären Versorgung der Punkt „Teilhabe am Arbeitsplatz“ vernachlässigt wird, obwohl Betreutes Wohnen und Betreutes Arbeiten keinen Gegensatz darstelle.

Diskussionsergebnisse:

Betreutes Arbeiten und betreutes Wohnen stellen keinen Gegensatz dar. Die aktuelle Diskussion um den Ausbau des Betreuten Wohnens als Alternative zur stationären Versorgung in Heimen betont aber einseitig die Hilfen zur „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Hilfen zu „Teilhabe am Arbeitsplatz“ müssen gerade für psychisch kranke Menschen den selben Stellenwert erlangen und dringend weiterentwickelt werden

Die besonderen Belange psychisch kranker Menschen werden mit den bestehenden Rahmenbedingungen nicht ausreichend berücksichtigt. Psychisch kranke Menschen werden unter dem allgemeinen gesellschaftlichen Leistungsdruck systematisch überfordert oder durch das zergliederte System der Sozialversicherungen zur Existenzsicherung in die Frührente gedrängt. Beides führt zu Stigmatisierung und Ausgrenzung.

Die Integrationsunternehmen können im Vergleich zum steigenden Bedarf nur in geringem Umfang psychisch kranke Menschen beschäftigen. Dies gilt insbesondere für Personen, die eine stundenweise Beschäftigung wünschen. Die Integrationsfachdienste können nur kurzfristig Menschen ohne Schwerbehindertenausweis unterstützen. Es werden neben den Tagesstätten für psychisch kranke Menschen auch Teilzeit- und Zuverdienstangebote gebraucht. Auch über „virtuelle Werkstätten“, in der praktisch die Funktionen einer Werkstatt flexibilisiert und als personenzentrierte gebündelte Leistung angeboten wird, muss diskutiert werden.

Arbeit unterhalb von 15 Stunden pro Woche muss unterstützt, gefördert und gesetzlich geregelt werden. Eine kommunale Beteiligung an der Schaffung von Strukturen, die Arbeit schaffen und erhalten, muss gesichert sein. Modellprojekte zum Persönlichen Budget, die zur Individualisierung und Flexibilisierung der Hilfen beitragen können, sollen in NRW ganzheitlich und nicht auf den Bereich Wohnen beschränkt sein, sondern unbedingt auf die Unterstützung bei Arbeit ausgedehnt werden.

Thesen:

- Menschen definieren sich in der heutigen Gesellschaft über Beruf und Arbeit. Warum wird diese Möglichkeit Menschen mit psychischen Erkrankungen abgesprochen?
- Arbeit sollte und braucht keine "AUF- GABE" zu sein. Auch nicht im Sinne "sich selbst aufgeben", sondern sollte Inhalt sein, also "ein sich fest halten" und wenn dies nur in Form von einer Tagesstruktur ist.
- Es wird psychisch Erkrankten im Allgemeinen zu wenig zugetraut. Dies trifft auch auf die Arbeitswelt zu:
- a) Eigene persönliche Erfahrung: Es wird dringend davon abgeraten nie wieder in sozialen Bereichen zu arbeiten.
- b) Heimbewohner erfahren oft erst durch Arbeit (-Therapie) teilweise zum ersten Mal Sinn, Stabilität, den Rhythmus von Be-/ Entlastung und ein Stückchen Normalität (Arbeitstage/Wochenende) durch Arbeit oder arbeitsähnliche Beschäftigungen.
- Einen Sinn, einen Inhalt, sich nicht nutzlos zu fühlen und Anerkennung durch und mit adäquater Arbeit zu finden ist ein gesundheitlicher positiver Effekt (Nebenwirkung), der maßgeblich
- a) die psychische Stabilität beeinflusst,
- b) letzten Endes zur Antistigmatisierung („die wollen ja nicht...“) beiträgt.
- Stigmatisierung geht oft auf dem "Behinderten - Arbeitsmarkt" weiter (WfB). Werkstätten können der Anfang aber auch das Ende einer beginnenden beruflichen Entwicklung sein.
- Zur persönlichen und gesundheitlichen Weiterentwicklung ist der Kontakt und der Austausch mit "gesunden" Menschen erforderlich und förderlich (bspw. durch Arbeit).
- Außerhalb von Wohnheimen zu arbeiten oder die Möglichkeit Praktika zu bekommen, ist aufgrund mangelnder Angebote aber auch aus Kostengründen seitens von den Trägern oftmals schwer zu realisieren.
- Im Sinne einer Gleichstellung von behinderter und nichtbehinderter Menschen: Arbeit statt Sozialhilfe (durch Arbeitsangebote auch für psychisch erkrankte Menschen!).

5.1.

Nina Tores-Riemke, *Psychiatrieerfahrenengruppe Aufbruch, Köln*

Thesenpapier Arbeit und Wohnen

- Menschen definieren sich in der heutigen Gesellschaft über Beruf und Arbeit. Warum wird diese Möglichkeit Menschen mit psychischen Erkrankungen abgesprochen?
- Arbeit sollte und braucht keine "AUF- GABE" zu sein. Auch nicht im Sinne "sich selbst aufgeben", sondern sollte Inhalt sein, also "ein sich fest halten" und wenn dies nur in Form von einer Tagesstruktur ist.
- Es wird psychisch Erkrankten im Allgemeinen zu wenig zugetraut.
- Dies trifft auch auf die Arbeitswelt zu.
 - a. Eigene persönliche Erfahrung: Es wird dringend davon abgeraten nie wieder in sozialen Bereichen zu arbeiten.
 - b. Heimbewohner erfahren oft erst durch Arbeit (-Therapie) teilweise zum ersten Mal Sinn, Stabilität, den Rhythmus von Be-/ Entlastung und ein Stückchen Normalität (Arbeitstage/Wochenende) durch Arbeit oder arbeitsähnliche Beschäftigungen.
- Einen Sinn, einen Inhalt, sich nicht nutzlos zu fühlen und Anerkennung durch und mit adäquater Arbeit zu finden ist ein gesundheitlicher positiver Effekt (Nebenwirkung), der maßgeblich
 - a. die psychische Stabilität beeinflusst
 - b. letzten Endes zur Antistigmatisierung („die wollen ja nicht...“) beiträgt
- Stigmatisierung geht oft auf dem "Behinderten – Arbeitsmarkt" weiter (WfB). Werkstätten können der Anfang aber auch das Ende einer beginnenden beruflichen Entwicklung sein.
- Zur persönlichen und gesundheitlichen Weiterentwicklung ist der Kontakt und der Austausch zu "gesunden" Menschen erforderlich und förderlich (bspw. durch Arbeit).
- Außerhalb von Wohnheimen zu arbeiten oder die Möglichkeit Praktika zu bekommen, ist aufgrund mangelnder Angebote aber auch aus Kostengründen seitens von den Trägern oftmals schwer zu realisieren.
- Im Sinne einer Gleichstellung behinderter /nicht - behinderter Menschen: Arbeit statt Sozialhilfe (durch Arbeitsangebote auch für psychisch erkrankte Menschen!).

5.2. Impulsreferate (Kurzdarstellung):

- Frau **Tores-Riemke** berichtet am eigenen Beispiel davon, wie schwer es für einen betroffenen Menschen ist, einen selbstbestimmten Weg der beruflichen Rehabilitation nach einer psychischen Erkrankung zu gehen. Wäre sie den Ratschlägen der Professionellen gefolgt, hätte sie längst einen Schwerbehindertenausweis und würde nicht in dem von ihr gewünschten sozialen Arbeitsfeld tätig sein. Sie unterstreicht die Forderungen der Psychiatrie-Erfahrenen nach dem Vorrang von geeigneten Arbeitsmöglichkeiten vor einer dauerhaften Sozialhilfeabhängigkeit.

Ein Einkommen aus eigener Arbeit sei nicht nur für psychisch kranke Menschen ganz besonders sinnstiftend und wertvoll. Arbeit kann unter anderem psychisch stabilisierend sein und könnte zur Antistigmatisierung beitragen; besonders außerhalb des „Behinderten-Arbeitsmarktes“. Wünschenswert wäre außerdem, eine unterstützende Erfahrenen-Zusammenarbeit mit psychiatrisch professionell Tätigen, so wie es bereits in der Obdachlosen-, Drogen- und in der Aidsarbeit der Fall ist.

- Frau **Schütt** beklagt die sinkenden Integrationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die schlechte konjunkturelle Lage gefährde letztlich den Rehabilitationserfolg von bewährten beruflichen Trainingsmaßnahmen. Eine Ursache für die abnehmende Leistungs-

fähigkeit mancher Praktikanten sei offenbar auch die immer kürzere klinische Akutbehandlung. Am Beispiel des Vereins Hilfe für psychisch Kranke e.V. aus Bonn zeigt sie auf, wie niedrigschwellige Angebote nur im Einvernehmen mit Kommune und Landschaftsverband zu sichern sind.

- Frau **Hoffmann-Badache** verweist zunächst aus Sicht des Rheinischen Integrationsamtes (früher: Hauptfürsorgestelle) auf die aus der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz geförderten Integrationsfachdienste und Integrationsunternehmen. Die Neufassung des Sozialhilferechts im SGB XII werde auch die Möglichkeit bieten, Leistungen des Integrationsamtes im Rahmen persönlicher Budgets zu erbringen. Das Rheinische Sozialamt als überörtlicher Träger der Sozialhilfe fördert zunehmend Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Fallzahlsteigerungen und die schlechten allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen machen den Ausbau nötig. Die größte Herausforderung sei die Individualisierung und Flexibilisierung der Werkstattangebote. Insbesondere für psychisch kranke Menschen seien nicht nur im Einzelfall dort Teilzeitarbeitsplätze nötig.

- Herr **Pörksen** räumt zu Beginn einen großen Fehler der Psychiatriereform ein: Die integra-

tive Funktion von Arbeit und Beschäftigung wurde viel zu lange unterschätzt. Auch die Aktion Psychisch Kranke habe sich erst mit dem bundesweiten Forschungsprojekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (Tagungsband 2002 und Abschlußbericht kostenlos bei der Aktion erhältlich) dem Thema angemessen gewidmet. Man musste feststellen, dass mehr als die Hälfte aller psychisch kranken Menschen ohne Arbeit und Tagesstruktur ist. Für die Meisten sei der erste Arbeitsmarkt kein erreichbares Ziel. Unter einem subventionierten Arbeitsmarkt würde er nicht primär den Ausbau der Werkstätten fassen, sondern die individuelle und flexible Anwendung des persönlichen Budgets.

Am besten würden alle Transferleistungen so gebündelt, dass psychisch kranke Menschen an einem Arbeitsplatz eine Zahlung aus einer Hand erhalten. Erst platzieren, dann rehabilitieren. Die aktuelle Entwicklung im Betreuten Wohnen in NRW binde konzeptionelle und wirtschaftliche Ressourcen, die sinnvoller in angepasste Arbeitsplätze gehen sollten.

Handlungsempfehlungen Forum 5:

- Garantierung des Vorrangs von geeigneten Arbeitsmöglichkeiten vor einer dauerhaften Sozialhilfeabhängigkeit
- Schaffung eines subventionierten Arbeitsmarkts: individuelle und flexible Anwendung des persönlichen Budgets und Ausbau der Werkstätten
- Nutzung von konzeptionellen und wirtschaftlichen Ressourcen, die aktuell im Betreuten Wohnen gebunden sind, für angepasste Arbeitsplätze
- Individualisierung und Flexibilisierung der Werkstattangebote, Schaffung von Teilzeitangeboten
- Erwägung von „virtuellen Werkstätten“ in der praktisch die Funktionen einer Werkstatt flexibilisiert und als personenzentrierte gebündelte Leistung angeboten wird
- Unterstützung, Förderung und gesetzliche Regelung von Arbeit unterhalb von 15 Stunden pro Woche
- Sicherstellung von Integrationsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Förderung von unterstützender Erfahrenen-Zusammenarbeit mit psychiatrisch professionell Tätigen nach Vorbild der Obdachlosen-, Drogen- und Aidsarbeit
- Vermeidung der immer kürzer werdenden, klinischen Akutbehandlungen
- Bündelung der Transferleistungen in der Form, dass psychisch kranke Menschen an einem Arbeitsplatz eine Zahlung aus einer Hand erhalten (Erst platzieren, dann rehabilitieren)
- Weiterentwicklung der Hilfen zu „Teilhabe am Arbeitsplatz“ und deren Gleichstellung mit den Hilfen zu „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“
- Teilzeit- und Zuverdienstangebote für psychisch kranke Menschen
- Sicherung von kommunaler Beteiligung an der Kreation von Strukturen, die Arbeit schaffen und erhalten
- Erweiterung von Modellprojekten zum Persönlichen Budget, die zur Individualisierung und Flexibilisierung der Hilfen beitragen dahingehend, dass sie ganzheitlich und nicht auf den Bereich Wohnen beschränkt sind, sondern unbedingt auf die Unterstützung bei Arbeit ausgedehnt werden.

Forum 6

Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbständigen normalen Lebensführung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung umsetzen

- zum Stand der Umsetzung in den verschiedenen Bundesländern

ReferentInnen:

Gerhard Holler, Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Versorgungsforschung

Jörg Holke (APK)

Marianne Schäfer, Psychiatrische Dienste und Behindertenhilfe gGmbH, Stiftung Bethesda -St. Martin

Regina Neubauer (BPE)

Rose Marie Seelhorst (BApK)

Moderation:

Barbara Steffens MdL

Protokoll/Dokumentation:

Karin Voigt, Diakonisches Werk Rheinland

Kurzbericht Forum 6:

Soziotherapie wird in Nordrhein-Westfalen (Stand 2004) bisher kaum angewendet (Zahlen von Barbara Brünger, VdAK Westfalen). Obwohl Soziotherapie als gesetzliche Leistung nach SGB V seit dem 1.1.2002 allen Versicherten zur Verfügung steht, gibt es in NRW momentan nur einen Leistungserbringer (im Landesteil Westfalen) mit einem Vertrag.

Jeweils rund 40 Verhandlungen in beiden Landesteilen werden z.Zt. geführt, fünf stehen vor dem Abschluss. Ansonsten wird Soziotherapie in geringem Umfang im Rahmen von Einzelfallbewilligung gewährt. Es gibt etwa 100 von der KV zugelassene Verordner (jeweils 50 Fachärzte im Rheinland und in Westfalen). Damit steht Soziotherapie den Bürgerinnen und Bürgern Nordrhein-Westfalens faktisch nicht zur Verfügung.

6.1.

Regina Neubauer, Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene e.V.

Thesen – Behandlungspflege und Soziotherapie

Als Psychiatrie-Erfahrene und durch erlittene Zwangsmaßnahmen im Selbstwertgefühl geschädigte ehemalige Krankenschwester möchte ich in diesem Kreis folgendes kund tun:

- Es gibt ein Recht auf Leben nach eigenen Vorstellungen, solange dabei nicht die Rechte Dritter verletzt werden. Es sind Obdachlose unterwegs mit extrem gesundheitsschädigendem Verhalten. Auch die müssen von der Gesellschaft toleriert werden.
- Die Professionellen oder Angehörigen sind nicht verantwortlich für den Gehalt, die Sinnhaftigkeit oder Vernünftigkeit der Lebensvorstellungen eines Klienten.
- Zwangsmaßnahmen oder eine Erpressung zur Verabreichung von Medikamenten oder Nahrung dürfen nicht eingesetzt werden.
- Nebenwirkungen von Medikamenten sollten rechtzeitig erkannt und zur Abhilfe geraten werden.
- Mehr Hilfe zur Selbsthilfe ohne die Abhängigkeit von Psychopharmaka wäre wichtig.
- Die Behandlungspflege oder Soziotherapie in Anspruch zu nehmen, muss die freie Entscheidung des volljährigen Klienten sein.
- Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit und Selbstverantwortung sollten mit dem Betroffenen als gleichwertigem Partner gefördert und aufgebaut werden.
- Aufrichtigkeit, gegenseitige Akzeptanz und Empathie sind beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung wichtig.
- Die Gefahr der emotionalen Abhängigkeit von ein bisschen regelmäßiger Zuwendung durch Professionelle ist sehr groß.
- Eine Absicherung des eigenen Arbeitsplatzes der Professionellen darf bewusst oder unbewusst nicht im Vordergrund stehen.
- Erstes Ziel für die Behandlungspflege und Soziotherapie sollte sein, überflüssig zu werden.

6.2.

Gerhard Holler,

Leiter des Arbeitsbereichs Versorgungsforschung der Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Soziotherapie als Brücke zur selbständigen normalen Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung

Wegen der Kürze der Zeit konzentriere ich mich auf die Soziotherapie, zumal hier der größte Regelungsbedarf besteht. Bei der Frage nach der Brücke zur gemeindenahen Versorgung sollten wir uns dem Gemeinpsychiatrischen Verbund in Erinnerung rufen. Die nachfolgende Abbildung skizziert ihm nach den

Maßgaben, die die Psychiatriereform ausmachen:

- Soviel ambulant wie möglich
- Behandlung und Rehabilitation vor Versorgung
- Integrierte Psychiatrische Behandlung (IPB) als Teil der Klinikbehandlung und als Brücke zum ambulanten Versorgungssystem

Die wichtigsten Grundsätze sind in der folgenden Zusammenfassung wiedergegeben. Sie wollen kenntlich machen, dass die Psychiatriereform eine Neuorientierung der gegenwärtigen Routine verlangt. Grundsätze, Vorgehensweisen und Festlegungen sind hier skizziert.

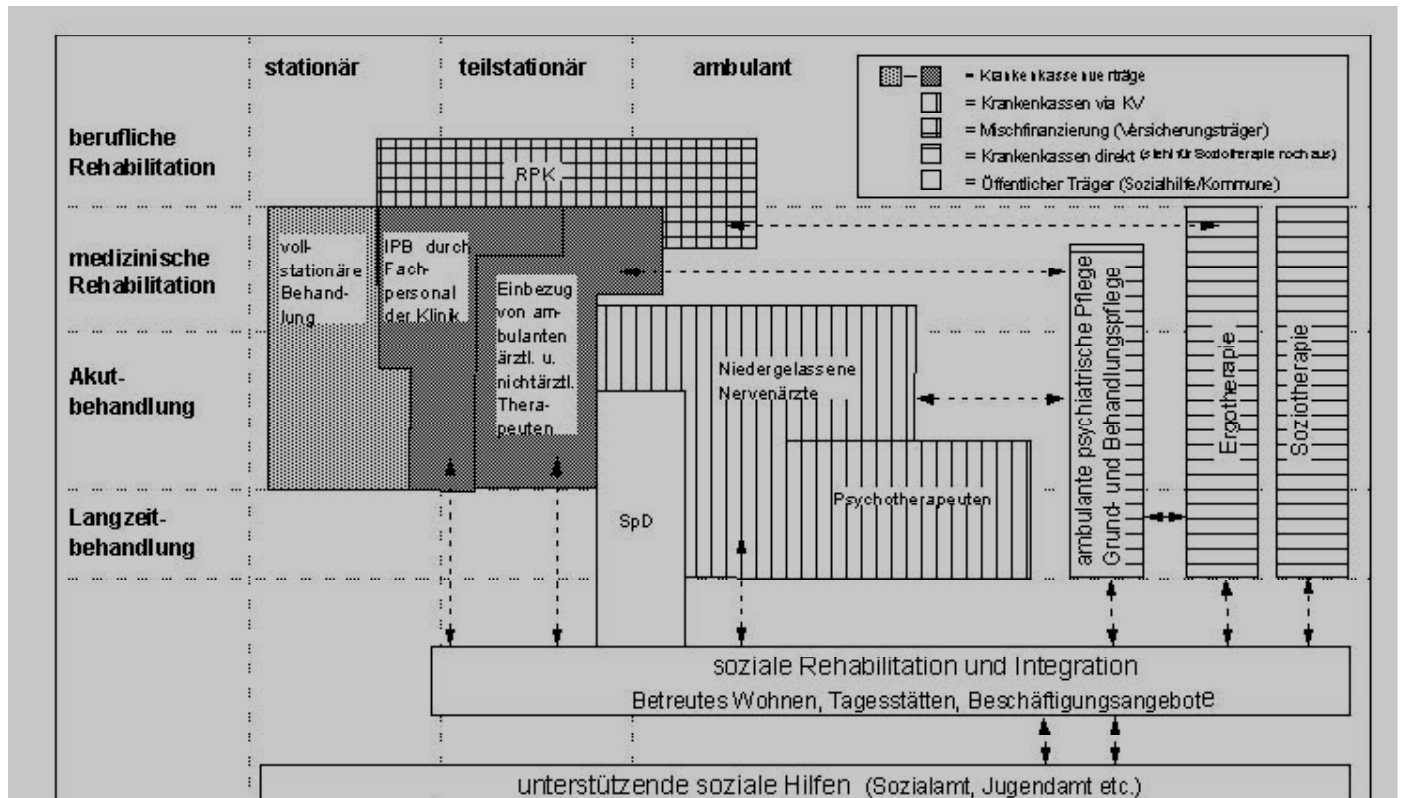
| Grundsätze | Vorgehensweise | Festlegungen |
|--|---|--|
| Rehabilitation statt Versorgung | Kompetenzorientiert statt defizitorientiert | Kurzfristige mittelfristige und langfristige Ziele |
| Dienstleistung statt Vereinnahmung | Abarbeiten eines am Bedarf orientierten abgesprochenen Hilfeprogramms | Entscheidungskompetenz beim Hilfepartner stärken |
| Loslassen statt Abhängigmachen | Integration der Hilfen in normale Lebensfelder wie Wohnen, Arbeiten und Tagesgestaltung | Stärkung des Selbstmanagements (Fördern und Fordern) |
| Personenzentriert statt mitarbeiterzentriert | Individualisieren und Aktualisieren durch regelmäßige Überprüfung des Bedarfs | Weitgehende Enthospitalisierung der Mitarbeiter um Partnerbegegnungen zu ermöglichen |

Ambulante Soziotherapie soll die ambulante Versorgung optimieren. Es macht Sinn, sich mit den Spezifika des ambulanten Bereichs ausei-

nander zu setzen. Die nachfolgende Folie zeigt die wichtigsten Plus-, aber auch die maßgebenden Minuspunkte auf und benennt unter dem

Stichwort „Regularien“ die Steuerungselemente.

Gemeindepsychiatrischer Verbund



Ambulanter Bereich:

| Pluspunkte | Regularien | Minuspunkte |
|--|--------------------------|---|
| Öffentliches Leben | Öffentlichkeitsarbeit | Vorurteile und Befürchtungen |
| Angebotsvielfalt | Gütesiegel | Psychomarkt/ Zersplitterung des Angebotes |
| Trägervielfalt | Koordination | Trägeregöismen |
| Beziehungsfreiheit | Versorgungsverpflichtung | Ausgrenzung und Leistungsverweigerung |
| Unreglementierte Kooperationsmöglichkeiten | Bündelung des Know-hows | Mitarbeiterabschottung |

Die Soziotherapie ist überfällig. In keinem anderen Versorgungsfeld und bei keinem anderen Versorgungsbaustein gibt es eine derartige zeitliche Diskrepanz zwischen gesetzlicher Festlegung im § 37 a, der Verabschiedung von Rahmenrichtlinien, der Ausarbeitung gemeinsamer Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Absatz 2 SGB V und der Begutach-

tungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 213 SGB V. Mittlerweile gibt es sogar noch die Übergangsregel, die einzelne rigide Festlegungen der Richtlinien relativieren: So muss nicht jeder Leistungserbringer mindestens ein Jahr Tätigkeit im psychiatrischen Krankenhaus mit Regionalversorgung nachweisen. Außerdem wird geprüft, ob die

Finanzierungsregelungen, die sich zwischen Euro 30 und Euro 36 pro 60-minütigen Einsatz bewegen, zum Positiven für die Leistungserbringer verändert werden können. Gleichwohl ist die Soziotherapie zum Objekt der Bedenkenträger geworden.

Insofern macht es Sinn, sich mit deren Argumenten auseinander zu setzen:

- Selbstverständliches muss sich gegenüber Betroffenen, konkurrierenden Leistungserbringern und Bedenken der Kostenträger als notwendig und wirtschaftlich beweisen.
- Misstrauen der Kostenträger gegenüber Konzepten entkräften: Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken muss zur Realität werden.
- Misstrauen und Abwehr Betroffener und ihrer Angehörigen

bearbeiten: Angst vor Stigmatisierung.

Ambulante Soziotherapie steht in Konkurrenz zu psychosozialen Stützungsmaßnahmen, wie betreutem Wohnen: Krankenkassen befürchten, dass sie angestammte Leistungen des örtlichen Sozialhilfeträgers finanzieren.

Sorge, dass eher leicht Erkrankte übertversorgt werden, weil bei niedergelassenen Ärzten vermeintlich nur

die wartezimmerfähigen Patienten behandelt werden, während dauerhaft und schwer psychisch erkrankte Personen von Institutsambulanzen der Kliniken versorgt werden. Gleichwohl gilt: Der Vorsatz, soviel ambulant wie möglich für chronisch psychisch Kranke ist ohne dem Einsatz ambulanter Soziotherapie kaum zu verwirklichen.

[...]

Ambulante Soziotherapie eröffnet nachhaltige Möglichkeiten:

- Professionalisierung der ambulanten Versorgung in fachlicher Kooperation mit dem behandelnden Facharzt
- Personenzentrierter Hilfeansatz auf der Grundlage des persönlichen Hilfebedarfs (ärztliche

Diagnostik und soziotherapeutische Anamnese)

- Sozialpsychiatrische Ausweitung des ärztlichen Behandlungsprogramms (milieutheraeutische Maßnahmen, Stärkung der Kompetenz, Bearbeitung der me-

dizinischen und psychosozialen Defizite)

Die Soziotherapie-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 05.10.2000 bestätigen dies. Sie legen fest:

Aufgabe ambulanter Soziotherapie

“Soziotherapie soll dem Patienten als zentraler Baustein eines integrierten Betreuungsprogramms die Aufnahme und die Fortsetzung medizinischer Behandlung ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig

in Anspruch zu nehmen. Sie ist begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.“ (aus den Soziotherapie-Richtlinien vom 05.10.2000)

Die Fachleute haben gezielt nach vorn gearbeitet. Die Bestimmungen

lassen in Bezug auf die Leistungsphilosophie der Psychiatriereform nichts offen. Der Titel meines Referats, wonach die Soziotherapie als Brücke zur selbständigen Lebensführung und zur gemeindenahen Versorgung gelten soll, ist in den Qualitätsanforderungen Rechnung getragen.

Qualitätsanforderungen an die Durchführung ambulanter Soziotherapie

Psychiatrisch qualifiziertes soziotherapeutisches Fachpersonal:

Personenzentrierte Bedarfsfeststellung, Festlegung von Behandlungszielen und Integration des Einsatzes der Soziotherapie in das ärztliche Behandlungsprogramm

Enge Kooperation mit dem behandelnden Facharzt, nach Möglichkeit standardisiertes Vorgehen

Besondere Hinwendung zu Patientinnen und Patienten, die in der Vergangenheit klinisch behandelt wurden und rezidivgefährdet sind. Einbettung des Hilfeangebots in ein

gemeindepsychiatrisches Hilfeprogramm, bei dem auch Kontakte zu psychosozialen Angeboten (Tagesstätten, Kontaktstellen, betreutes Wohnen) bestehen. Möglichkeiten bedarfsgerechten Einsatzes von Soziotherapie durch fachärztliche Weiterverordnung

Um zu verstehen, warum die ambulante Soziotherapie derart zwischen alle Mühlsteine gerät, gilt es zu re-

kapitulieren, was seinerzeit die Erwartungen der Befürworter und die Gründe der prinzipiellen Ablehner

waren, Soziotherapie als leistungsrechtliche Maßgabe ins SGB V zu bringen.

Erwartungen der Befürworter

Einstieg in die PsychPV-komplementär, nachdem 1991 die Personalverordnung für den stationären Bereich in Kraft getreten war.

- Gleichstellung der ambulanten Versorgung mit der stationären, indem Sozialarbeiter therapeutische Mitwirkungsrechte erhalten, wie sie in der Klinik traditionell bestehen.
- Brückenschlag zwischen biologischer und sozialer Psychiatrie, indem neben Pharmakotherapie und Psychotherapie die Soziotherapie gleich aufrückt.

- Herstellung des Subsidiaritätsprinzips, indem psychosoziale Leistungen mit therapeutischem Effekt als Kassenleistungen anerkannt werden.
- Erweiterung der Möglichkeiten sozialpsychiatrischer Behandlung als maßgeblichen Schritt hin zur Sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxis.
- Anerkennung der sozialen Rehabilitation als Bestandteil medizinischer Rehabilitation, wie dies mittlerweile im SGB IX verbrieft ist.

Chancengerechtigkeit für die PatientInnen, die nicht von alleine den Zugang zum psychosozialen Hilfesystem finden: Ich plädiere nach wie vor dafür, die ambulante Soziotherapie nicht weiterhin ungenutzt zu lassen. Dies heißt aber, dort ist anzusetzen, wo vermeintliche Gründe liegen, warum sie bislang nicht den Patientinnen und Patienten zugänglich gemacht worden ist. Diese sind nach landläufiger nicht im Einzelnen empirisch untermauerter Meinung.

Gründe der prinzipiellen Ablehner trotzdem mitzumachen:

Das Streben nach einer PsychPV-komplementär aus der Diskussion nehmen.

Solange wie möglich eine Hängepartie bezüglich dessen, was in der Leistungspflicht der Krankenkassen zu regeln ist, aufrechtzuerhalten. Den Fehler des letztendlichen Nachgebens, wie es bei den Psychotherapie-Richtlinien geschah, nicht wiederholen. Sozialarbeit ist kein Gesundheitsberuf, hier steht allenfalls ein therapeutischer Anstich zur Disposition. Es kann ein hochschwelliger Zugang festgelegt werden.

Auch nach den Modellerprobungen gilt Soziotherapie nicht als evidence based. Die Effekte, die ihr im Abschlussbericht zugeschrieben werden, können genauso gut auf andere Weise bewirkt worden sein. Die Befürworter können keine stichhaltigen Ziele benennen, die nicht schon im BSHG-finanzierte Leistungsprogramm enthalten sind.

Der Patient bekommt im Grunde genommen nichts dazu. Allenfalls der Arzt profitiert durch neue Patientenzugänge.

Ambulante Soziotherapie eignet sich zum Objekt der Bedenkenträger

Gründe, warum Soziotherapie nicht umgesetzt wird:

- Den Ärzten sind die Vertragsmöglichkeiten nicht bekannt
- Der Informationsstand bei den Krankenkassen ist minimal
- Der bürokratische Aufwand ist hoch
- - Hausärzte haben stärker mit der Gruppe chronisch psychisch Kranker zu tun, als Fachärzte
- Die unterschiedlichen Sichtweisen und Hilfevorgehen von Ärzten und Sozialarbeitern verhindern Kooperation
- Die Patienten sind nicht in der Lage, Terminabsprachen für die Soziotherapie einzuhalten

- Leistungserbringer müssten das Programm erst bekannt machen (Flyer, Klinken putzen bei Ärzten u.a.m.).
- Der Aufwand lohnt nicht
- Die Finanzierung ist mit den bisherigen Kostenerstattungen der Sozialhilfe nicht konkurrenzfähig

Gerade die Maßgaben, die in Umsetzung des § 140 a ff. SGBV für integrierte Versorgung gelten, müssen zum Einsatz ambulanter Soziotherapie provozieren. Insbesondere möchte ich auf das folgende Argument verweisen:

Psychosoziale Hilfeanbieter werden durch Anerkennung als Leistungserbringer für Soziotherapie zu Vertragspartnern der Krankenkassen“. Dies ermöglicht aktive Mitwirkung im Rahmen der integrierten Versorgung. Soziotherapie bietet eine unverzichtbare Chance, um integrierte

Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zu ermöglichen.

Das Argument der Krankenkassen, dass sich die bei Verstärkung der ambulanten Versorgung (häusliche Krankenpflege, ambulante Psychotherapie) ermöglichten Einsparungen von Klinikkosten, in der Realität nicht umsetzen lässt, lässt sich bei Verknüpfung klinischer und außerklinischer Hilfesysteme entkräften.

Für niedergelassene Nervenärzte wird die Behandlung schwieriger Patienten erst möglich, wenn sie sich auf multiprofessionelle Mitwirkung ebenso verlassen können, wie auf die Patientenübernahme durch die Versorgungsklinik. Die Übernahme

schwieriger Patienten, von der Klinik in die Versorgung niedergelassener Nervenärzte lässt sich bei Casemanagement durch die ambulante Psychotherapie zuverlässig regeln.

Die zunehmende Verkürzung der Klinikaufenthalte verbunden mit der Entlassung hilfsbedürftiger Klinikpatienten verlangt nach Psychotherapie als Förderung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen. Psychosoziale Hilfeanbieter werden durch Anerkennung als Leistungserbringer für Psychotherapie zum Vertragspartner der Krankenkassen. Dies ermöglicht aktive Mitwirkung im Rahmen der integrierten Versorgung.

Die zurzeit das Miteinander erschwerenden unterschiedlichen Finanzierungsregelungen zwischen klinischer und außerklinischer Versorgung lassen sich, wenn beide Seiten das Komplexleistungsprinzip verfolgen, im Rahmen integrierter Versorgung angleichen. Psychotherapie ist der Einstieg in ein ambulantes Komplexleistungssystem.

Wir müssen gemeinsam eine Ausgangshaltung entwickeln, die die Etablierung ambulanter Psychotherapie ermöglicht. Dies gilt für Krankenkassen gleichermaßen wie kommunale Leistungsanbieter. Es gilt aber auch für psychosoziale Hilfeanbieter und die Psychiatriekoordination.

Ausgangshaltung für die Etablierung ambulanter Psychotherapie

Nicht zuviel verhandeln, sondern handeln. Fakten überzeugen mehr als gute Konzepte. Die Bedürfnisse der Betroffenen müssen die Bedenken der Bürokratie sukzessive überlagern. Den Schlüssel zum Tresor der Krankenkassen haben nach wie vor die Ärzte. Deshalb ist es wichtig, verordnungswillige Fachärzte ausfindig zu machen. Der Umweg über die versorgende Fachklinik bietet sich an, da dort erfahrungsgemäß Probleme mit mangelndem Casemanagement bei und auch nach der Entlassung

in den ambulanten Bereich auftauchen. Die hier kooperierenden Ärzte sind Partner für Psychotherapie.

Wenn die kommunalen Finanzierungsressourcen immer brüchiger werden, sind Signale in Richtung primäre Kostenträger, verbunden mit schlüssigen Leistungsangeboten für psychosoziale Leistungsanbieter, auf längere Sicht existenzsichernd, auch wenn der Anfang sich schwierig gestaltet.

Die Regelungen des § 93 BSHG (Bildung von Hilfebedarfsgruppen), des SGB IX (Einbeziehung der Sozialhilfe als Kostenträger für Rehabilitation) setzen klare Signale. Die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung muss multiprofessionell gestaltbar sein und rehabilitative Elemente unter Berücksichtigung des psychosozialen Hilfebedarfs einbeziehen. Sozialarbeit gehört hier dringend dazu.

Ausgangshaltung für die Etablierung ambulanter Psychotherapie:

Die Erprobung des Leistungsprofils patientenzentrierter Sozialarbeit ist eine günstige Zukunftsperspektive. Ab 2007 wird es auch ambulante DRG's geben.

Es geht gegenwärtig um vielmehr als um die Psychotherapie: Es geht um eine Trendwende, die insbesondere vom SGB IX und von SGB V (§ 140 ff.) unterfüttert wird. Sozialpsychiatrie ist eine Gemeinschaftsaufgabe

und Sozialpsychiatrie lässt sich nur ambulant über Mischfinanzierung realisieren.

Die Zusammenarbeit mit Institutambulanz und Kliniken sollte genutzt werden, denn dort sind umfangreiche Ressourcen vorhanden. Der Verweis der Krankenkassen auf klinische Kompetenzen (ein Jahr Arbeit in der Klinik) sollte als Chance genutzt werden, um sich mehr

als bislang zu vernetzen (§ 140 a ff. SGB V).

So sollten Maßnahmen der Personalrotation zwischen klinischen und außerklinischen Leistungsanbietern nicht tabuisiert werden, um eine Fachperson zu gewinnen, die die Zugangsvoraussetzungen auch in klinischer Hinsicht erfüllt.

Mut zum Anfangen, auch wenn es schwer ist, dürfte sich lohnen. Nach allen Erfahrungen wird mit der Routine alles runder. Bis dahin ist eine Durststrecke zu überwinden. Dies kennen wir schon und darf uns nicht

schrecken. Der Grundsatz der Sozialpsychiatrie, wonach es immer einen Weg gibt, sollte auch hier gelten.

Den in den nächsten Folien zusammengestellten aktuellen An-

forderungen als Türöffner für die ambulante Soziotherapie möchte ich nichts weiter hinzufügen.

Aktuelle Anforderungen als Türöffner für die ambulante Soziotherapie:

| Probleme | Programme |
|--|---|
| Gefahr der Selektion der Klientel in Klienten, die behandlungsbereit und rehabilitationsfähig sind und solche, die sich (zunächst) dem verweigern oder hier nicht mithalten können. | Im Rahmen einer personenzentrierten Hilfeplanung und -gestaltung ist Differenzierung der Hilfeleistung unumgänglich. |
| Zwang zur Akquisition von soziotherapiefähigen Klienten, um kontinuierlich die Refinanzierungsquote zu erfüllen. Gefahr einer Klassenbindung zwischen Soziotherapieklienten als den Privatklienten des Soziotherapeuten und den kollektivversorgten Klienten, die nur die nötigste Unterstützung erhalten. | Ambulante Soziotherapie bietet die Chance, die bisherige Routine dahingehend zu überprüfen, ob dem Hilfebedarf personenzentriert entsprochen wird und dabei neben den Versorgungsaspekten auch Maßnahmen von Behandlung und Rehabilitation personenzentriert einzubeziehen. |
| Schwierigkeiten in dem Rahmen einer Langzeitbetreuung, Phasen von Soziotherapie einzufügen, ohne die Klienten zu neuen und weitergehenden Versorgungserwartungen zu provozieren. | Soziotherapie provoziert die Aktivierung komplementärer Hilfeangebote für die Klienten. Insofern kann sie als Impuls genutzt werden, integrative Hilfenetze zu gestalten, die aus mittelfristiger Sicht entlastende Funktionen für den Einzelanbieter übernehmen. Komplexleistungsprogramme lassen sich so vervielfältigen. |
| Nachweis einer Mitarbeiterin/ eines Mitarbeiters, die/ der die Voraussetzungen einer klinischen Arbeit erfüllt. | Personalrotation zwischen psychosozialen Hilfeanbieter und Institutsambulanz. |
| Schwierigkeit der Abgrenzung der zukünftigen ambulanten Soziotherapie gegenüber traditionellen Leistungen der psychosozialen Versorgung. | Verweis auf die ärztliche Verordnung im Rahmen der Sicherstellung der Kassenärztlichen Versorgung, was das Vorgehen zur Behandlungsmaßnahme macht. |
| Gewinnung von niedergelassenen Nervenärzten, die bereit sind, unter den festgelegten Rahmenbedingungen ambulante Soziotherapie zu verordnen. | Die Zusammenarbeit niedergelassener Nervenärzte mit psychosozialen Hilfeanbietern ist gleichbedeutend mit deren Integration in den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Es gehört zum Casemanagement der psychosozialen Hilfeanbieter, Behandlungsoptionen für die Klienten einzuwerben. Dies lässt sich im Zusammenhang mit der Leistung ambulanter Soziotherapie zu einem geregelten Vorgang gestalten. |
| Freisetzung von Kapazitäten im Team zur Übernahme von soziotherapeutischen Leistungen. | Es macht Sinn, das breite Leistungsspektrum psychosozialer Hilfeanbieter in Leistungskomplexe auszudifferenzieren und dabei in die Offensive gegenüber den Kostenträgern zu geben. Soziotherapie ist hierfür ein Präzedenzfall. |

6.3.

Rose-Marie Seelhorst, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbstständigen normalen Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung

– zum Stand der Umsetzung in den verschiedenen Bundesländern

Die Reduzierung von stationären Klinikaufenthalten hat bei vielen psychisch Kranken zu schweren Einschnitten ihrer Lebensqualität geführt. Die Behandlung in der Klinik stellt meist nur noch eine Krisenintervention dar, allerdings ohne die anschließende Verfügbarkeit von ambulanten, vor allem aufsuchenden Hilfen.

Psychisch Kranke brauchen häufig nach der Entlassung aus dem Krankenhaus viel direkte Hilfe. Was nützt es, wenn sie im Krankenhaus auf Medikamente eingestellt wurden und diese nach der Entlassung nicht mehr genommen werden?

Unglücklich und verunsichert betritt so manch ein psychisch Kranker erstmals wieder seine Wohnung, aus der er evtl. gegen seinen Willen zur Behandlung geholt wurde. Eigentlich müsste er jetzt als erstes zum Arzt, um sich die nötigen Medikamente verschreiben zu lassen, dann in die Apotheke. Wie viel Geld ist überhaupt noch auf dem Konto? Alles kostet Geld, das Krankenhaus, der Arzt, die Apotheke. Hinzu kommt, dass zu Hause der ganze alte Frust auf ihn wartet, eine unaufgeräumte Wohnung, ein leerer Kühlschrank, verärgerte Nachbarn, usw. Verständlich, dass sich viele Kranke in dieser Situation einfach im Bett verkriechen.

Auch rechtzeitig im Krankenhaus vor der Entlassung eines Patienten einberufene Mitglieder einer evtl. bestehenden Hilfenkonferenz können das kaum ändern. Was sollen die

Mitglieder einer solchen gut gemeinten Konferenz dem zu entlassenden Patienten eigentlich anbieten, wenn es die wichtigsten Hilfen für einen noch schwer kranken Menschen vor Ort nicht gibt: einen Arzt, der den Kranken erst einmal zu Hause aufsucht, der ihm nicht nur Medikamente sondern vor allem eine tüchtige Pflegekraft verschreibt?

In Niedersachsen gibt es die von uns Angehörigen seit Jahren vehement geforderte aufsuchende häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke nur in einigen Regionen und in einem Sektor Hannovers, dort für gerontopsychiatrische Patienten.

Allerdings überall, wo es diese Form der Hilfe gibt, werden nicht nur Klinikaufenthalte verkürzt oder sogar vermieden sondern vor allem die Alltagskompetenz der Betroffenen gestärkt, und damit die Bereitschaft, das Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen, für sich zu sorgen, sich auf nötigen Konsequenzen durch die schwere Erkrankung einzulassen, wie die regelmäßige Medikamenteneinnahme.

Mir ist das bei der Begleitung meiner psychisch kranken Söhne klar geworden. Wenn die Familie nicht geholfen hätte, etwa in der geschilderten Situation nach einem stationären Krankenhausaufenthalt oder während einer psychotischen Krise, würden sie seit Jahren in einem Heim leben, hohe Kosten verursachen und den Eindruck vermitteln, dass sie zu krank seien, ihr Leben selbst zu gestalten.

Das ist aber eben nicht der Fall. Alle wohnen in ihrer eigenen Wohnung und versorgen sich dort selbst. Sie bewältigen ihren Alltag und langweilen sich nicht.

Die Familie half. Was nun, wenn es keine Angehörigen (mehr) gibt, die in Krisen Hilfe leisten?

Das Betreute Wohnen stellt eine Möglichkeit zur Hilfe dar, sofern der Träger über flexible Personalschlüssel verfügt.

Zweierlei gebe ich dabei aber zu bedenken. Erstens sind die Mitarbeiter dieser Einrichtungen schnell am Ende ihrer Möglichkeit angelangt, wenn der Kranke über eine vorher nicht voraussehbare Zeit intensiv betreut werden muß, evtl. mehrere Stunden täglich. Zweitens wird beim Betreuten Wohnen die Betreuung, wenn auch reduziert, fortgesetzt, wenn sie nicht mehr nötig ist. Ich hörte von Betroffenen, dass sie die Betreuung nach Abklingen einer Krise lästig finden. Bei anderen stelle ich fest, dass sie durch den Verwöhneneffekt in ihrer Alltagskompetenz Schaden nehmen.

Da die Träger von Wohnheimen eng mit anderen psychiatrischen Einrichtungen zusammenarbeiten, z. B. den Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagesstätten besteht ein Trägerinteresse daran, den Betroffenen nicht aus psychiatrischen Einrichtungen heraus zu rehabilitieren sondern ihn dazubehalten. Das gleiche gilt häufig für das Betreute Wohnen. Das Ziel der Maßnahmen,

einen kranken Menschen wieder fit für das normale Leben zu machen, gerät dabei aus dem Blickfeld. Ich setze mich als Angehörigenvertreterin dafür ein, dass unsere Kranken Hilfe bekommen, die sie zurück in die Gesellschaft führt.

Die Soziotherapie wird in Niedersachsen noch kaum angeboten, was ein Skandal ist und mit den geltenden Richtlinien zusammenhängt. Aufsuchende psychiatrische Krankenpflege und anschließende Soziotherapie müsste die Grundlage für eine zeitgemäße ambulante Versorgung psychisch Kranker nach schweren Krisen darstellen.

Nun bin ich Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen und in Bremen sieht die Lage ganz anders aus.

Da gibt es die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste, kurz GAPSY genannt, die sowohl ambulante psychiatrische Krankenpflege als auch Soziotherapie anbietet. Es begann im Jahr 1999 mit einem Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven, zunächst als Modell. Nach dessen Beendigung wurde eine vertragliche Vereinbarung mit der AOK Bremen/ Bremerhaven und der HKK Bremen getroffen. Inzwischen wird auch mit der IKK Bremen/Bremerhaven und der BKK firmus und der

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen zusammen gearbeitet.

Bei der Ambulanten psychiatrischen Krankenpflege gibt es keine diagnostische Ausgrenzung. In der Beschreibung, die im Internet unter www.gapsy.de steht, heißt es,

„Patienten sind chronisch psychisch erkrankte Erwachsene, Erwachsene mit einer akuten psychischen Erkrankung oder Krise, gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, wesensveränderte Menschen infolge psychischer Erkrankungen, psychisch erkrankte Personen mit einem gleichzeitigen Suchtmittelmissbrauch“.

Der Behandlungsdienst ist rund um die Uhr erreichbar. Die Angehörigen werden unterstützt und beraten.

Seit Januar 2003 wird von GAPSY auch Soziotherapie angeboten. Auf diese Leistung haben nur Patienten nach § 37a des SGB V Anspruch, die ein gewisses Maß an Krankheitseinsicht haben und entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen an einer Form der Schizophrenie oder an einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen leiden. Schade, dass so viele hilfebedürftige psychisch kranke Menschen keinen Anspruch haben.

„Die Patienten sollen mit der soziotherapeutischen Unterstützung lernen, ihr Lebensumfeld wieder selbst zu gestalten, den Alltag zu managen und eigenständig ambulante Hilfen in Anspruch zu nehmen.“ heißt es bei GAPSY.

Bremen ist im geschilderten Bereich Niedersachsen ein großes Stück voraus. Allerdings denke ich, dass es noch weiterer Hilfe bedarf, um einem psychisch Kranken nach schwerer Krise zu helfen, wieder am Leben der Gesellschaft teilzunehmen. Dafür werden Menschen gebraucht, die ihn mitnehmen und begleiten, wohin er selbst möchte. Das müssen keine Therapeuten sein.

Psychiatrische Kompetenz ist nötig, um den jeweiligen Hilfebedarf im Gespräch mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen zu ermitteln und sich dann um die geeigneten Hilferbringer zu kümmern.

Ich bin sehr gespannt auf den Umgang psychisch Kranker mit dem „Persönlichen Budget“, verspreche mir aber nur dann eine Kehrtwende des derzeitig üblichen fürsorglichen Denkens, wenn die Betroffenen wirklich selbst entscheiden können, wofür sie die ihnen zugestandenen finanziellen Mittel ausgeben. Wir werden überrascht sein. Vielleicht wird sich manch einer eher für Hilfe im Haushalt als z. B. für Ergotherapie entscheiden.

Handlungsempfehlungen Forum 6:

- Die Landesregierung wird aufgefordert, zwischen den soziotherapeutischen Leistungserbringern und den Kostenträgern einen runden Tisch zu organisieren und zu moderieren, mit dem dringenden Ziel zum Abschluss eines Landesrahmenvertrags zu kommen.
- Die Landesregierung, die Parteien und die Vertreter aller anwesenden Verbände aus der Selbsthilfe und dem professionellen Bereich werden aufgefordert, sich bei der Bundesregierung für die Rücknahme der im GMG verankerten Zuzahlung bei Soziotherapie einzusetzen.
- Die Träger der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden aufgefordert, bei der Umsetzung neuer Dienstleistungsangebote nicht die Absicherung der eigenen Organisation in den Vordergrund zu stellen.
- Alle Anwesenden werden aufgefordert, wo immer sie Berührungspunkte zu den örtlichen Krankenkassen haben, sich für die Bewilligung der gesetzlichen Leistungen ambulante psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie einzusetzen.

Forum 7:

Öffnung der Hilfestrukturen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige mit Migrationshintergrund

ReferentInnen:

*Arif Ünal, Leiter des Gesundheitsberatungszentrums
für MigrantInnen in Köln*

Aygül Arslan, BPE

Moderation:

Uwe Komes, Psych-soz. Hilfgemeinschaft Duisburg

Protokoll:

Uwe Komes

Kurzbericht Forum 7

Im Rahmen des Forums wird die Notwendigkeit eines Perspektivenwechsels in der Behandlung, Therapie oder Beratung von Menschen mit Migrationserfahrungen diskutiert und eingefordert. Ein Migrationshintergrund ist demzufolge nicht als Defizit, sondern als Kompetenz oder Bereicherung zu betrachten. TeilnehmerInnen verweisen darauf, dass die Diskussion, ob eher integrierte Versorgungseinrichtungen oder eher spezialisierte Einrichtungen für MigrantInnen aufgebaut werden sollen, den Entwicklungsprozess blockiert und nicht zielführend ist. Zudem soll den Handlungsempfehlungen voran gestellt werden, dass der Aufbau von migrantenspezifischen Angeboten nicht zum Nulltarif erfolgen kann. Zum Aufbau einer psychiatrischen Grund- oder Basisversorgung sind finanzielle Anreize dringend erforderlich.

Abschließend wird auf die „Sonnenberger Leitlinien“ verwiesen, in denen umfangreiche Forderungen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland zusammen getragen wurden.

Die „12 Sonnenberger Leitlinien“:

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemein-medizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter Fachdolmetscherinnen und -dolmetscher als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als Telefondolmetscherinnen und -dolmetscher.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Bereitschaft aller in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen zur Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Allgemeinärztinnen und -ärzten.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit professioneller oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- und Sozialrecht.
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von Migrantinnen und Migranten und deren Behandlung.

7.1.

Öffnung und Ausrichtung der Hilfestrukturen auf Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörige

(zusammenfassende thematische Darstellung von Sandra Kätker)

In der Bundesrepublik Deutschland lebten laut Bericht der Bundesregierung im Jahr 2002 insgesamt knapp über 7 Millionen Ausländerinnen und Ausländer, was einem Anteil von 8,9% der Gesamtbevölkerung ausmacht (vgl. http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Migrationsbericht_2003.pdf, S.82).

Dennoch ist der Begriff der multikulturellen Gesellschaft umstritten. Über einen langen Zeitraum wurde dies mit der Annahme begründet, dass die sogenannten „Gastarbeiter“ mit ihren Familien nicht in der Bundesrepublik bleiben. Erst nachdem erkannt wurde, dass viele aus dieser Migrantengruppe in der Bundesrepublik bleiben und dass es eine Reihe weiterer Migrationstypen gibt (z.B. Asylsuchende und Aussiedler), wird vermehrt von der Bundesrepublik Deutschland als Einwanderungsland

gesprochen. Dieses Defizit zeigt sich im psychosozialen Bereich sowohl in der Forschung als auch in den fehlenden Anstrengungen seitens der Psychiatrie, MigrantInnen als besondere Patientengruppe zu berücksichtigen und ihnen spezielle Behandlungsangebote zu machen. Untersuchungen zu einer adäquaten Versorgung von MigrantInnen sind selten. Es besteht also die Notwendigkeit eines verbesserten Verständnisses in der Beratung und Behandlung von psychisch erkrankten MigrantInnen, um eine optimale psychiatrische Versorgung zu gewährleisten (vgl. Haasen et al. 2003, S.103-104).

Aufgrund verschiedenster Merkmale ihrer Lebensumstände und Biographie sind Migranten eine inhomogene Gruppe. Sie sind in gewissem Sinne von Desintegration, Benach-

teiligung, Ausgrenzung betroffen, dementsprechend handelt es sich (bei psychischen Krisen) häufig nicht um im Kern ausländerspezifische Probleme. Laut Ottawa-Charta (Nov. 1986) der WHO gelten Migranten als »verletzliche Gruppe«, denen eine besondere Priorität in Public-Health-Strategien einzuräumen ist, wozu neben gesundheitsfördernder Politik, Vergrößerung sozialer Hilfsnetze und unterstützender Sozialbetreuungsformen auch der Ausbau von Wissensvermittlung und Motivation für gesundes Verhalten zählen. Es sind (gesundheitspolitische) Konzepte auf allen Ebenen zu entwickeln, die die Integration der Zuwanderer zum Ziel haben und die an die speziellen Bedürfnisse der MigrantInnen anzupassen sind (Cerci 2001, S.8).

Aus der Antwort der Landesregierung

(vgl. Landesregierung NRW 2002, S. 93-103 u. 211-212)

Migrantinnen und Migranten sind in der Klientel psychiatrischer Einrichtungen und Dienste weit unterrepräsentiert. In den Rheinischen Kliniken des Landschaftsverbands Rheinland z.B. betrug ihr Anteil an allen aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Jahr 1999 nur 4,9 % gegenüber einem Ausländeranteil von 12,9 % an der Wohnbevölkerung.

Die Landesregierung erkennt die besonderen psychosozialen Bela-

stungen von zugewanderten bzw. asylsuchenden Menschen an. Besondere Belastungsfaktoren, die eine erhöhte Prävalenz seelischer Erkrankungen und Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund vermuten lassen:

- Sprachliche und kulturelle Faktoren
- Ungewohnte und oft schwierige Arbeitssituationen
- Ungünstige Wohnverhältnisse
- Geringe Verfügbarkeit von Geldmitteln, da einerseits eher schlechter bezahlte Tätigkeiten ausgeübt werden, andererseits

Geld gespart oder für Angehörige in der Heimat verwendet wird

- Ungesicherte Lebensperspektiven
- Trennungserfahrung in den familiären und sonstigen sozialen Beziehungen
- Loyalitätskonflikte zwischen Heimat- und Aufnahmeland
- Zusammenbrechen gewohnter sozialer Netzwerke, Isolation
- Wertekonflikte im Sozialisationsprozess

Zur Frage der Prävalenz seelischer Erkrankungen bei Zuwanderern und Zuwanderinnen in NRW liegen

aktuell allerdings keine befriedigenden Daten vor. Nach Auskunft der Wohlfahrtsverbände ist die Inanspruchnahme der Migrationsberatungsstellen durch Zuwanderinnen und Zuwanderer mit psychischen Problemen in den letzten Jahren gestiegen.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe liegen ebenfalls keine eindeutigen Ergebnisse über die Zahl der suchtkranken Zuwanderinnen und Zuwanderern vor. In beiden Bereichen werden allerdings hohe Zugangsbarrieren sowohl zu den psychiatrischen Fachdiensten als auch zu den Diensten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe festgestellt. Gründe hierfür sind Verständigungsprobleme, Angst vor Behörden und Institutionen, Angst vor Aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen, kulturell bedingt andere Formen des Umgangs mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen sowie Scham über das Krankheitsbild und Ängste, sich falsch zu verhalten.

Über die bestehenden spezialisierten Einrichtungen hinaus erscheint es der Landesregierung notwendig, den Belangen seelisch oder suchtkranker Migrantinnen und Migranten innerhalb der Bestehenden Strukturen der Regelversorgung gerecht zu werden, da spezielle Angebote für die Vielfalt an Menschen mit verschiedenen Nationalitäten und Sprachen nicht machbar und sinnvoll erscheinen. Hierzu gehört vor allem die Nutzung und Förderung der interkulturellen Kompetenzen des vorhandenen Fachpersonals.

Im klinischen Bereich bestehen bereits einige muttersprachliche Behandlungsangebote für psychisch- oder suchtkranke Migrantinnen und Migranten, die an die fremdsprachlichen Kompetenzen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte gebunden sind. Auch in anderen Diensten und

Einrichtungen wie Beratungs-, Präventions- und Kontaktstellen werden vereinzelt muttersprachliche Betreuung, Dolmetscherdienste und muttersprachliche Informationsmaterialien angeboten. Spezielle Beratungs- und Therapieangebote für psychisch kranke Frauen mit Migrationshintergrund sind nicht bekannt.

21 Kommunen hielten im Rahmen der Großen Anfrage das Angebot an gemeindepsychiatrischen Hilfen für nicht zufriedenstellend. Kulturelle und sprachliche Barrieren behindern die psychiatrische Hilfestellung in vielen Fällen erheblich. Dolmetscherdienste durch Angehörige und Reinigungspersonal, selbst vereidigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher können oft nicht die notwendige Verständigung mit psychisch kranken Zuwanderinnen und Zuwanderern ermöglichen.

Im Rahmen der Großen Anfrage legten die Landschaftsverbände folgende Entwicklungskonzepte für ihren Zuständigkeitsbereich vor:

Landschaftsverband Rheinland:

- Integration der psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in die regulären gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, um eine Ausgrenzung der Betroffenen zu verhindern.
- Stärkere Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten durch Sensibilisierung, Aufklärung und Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und durch organisatorische Maßnahmen.
- Förderung der migrationsspezifischen Kompetenz durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Verbesserung des Austausches innerhalb der Kliniken und auf örtlicher Ebene durch Arbeits-

kreise auf Trägerebene und auf örtlicher Ebene.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe:

- Durch den Einsatz von Migrantinnen und Migranten als so genannte Schlüsselpersonen die Aufklärung über Therapiemöglichkeiten bei Migrantinnen und Migranten verbessern.
- Der Einsatz muttersprachlicher Therapeutinnen und Therapeuten soll – z.B. durch Einstellung bilingualen Personals und durch Erweiterung der interkulturellen Kompetenz der vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – gefördert werden.

Die 10. Landesgesundheitskonferenz hat 2001 notwendige strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der „Gesundheit von Zuwanderinnen und Zuwanderern“ empfohlen:

- Das Thema „Gesundheit von Zuwanderinnen und Zuwanderern“ soll in der gesundheitspolitischen Diskussion einen höheren Stellenwert bekommen.
- Bereits eingeleitete Maßnahmen zur Verbesserung migrantenspezifischer Beratungs- und Hilfsangebote sollen weiter ausgebaut werden.
- Projekte zur Vermittlung berufsspezifischer Fremdsprachenkenntnisse und interkultureller Kompetenzen für Beschäftigte des Gesundheitswesens sollen weiterentwickelt werden.
- Migrationsspezifische Aspekte sollen verstärkt im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe berücksichtigt werden.
- Mehrsprachigkeit und kulturell vielfältige Lebenserfahrung soll als Qualifikationsmerkmal stärker gewürdigt werden.
- Professionelle Dolmetscherdienste sollen effektiver genutzt werden.

- Mehrsprachige, zielgruppenorientierte Broschüren und Informationsmaterialien sollen mehr Beachtung finden.
- Unterschiedliche kulturelle und religiöse Bedürfnisse und Besonderheiten sollen berücksichtigt werden.
- Die kommunalen Gesundheitskonferenzen sollen sich verstärkt mit dem Thema befassen. Das Thema „Gesundheit von Zuwanderinnen und Zuwandern“ soll zu einem Schwerpunkt des Projektverbundes „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ werden.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst muss die Belange der Zuwanderinnen und Zuwanderer bei der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung fördern und vertreten.
- Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind erforderlich.
- Mehr Transparenz und Information über entsprechende Kompetenzen und Leistungsangebote sind anzustreben (z.B. durch das Praxisheft „Interkulturelle Gesundheitsförderung“ des LÖGD oder durch das NRW-Gesundheitsportal).
- Die Gesundheitsberichterstattung zu migrantenspezifischen Aspekten muss weiter entwickelt werden.

Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ zu dem Bereich „Migration und gesundheitliche Versorgung“

Im Januar 2000 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ ins Leben gerufen. In dieser ressortübergreifenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe sind neben Vertretern des Bundes und der Länder die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, der Öffentliche Gesundheitsdienst und Einzelsachverständige aus Wissenschaft und Praxis vertreten. Aus der Arbeitsgruppe sind zwei Unterarbeitsgruppen hervorgegangen, eine davon zu dem Thema „Migration und gesundheitliche Versorgung“. Ihr Auftrag war es, den Sachstand zu analysieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten.

Im September 2001 veröffentlichte die Arbeitsgruppe ein Empfehlungspapier, aus dem Aspekte zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten zusammengefasst wurden (vgl. <http://www.bvgesundheit.de/dokumente/archiv.html>):

Das Risiko einer psychischen Erkrankung ist abhängig von den Erlebnissen im Heimatland, den Bedingungen der Ausreise und des Wechsels in das Aufnahmeland sowie den hiesigen

Möglichkeiten, sich sozial zu integrieren und die eigene kulturelle Identität zu bewahren.

Als besondere Risikogruppen werden folgende Gruppen von Migrantinnen und Migranten betrachtet:

- Menschen ohne gesicherten Aufnahme status leben unter der permanenten Belastung abgeschoben zu werden und haben oftmals keine Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem.
- Bürgerkriegsflüchtlinge leben unter dem Druck einer zu frühen Rückkehr in das – zumindest subjektiv so empfundene – unsichere Heimatland.
- Asylantragsteller leben mit der Angst, nicht anerkannt und abgeschoben zu werden.
- Traumatisierte Flüchtlinge sind meist manifest krank.
- Ältere Arbeitsmigranten (Arbeitslose, Rentner, Frauen) leiden unter der Isolation, der gesellschaftlichen Entwertung und der Heimatlosigkeit.
- Desintegrierte Jugendliche (Sucht, Kriminalität).
- Abschiebungshäftlinge, die lange inhaftiert sind (über 6 Monate).

Als wichtigste Störungen werden Psychosomatische Störungen, De-

pressionen, Drogenabhängigkeit, Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen angesehen. Bezüglich genereller Anforderungen an das Gesundheitssystem und die Gesundheitsforschung wurden folgende Empfehlungen verabschiedet:

- Grundsätzlich ist es notwendig, dass alle für die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten Verantwortlichen (Krankenkassen, Ärzteschaft, Kommunen, Wohlfahrtsverbände etc.) kooperieren.
- Bestehende Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sollen ihr Angebot erweitern, um den besonderen kultur- und sprachbedingten Bedürfnissen der Migranten gerecht zu werden.
- Vermittlung von interkultureller Kompetenz¹ soll Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein.
- Die medizinische und pflegerische Versorgung von Zuwanderern kann durch muttersprachliches Personal verbessert werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ÖGD...) sollten ihre strukturellen Entscheidungen an den Überlegungen einer interkulturel-

len Organisationsentwicklung orientieren.

- Eine Erleichterung der Erlaubnis zur Berufsausübung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeuten für die stationäre und ambulante Versorgung ist anzustreben.
- Jede öffentliche gesundheitspolitische Debatte sollte – wenn passend – multikulturelle Aspekte berücksichtigen.
- In der Gesundheitsforschung sollte der Migrationsaspekt stärker berücksichtigt werden.
- Es bedarf niedrigschwelliger muttersprachlicher Angebote.
- Beratungsangebote und Aufklärungsbroschüren mit multikulturellem Ansatz sind erforderlich.
- Die Gesundheitsberichterstattung von Bund, Ländern und Gemeinden sind im Hinblick auf Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten zu verbessern. Eine ortsnahe und geschlechterspezifische

Datenerhebung durch Gesundheitsberichte von Städten und Kommunen ist notwendig und sollte für die Berichterstattung der Länder genutzt werden. Beispiele guter kommunaler Gesundheitsberichterstattung sollten als Good-practice-Modelle dargestellt und publiziert werden, beispielsweise im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks. Darüber hinaus ist für eine bundesweite Gesundheitsberichterstattung die Datenbasis für migrationspezifische Aussagen zu verbreitern. Für den Bundesgesundheitsurvey werden Migranten nicht erreicht. Zur Verbesserung der Datenbasis über die gesundheitliche Lage von Migranten wird vorgeschlagen, in den Mikrozensus mehr Fragen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung aufzunehmen. In gleicher Weise sollte der Indikatorenansatz der Gesundheitsberichterstattung der

Länder ausgebaut werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, bei künftigen Gesetzgebungsverfahren, in denen auch Regelungen für die Erhebung von Daten getroffen werden, wenn sachlich möglich und datenschutzrechtlich unbedenklich, migrationspezifische Daten zu berücksichtigen. Bei Gesundheitssurveys sollte die gesundheitliche Situation von MigrantInnen gesondert untersucht werden.

- Es existiert im Bundesgebiet eine Vielzahl von Initiativen zur medizinischen Versorgung von MigrantInnen. Eine Vernetzung könnte die Qualität und die Quantität der Angebote verbessern. Die Bundesregierung wird aufgefordert, Möglichkeiten für eine Vernetzung (z.B. per Internet) der Angebote zu prüfen und zu fördern.

Psychiatrischen Morbidität und Inanspruchnahme des Hilfesystems bei MigrantInnen im Stadt-Land-Vergleich

Die epidemiologische Datenlage zur psychiatrischen Morbidität von Migrantinnen und Migranten erlaubt keine eindeutigen Aussagen. Allgemein kann festgestellt werden, dass es, bis auf einige Ausnahmen, keine ausreichenden Hinweise für eine ge-

nerell erhöhte Prävalenz psychischer Störungen bei Migranten gibt. Insbesondere ist es nicht möglich, allgemeingültige Aussagen über „die“ Migranten zu machen, sondern es ist nötig, zwischen bestimmten Subgruppen von Migranten und Diagno-

segruppen genau zu differenzieren (vgl. Haasen et al. 2003, S.103).

[...]

1) Interkulturelle Kompetenz kann definiert werden als die Fähigkeit, „angemessen und erfolgreich in einer fremdkulturellen Umgebung oder mit Angehörigen anderer Kulturen zu kommunizieren“. Um dies zu erreichen, können – bezogen auf Gesundheitsämter und andere soziale Dienste – hierbei für die Arbeit vor Ort zwei Schwerpunkte abgeleitet werden: Zum einen die Öffnung auf der Ebene der Mitarbeiterschaft einzuführen, d.h. – Fachkräfte, die ganz besonders qualifiziert für die Arbeit mit Migranten sind (z.B. sprachliche Kompetenz, eigene, reflektierte Migrationserfahrung, Wissen um kulturelle Differenz, große Affinität zum Thema). Gerade Fachkräfte ausländischer Herkunft sind hier oft sehr geeignet und müssen daher verstärkt eingestellt werden. Zum anderen müssen „einheimische“ Beschäftigte bezüglich der verstärkt zu erwartenden Migrantenklientel sensibilisieren weiterqualifiziert werden.

Evaluation eines Verbundprojekts zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migrantinnen und Migranten

Dr. Michael Grube beschreibt in seinem Artikel „Evaluation eines Verbundprojekts zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten“ die Ergebnisse einer Studie über ein laufendes Innovationsprojekt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt am Main/Höchst. Inhalte des 2001 veröffentlichten Artikels sind im Folgenden zusammengefasst (vgl. Grube 2001, In: Psychiatrische Praxis; 28, S.81-83).

Aufbau und Zielsetzung des Verbundprojektes

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt am Main/Höchst entwickelte zusammen mit einer psychosozialen Beratungsstelle ein Verbundprojekt für türkischstämmige Migranten in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Mindestens einmal der Woche nimmt ein qualifizierter türkischsprachiger Psychologe einer psychosozialen Beratungsstelle an dem Therapie- und Diagnoseprozess der Klinik teil. Therapiegespräche werden gemeinsam mit dem Klinikpersonal zweisprachig geführt und therapeutische Entscheidungen in Absprache getroffen. Im Rahmen der

konsiliarischen Klinik­tätigkeit werden häufig auch Angehörige in die Behandlung einbezogen. Nach der Entlassung können die Patientinnen und Patienten sowohl die kooperierende Beratungsstelle aufsuchen, als auch in einer Rehabilitationseinrichtung oder der eigenen Wohnung weiterbetreut werden. Durch diese Beziehungskontinuität soll der Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Behandlung möglichst reibungslos und an den Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten angepasst verlaufen.

Auswirkungen muttersprachlicher Behandlungsangebote auf die stationäre Therapie türkischer Migranten wurden in einer begleitenden projektbegleitenden Studie untersucht.

[...]

Ergebnisse

Die Symptomausprägung bei der Entlassung ergab – unabhängig von diagnostischer Untergruppe und Nationalität – keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Die stationäre Verweildauern waren bei PatientInnen türkischer Nationalität mit nicht-schizophrenen

Erkrankungen signifikant kürzer (41 vs. 50 Tage). Bei schizophren Erkrankten zeigten sich keine Unterschiede.

Schizophren erkrankte türkische MigrantInnen ließen sich wesentlich häufiger in eine Rehabilitationseinrichtung integrieren als nichttürkische MigrantInnen (35,8% gegenüber 14%). Die Wiederaufnahmequote innerhalb des Katamneszeitraums von zwei Jahren wies einen signifikanten Unterschied zu Gunsten der türkischen MigrantInnen aus (21% zu 39%). Alle wiederaufgenommenen MigrantInnen aus dem Verbundprojekt waren freiwillig zur Wiederaufnahme bereit, gegenüber 81,4% der PatientInnen aus der Kontrollgruppe. Wiederaufnahmen in andere psychiatrische Kliniken kann allerdings nicht ausgeschlossen werden.

Auch die Behandlungszufriedenheit war in den Gruppen unterschiedlich. Die TeilnehmerInnen des Verbundprojekts gaben zu 88% „Zufriedenheit“ an. In der Gruppe der nichttürkischen MigrantInnen waren es nur 77%.

Suchtproblematik bei MigrantInnen

Der Arzt Fikret Cerci stellt in seinem Artikel „Abhängigkeit und Sucht bei Migranten – ein Kapitel für sich“ in der Zeitschrift päd zusammenfassend einige Forschungsergebnisse zur Suchtproblematik bei Migrantinnen und Migranten vor (vgl. Cerci 2001, S.10-14):

Die Weltgesundheitsorganisation zählt MigrantInnen zu den in bezug auf Drogenmissbrauch gefährdeten

Gruppen. Belastungssituationen bedingen jedoch nicht allein gesundheitliche Reaktionen, sondern sie sind in starkem Maße Auslöser für riskante Verhaltensweisen mit dem Ziel der Problemkompensation. Hier sind insbesondere der Alkohol- und Zigarettenkonsum sowie Drogen- und Arzneimittelmisbrauch gemeint.

Bundesweit liegen bis heute weder Zahlen über drogenabhängige Migranten noch über die Art des Drogenkonsums. Statistische Zahlen über Aussiedler sind nicht vollständig und schwer zugänglich, da sie als Deutsche registriert sind. Das bundesweite Dokumentationssystem EBIS unterscheidet verschiedene Gruppen von Menschen ausländischer Nationalität: EU-Bürger, Nicht-EU-Bürger; Ost-Aussiedler

Flüchtlinge/Asylbewerber. Wegen strafrechtlicher Folgen gibt es erhebliche Dunkelfeldprobleme.

Im Rahmen des Bundesmodellprogramms 1995-1997 in 8 Städten der Bundesrepublik Deutschland wurden 1.444 drogenabhängige Krankenhauspatient/innen (davon 211 Ausländer) dokumentiert. Die Auswertung der Ergebnisse des Bundesmodellprogramms, dass sich ausländische und deutsche Drogenabhängige in mehreren Punkten unterscheiden:

- 84 Prozent der ausländischen Drogenabhängigen sind Männer.
- Die kleine Gruppe der weiblichen ausländischen Drogenabhängigen unterscheidet sich sowohl von der Gruppe der deutschen abhängigen Frauen als auch von der Gruppe der männlichen ausländischen Abhängigen. Hier scheint es eine besonders ausgeprägte Problemverdichtung zu geben.
- Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Abhängigen finden sich bei sozioökonomischen Fragestellungen, bei der Betrachtung der Konsummuster und bei der Analyse der sozialen Nahraums.
- Migrations-, sucht- und geschlechtsspezifische Faktoren mischen sich in einer besonderen Form. Dies hat Konsequenzen für die Praxis der Drogenhilfe: In Beratung und Therapie müssen diese drei Bereiche berücksichtigt werden.
- Bei dem Modellprogramm betrug der Anteil der ausländischen Frauen mit HIV-positivem Testergebnis 41%.

Im Rahmen der niederschweligen Drogenentgiftung im Landeskrankenhaus Osnabrück wurde festgestellt, dass die Spätaussiedler deutlich früher Hepatitis B und C bekommen. Während „einheimi-

sche“ Abhängige in der Regel erst nach 6 Jahren die Befundkonstellation chronische Hepatitis C und Zustand nach Hepatitis C aufweisen, findet man sie bei Migranten schon nach zwei bis drei Jahren.

Der Anteil HCV-infizierter in verschiedenen Gruppen voll Inhaftierten einer Jugendstrafanstalt in Bayern betrug 1998/99 bei Aussiedlerdeutschen 52,4%, während er insgesamt unter aller Inhaftierten 12% betrug. Eine Aufklärungsarbeit über Hepatitis-B-, Hepatitis C- und HIV-Infektion ist dringend erforderlich.

Nach dem Prinzip der Salutogenese geht man der Frage nach, warum einige Menschen krank werden, obwohl andere, die der gleichen Anzahl pathogener Einflüsse ausgesetzt waren, ihre Gesundheit bewahren. Wichtig ist vor allem eine Ausarbeitung der Strategien des Empowerments bei MigrantInnen, was auf die Stärkung der vorhandenen Ressourcen zielt.

Wie voll der EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) betont, soll bei der Drogenprävention an erster Stelle Hilfe zur Selbsthilfe und die Stärkung der Handlungskompetenz stehen. Außerdem hat sie festgestellt, dass Prävention an der Basis (Wohnumfeld, Familie, Schule usw.) am wirkungsvollsten ist. Für den Erfolg der Präventionsarbeit ist die Kontinuität der Angebote ein wichtiger Faktor.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht ist bei den MigrantInnen hochgradig angstbesetzt. Deshalb ist die Präventionsarbeit stark personengebunden. Dafür sind sogenannte „Keypersons“, gut geeignet, die einen Zugang sowohl zu der Zielgruppe als auch zu den Instanzen der Mehrheitsbevölkerung

haben und für beide Seiten vertrauenswürdige Autoritäten darstellen. Präventionskonzepte, die sich an den Einsatz von muttersprachlichen kulturellen Keypersons orientieren und ihre Präventions- und Aufklärungsarbeit eher in den Gruppen und Subkulturen der Migranten realisieren, sind diesbezüglich am erfolgreichsten. Sie kennen soziokulturellen Kontext, migrationbedingte Probleme, können Kommunikationsbarrieren überbrücken und werden in der Regel als „einer von uns“ akzeptiert.

Das Ziel der Präventionsbemühungen sind Sensibilisierung und Aufklärung der Migrantenpopulation; Enttabuisierung des Drogenthemas unter den MigrantInnen; Stärkung der Eigenverantwortlichkeit; Information über das Drogenhilfesystem, die Akzeptanz bei MigrantInnen gegenüber dem Drogenhilfesystem vergrößern; Ängste thematisieren und abbauen; muttersprachliche Beratung und Information durch Landsleute, Betroffene den Fachkräften der Suchthilfe zuführen.

Erwähnenswert ist das europäische Modellprojekt Suchtprävention bei Migranten, das in Deutschland, Dänemark, den Niederlanden, Italien und der Schweiz zwischen 1999 und 2001 durchgeführt wurde. Ziel des Projektes war es, MigrantInnen zu qualifizieren, damit sie als muttersprachliche MultiplikatorInnen für ihre jeweilige Ethnie gewonnen und eingesetzt werden können. Eine Evaluation ist geplant. In Deutschland laufende Projekte sind Suchtprävention mit Müttern aus der Türkei, Suchtprävention mit jugendlichen Spätaussiedlern.

Kommunikative Barrieren hängen oft weniger mit fehlender Sprachkompetenz der Klienten zusammen. Muttersprachliche Beratungs- und Therapieangebote können auch

durch einen zum Beispiel deutschen Professionellen durchgeführt werden, wenn erst mal die emotionale Hürde auf Seiten der Klienten wegfällt. Das setzt allerdings eine kulturpluralistische Sensibilisierung aller Mitarbeiter im Drogenhilfesystem voraus. Bei heranwachsenden Spätaussiedlern ist angesichts

der in den Herkunftsländern nicht stattgefundenen Prävention und des technisch-medizinischen Suchtverständnisses eine intensive flächendeckende Suchtprävention dringend erforderlich. Dabei sind die sprachorientierten Methoden (aus der üblichen Arbeit mit einheimischen Jugendlichen) wenig geeignet, Kre-

ativtechniken und Bewegungs- oder Körperübungen sind dagegen hervorragende Methoden in der persönlichkeitsorientierten Prävention. Die Information und Schulung der Multiplikatoren ist dabei selbstverständlicher Bestandteil.

Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Angelika Birck, Mitarbeiterin im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, beschreibt in ihrem Artikel „Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen“ Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Die folgenden Darstellungen sind ihrem Artikel entnommen (vgl. Birck 2002, In: Psychotraumatologie, S. 28-39).

Nach Schätzungen von Jacobsen und Vesti (1990) haben etwa 10-30% alle Flüchtlinge in Europa in ihren Heimatländern Verfolgung und Folter überlebt. Folter führt nicht nur direkt zu schweren körperlichen Schädigungen, sondern erhöht auch langfristig das Risiko für psychische Störungen. Besonders häufig sind posttraumatische Belastungsstörungen, andere Angsterkrankungen, Depressionen, somatoforme und dissoziative Störungen. Obwohl bei Flüchtlingen ein sehr hoher Bedarf für psychosoziale, therapeutische und medizinische Hilfe besteht, wird auf gesetzlicher Ebene der Anspruch von Flüchtlingen auf Krankenhilfe stark eingeschränkt (§4 AsylbLG): Nur bei akuten Erkrankungen und akutem Schmerz wird Behandlung gewährt. Ein Anspruch auf Psychotherapie lässt sich faktisch nicht umsetzen, wodurch schere und chronische Erkrankungen regelmäßig unbehandelt bleiben.

Die Auswirkungen der Folter (gesundheitliche und soziale Folgen),

aber auch die Einschränkung der Rechte von Flüchtlingen im europäischen Zufluchtland erfordern eine spezielle therapeutische Grundhaltung, um Folterüberlebenden zu begegnen.

Für traumatisierte Flüchtlinge ist die traumatische Erfahrung nicht Vergangenheit, sondern sie dauert weiterhin an – das Asylverfahren ist mit gravierenden Einschränkungen im Lebensalltag verbunden:

- Asylverfahren: Das Verfahren dauert meist jahrelang, die Rechtslage ist kompliziert und für die Betroffenen nicht verständlich, was Ohnmachtsgefühle begünstigt. Während des Asylverfahrens gelten eingeschränkte Rechte. Wichtig ist der Aufbau von Sicherheit in aktuellen Lebensbezügen - erst mit hinreichender existentieller Sicherheit können traumatische Situationen therapeutisch bearbeitet werden.
- Heimunterbringung: Flüchtlinge werden in Deutschland meist in lagerähnlichen Heimen untergebracht, dort herrscht fast immer Platzmangel. Der bestehende Lärm stellt eine hohe Belastung insbesondere für Menschen dar, die aufgrund vergangener Stresssituationen nur sehr gering belastbar sind. Es gibt zudem kaum Privatsphäre, oft fehlen sogar Schränke oder Toiletten mit Schlössern. Dies ist beson-

ders für Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, unzumutbar. Frauen, besonders alleinreisende, sind in den Heimen in der Minderzahl und werden oft erneut Opfer von sexualisierten Übergriffen. Die Heimsituation erinnert traumatisierte Menschen häufig an die Lager in der Heimat und damit an schreckliche Ereignisse. In vielen Heimen ist die eigene Versorgung der Familie nicht möglich (z.B. selbstständiges Kochen von landesüblichen Speisen, selbstständige Versorgung mit Kleidung). Die erzwungene Passivität (nicht arbeiten dürfen, sich nicht selbst versorgen können) wird in der Regel als entwürdigend und entmündigend erlebt.

- Residenzpflicht: Flüchtlinge werden in Deutschland nach Ankunft einem bestimmten Landkreis zugewiesen, diesen Kreis können sie ohne besondere Erlaubnis nicht legal verlassen. Dadurch ist die Möglichkeit, Verwandte oder Freunde zu besuchen oder bei diesen zu wohnen, stark eingeschränkt. Dies hält Menschen, die bereits auf der Flucht Angehörige zurücklassen mussten, von jeder Art sozialer Unterstützung fern.

Die genannten Einschränkungen werden häufig als Fortsetzung der Folter erlebt, Patienten berichten mehrfach, Deutschland wäre wie ein

einziges großes Gefängnis. Weitere Belastungen im Exil verschärfen die Folgen der Traumatisierung im Herkunftsland. Die soziale Situation im Exil ist entscheidend für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Verschlimmerung von gesundheitlichen Schäden bei traumatisierten Flüchtlingen.

Diskussion

Hinsichtlich der psychischen Morbidität von Zuwanderern sind keine Daten für das gesamte Gebiet Nordrhein-Westfalen verfügbar. Es liegen nur wenige Untersuchungen vor, die z.T. veraltet sind oder sich fast ausschließlich auf jeweils eine ethnische Gruppe beziehen, auf sehr kleinen Fallzahlen basieren oder regional begrenzt sind. Weitere Einschränkungen beziehen sich auf die untersuchten Altersgruppen und Erkrankungsbilder. Insofern ist die Aussagekraft vieler Studien im Hinblick auf eine Gesamteinschätzung der psychischen Belastung im Verarbeitungsprozess der Migration sehr begrenzt (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2000, S.111). Trotz dieser Einschränkungen hinsichtlich der verfügbaren statistischen Daten und Studienergebnisse lässt sowohl die deutschsprachige Migrationsliteratur als auch internationale Literatur zu Migration und Gesundheit keinen Zweifel daran, dass Migranten in zum Teil extremen Ausmaß Stressoren im Prozess der Migration und unter dem Assimilationsdruck der Aufnahmegesellschaft ausgesetzt

Um die gesundheitliche Situation von (traumatisierten) Flüchtlingen zu verbessern, fordert Birck vor allem einen für alle Menschen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, Finanzierungsmöglichkeiten von Krisenintervention, Akuthilfe, Psychotherapie und Behandlung von chronischen Krankheiten auch für

sind, die eine starke psychische Belastung darstellen können (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000, S.111).

Neben der Forderung nach aussagekräftigen empirischen Daten über die Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten und bestehende Risikofaktoren, werden von vielen Seiten angemessene Präventionsstrategien und flächendeckende bedarfs- bzw. bedürfnisgerechte psychosoziale Versorgungsstrukturen angemahnt.

Christian Haasen beschreibt bezüglich der Frage der Weiterentwicklung des Versorgungssystems zwei unterschiedliche Ansätze (vgl. Haasen in: Handwerksbuch Psychiatrie 1998, S.494-495): Der Hauptkonflikt liegt bei der Frage, ob spezialisierte Einrichtungen wichtiger sind als integrative Ansätze. Die Verfechter der Spezialisierung sehen wenig Chancen, dass in den bestehenden Einrichtungen in einem gewissen Zeitraum die Bedingungen für eine adäquate Versorgung für Migranten erreicht werden können,

Menschen ohne sicheren Aufenthalt; die Organisation von Helfer-Netzen, Weiterbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen zu Trauma und Kulturspezifik und die Ausbildung und Finanzierung von Dolmetschern in der Gesundheitsversorgung.

setzen daher eher auf die aktuelle gezielte Versorgungsverbesserung. Die anderen sehen darin jedoch eher die Gefahr der Ghettoisierung, die wiederum einen Hauptfaktor der schlechteren Lage von Migranten darstellt, setzen daher eher auf eine strukturelle Veränderung durch Ausbildung, Integration von Migranten sowohl in therapeutische Teams als auch unter den Betroffenen. Dieser Gegensatz muss jedoch aufgehoben werden, da nur eine Ergänzung der beiden Positionen die Situation psychisch kranker Migranten nachhaltig verbessern kann, allerdings gibt es zunächst einen größeren Handlungsbedarf in der soziokulturellen Ausbildung Professioneller im psychosozialen Bereich. Außerdem ist die Anzahl der Migranten, die in psychosozialen Versorgungseinrichtungen angestellt sind, viel zu gering, um den Bedarf nur ansatzweise zu decken. Diese Lücke liegt seiner Ansicht nach weniger an der fehlenden Ausbildung von Migranten für die entsprechenden Berufe, sondern eher am fehlenden Willen, Migranten in solchen Berufen einzustellen.

Literaturverzeichnis:

- Aiglstorfer, H. (2001). Heimatlos in der neuen Heimat. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit Nr. 3/4 2001.
- Cerci, F. (2001). Abhängigkeit und Sucht bei Migranten – ein Kapitel für sich. In: päd (7) 2001.
- Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. (2002). <http://www.integrationsbeauftragte.de/download/lage5.pdf>
- Birck, A. (2002). Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Psychotraumatologie 2002/42.
- Bock, T., Weigand, H. (1998). Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Grube, M. (2001). Evaluation eines Verbundprojekts zur Behandlung psychisch erkrankter türkischer Migranten. In: Psychiatrische Praxis 2001/28.
- Haasen, C., Echegoyen, E., Kleinemeier, E. (2003). Stationär-psychiatrische Aufnahmen von Migranten in Lüneburg im Vergleich mit Hamburg. In: Krankenhauspsychiatrie 2003/14.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2002). Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage 10 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Drucksache 13/1672. Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen.
- Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung (Migrationsbericht 2003). http://www.integrationsbeauftragte.de/download/Migrationsbericht_2003.pdf
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2000). Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Zuwanderern in NRW.

Genutzte Internetseiten:

www.mgffi.nrw.de

www.loegd.de

www.imis.uos.de

www.interkulturelle-suchthilfe.de

www.infodienst.bzga.de/migration/

www.bvgesundheits.de

www.integrationsbeauftragte.de

Handlungsempfehlungen Forum 7

- Einstellung von muttersprachlichem Fachpersonal beispielsweise durch das Festlegen einer Quote analog des Bevölkerungsanteils oder die Verankerung in den Förderrichtlinien der Kostenträger
- Hinzuziehen von professionellen Fachdolmetscherdiensten
- Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung von MitarbeiterInnen zur Sicherstellung der Qualität der Arbeit
- Stärkere Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Hintergründe bei der Erstellung der Diagnose und im Behandlungs-, Therapie- oder Beratungsprozess
- Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Dienste sowie Entwicklung von Qualitätskriterien zur Überprüfbarkeit dieser Öffnung.
- Sichtbarmachung von Interkulturalität durch Identifikationsobjekte (Beschilderung, Bilder, Presse etc.)
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit durch mehrsprachige Informations- und Aufklärungsmaterialien, Erstellen von Gesundheitswegweisern in den Kommunen und Verankerung der interkulturellen Öffnung in den Leitbildern und Konzeptionen der Einrichtungen und Dienste.
- Einbindung von MigrantInnen mit Psychiatrie-Erfahrung in die Entwicklung von Leitbildern und Konzeptionen
- Bessere Vernetzung der unterschiedlichen Dienste untereinander und mit Migrantenselbstorganisationen.
- Spezialisierung nach unterschiedlichen Zielgruppen und / oder Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten.

Forum 8:

Weiterentwicklung der frauenspezifischen Hilfen und deren Integration in das Hilfesystem

ReferentInnen:

Christa Oppenheimer, Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum Bielefeld

Brigitte Siebrasse, Vicky Pullen (BPE)

Veronika Engl, Oberärztin Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin am Ev. Johannes Krankenhaus Bielefeld

Dr. Luc Turmes, ärztlicher Direktor des Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Herten

Moderation:

Marianne Hürten MdL

Dokumentation:

Judith Hasselmann

Kurzbericht Forum 8

Die Arbeitsgruppe beklagt, dass Hilfeinrichtung die Geschlechterhierarchie der Gesellschaft widerspiegeln, z.B. in der Zusammensetzung des Betreuungspersonals (Arzt: Mann – Sozialarbeiterin: Frau). Jede Person bringt in das Zusammenleben die eigene geschlechtsspezifische Sozialisation ein. Krankheitsbilder und körperliche Konstitution von Frauen und Männer unterscheiden sich und daraus folgend sollte auch Art/Menge der Medikamente und deren Wirkung anders sein. Die Bedürfnisse und Ansprüche an die jeweilige Betreuungssituation sind bei Männern und Frauen unterschiedlich, ihnen muss jeweils Rechnung getragen werden.

Für die Arbeitsgruppe stellt es ein Ziel dar, Gewaltprävention als Krankheitsprävention zu einem Schwerpunkt zu machen und Gewalt als Krankheitsursache stärker festzustellen und zu benennen. Das Thema der frauenspezifischen Therapieform findet allgemeinen Anklang, die Arbeitsgruppe betont, dass deren Entwicklung vorangetrieben werden müsse. Die Definition von Krankheitsursachen liege in Männerhand, deshalb müssten Krankheit und Krankheitsursachen von Frauen neu definiert werden und auch die Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung überdacht werden. Ziel sollte die Verstärkung der autonomen Fähigkeiten sein. Die vorgetragenen Zahlen von Frauen mit postnatalen Depressionen werden von der Arbeitsgruppe als erschreckend hoch vermerkt. Die Arbeitsgruppe bestätigt, dass in Anlehnung an die acht Forderungen bezüglich der speziellen Bedürfnisse weiblicher Psychiatrie-Erfahrener des BPE im März 1999 anlässlich der Tagung ‚Frau ver-rückt‘ folgende Handlungsempfehlungen weiterhin aktuell sind:

- ein Verbot von Elektroschockbehandlungen bei Frauen (und Männern!)
- einen moderateren Einsatz von Psychopharmaka bei Frauen; er sollte nicht - wie die Regel - statistisch höher liegen als bei Männern
- eine regelmäßige jährliche Kontrolluntersuchung, ob Frauen mehr Neuroleptika und Antidepressiva verordnet bekommen als Männer
- Schutz- und Rückzugsräume für Frauen in allen Psychiatrien, ähnlich den alten Frauenstationen, jedoch mit weiblichem Personal und frauenspezifischen Therapien. Auf jeder gemischten Station müssen Rückzugsmöglichkeiten für Frauen vorhanden sein. Toiletten sollen nach Geschlechtern getrennt sein
- Krisenbetten für Frauen auch außerhalb der Psychiatrie, insbesondere psychiatrieunabhängige, in denen psychosoziale Krisen adäquat aufgefangen werden können
- In den Psychiatrien sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem frauenspezifischen Ansatz arbeiten. Regelmäßige Supervision von diesbezüglich geschulten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen muss obligatorisch sein
- Frauenspezifische Lebenserfahrungen wie sexualisierte Gewalt müssen von speziell geschulten Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern wahrgenommen, ernst genommen und angesprochen werden. Solche Erfahrungen dürfen nicht weiter tabuisiert und auch nicht an andere betroffene Frauen und/oder Angehörige und Freunde delegiert werden
- Häufigerer Einsatz von Körpertherapien wie Gestalttherapie, Musik- und Maltherapie sowie konzentrierte Bewegungstherapie, anstatt ausschließlich Psychopharmaka zu verabreichen
- Regelmäßige Prolaktin-Untersuchungen für psychiatrisierte Frauen zum Schutze vor erhöhtem Brustkrebsrisiko
- Therapeutische Hilfestellung in den Psychiatrien, damit Bewältigung und Neuorientierung im Alltag nach dem Klinikaufenthalt weniger traumatisch verlaufen

8.1.

Vicky Pullen, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

Thesen zum Forum

- 20% aller Frauen haben als Kind oder später geschlechtsbezogene Gewalt in einem Ausmaß erlebt, dass ihre Gesundheit beeinträchtigt wurde, d.h. sie landen zu einem großem Prozentsatz irgendwann in der Psychiatrie. (80% aller Drogenabhängigen, 80% aller Frauen mit der Diagnose „Borderline“ haben sexuelle Gewalt erlebt.
- Für diese Frauen muss es flächendeckend reine Frauenstationen im psychiatrischen Bereich geben, damit sie bei einem Klinikaufenthalt nicht erneuten Traumatisierungen von Mitpatienten ausgesetzt sind.
- Es muss für alle Mitarbeiter/Innen im Gesundheitswesen qualifiziertes Informationsmaterial (über Hilfemöglichkeiten, Rechte etc) bereitgestellt und die Verbreitung gewährleistet werden.
- Die psychotherapeutische, vor allem die traumatherapeutische Versorgung muss verbessert werden (sowohl für stationäre, als auch für ambulante Traumatherapie gibt es teilweise mehrjährige Wartezeiten!!)
- Bei der Anamnese sollten Frauen nach sexueller Gewalt in der Vorgeschichte befragt werden, um dann je nach dem eher psychotherapeutisch statt psychopharmakologisch behandelt zu werden. Durch Psychopharmaka können die Frauen in der Opferrolle festgehalten werden.

8.2.

Christa Oppenheimer, Interdisziplinäres Frauenforschungszentrum Bielefeld

Überblick über die Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte in der Behandlung von psych. Kranken Frauen und Männer - verdeutlicht am Beispiel Frankfurter Einrichtungen zur nachklinischen Versorgung

Problemskizze - Doppelmoral - Doppelstandards

Die stationären und komplementären psychiatrischen Angebote funktionieren nicht nur als Hilfeeinrichtungen, sie spiegeln gleichsam die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse zurück. Ihre Strukturen lassen die Art der Organisation, die Moral, die Werte der Gesellschaft und auch die Sozialisation der Menschen in Männer und Frauen erkennen. So dominieren beispielsweise noch in psychiatrischen Verbänden in Schlüssel- bzw. Leitungsfunktionen überwiegend Männer, beim Pflegepersonal dagegen Frauen; und dies entspricht genau der klassischen Aufteilung von „draußen“.

In Zahlen ausgedrückt heißt dies: 1996 waren nach einer Studie zu den Karriereverläufen von PsychiaterInnen: 47 % der AssistenzärztInnen Frauen, bei den OberärztInnen nur noch 35 %, in der Klinikleitung waren es nur noch 5 % Frauen und bei den Universitätskliniken –noch dramatischer– gab es keine einzige Frau, die eine Uni-Klinik leitete.

Mit dem aktuellen Bemühen um „Qualitätssicherung“ im Sozialwesen und dem daraus resultierenden Spannungsfeld neuer Anforderungen, die sich nicht zuletzt durch die ständig knapper werdenden finanziellen Mittel entwickeln, rückt zunehmend auch die Notwendigkeit einer geschlechtssensiblen Hilfeleistung in den Blick. Entscheidend für die Qualität der ambulanten Dienste muß zukünftig notwendig auch die differenzierte Hilfeleistung für Män-

ner und Frauen sein, die sich an den jeweiligen Bedürfnissen orientiert und zum „Normal-Standard“ professioneller Fachleistung wird.

Aktuell existiert jedoch, bedingt durch die geschlechtsspezifische Sozialisation aller, innerhalb unseres Gesundheitssystems ein Doppelstandard von seelischer Gesundheit für Frauen und Männer. Dies bedeutet, die jeweilige Erziehung zur Frau oder zum Manne, fließt unmittelbar in die Diagnosestellung und in die psychotischen Krankheitsbilder mit ein. Wie sich dieser Zusammenhang in der Praxis darstellt, sei an mehreren Beispielen dargestellt:

- die Hysterie, die vegetative Dystonie oder das prämenstruelle Syndrom. Befindlichkeitsstörungen werden ausschließlich bei Frauen diagnostiziert, es sind diffuse Beschwerden ohne eindeutige Ausprägung als Krankheit, sie sind eigentlich als Zeichen von Sensibilität und Hilflosigkeit zu lesen, als ein Signal, werden aber in der Alltagspraxis oft mit Psychopharmaka als Krankheit behandelt.
- das Krankheitsbild der Depression. Die traditionelle Erziehung des Mädchens zur Frau förderte Eigenschaften wie Ängstlichkeit, Entscheidungsunfähigkeit, Entschlusslosigkeit, Harmoniestreben, aber auch mangelnde Autonomie und Aggression, Verlustängste, ein eher angepasstes Verhalten und ein gestörtes Selbstwertgefühl; es sind jene

Eigenschaften, die als typischweiblich gelten. Doch gleichzeitig korrespondieren sie mit den klassischen Definitionen psychosomatischer und depressiver Erkrankungen (eines männlichen Maßstabs). Antriebshemmungen, Entschlusslosigkeit und ein negatives Selbstbild sind Kategorien der medizinischen Depressions-Definition.

- Ess-Störungen (Anorexia nervosa, Bulimie), die bei Frauen eklatant häufiger diagnostiziert werden (95-97%=Frauen, Rest=Männer/aus Bundesfachverband Essstörungen e.V. 1999), verweisen darauf, wie oft weibliche Sozialisation an der Grenze zu neurotischem Verhalten und psychischem Leiden manövriert.
- Dagegen gelten Sucht-Erkrankungen und antisoziales Verhalten eher als männliche Erkrankungsformen (Böhm, 1987), wobei zu differenzieren ist, die Medikamentensucht lässt sich eher den Frauen zuordnen, den Männern die Alkoholabhängigkeit. „Frauen [bekommen] in jedem Lebensalter leichter und mehr Medikamente - vor allem Psychopharmaka - verschrieben [und gelten] zwar eher als psychisch krank, aber als nicht so ernsthaft psychisch krank wie die Männer“ (Schneider/Tergeist 1993). Etwa 70% der Psychopharmaka werden von Frauen konsumiert (Lehmann 1997).

- Eine weitere Differenz lässt sich bei den Suizidversuchen ausmachen. Zwar sind Suizidversuche häufiger bei Frauen festzustellen, dagegen gelungene Suizidversuche häufiger bei Männern.
- Die Kernsymptome der schizophrenen Erkrankung bei Frauen und Männern unterscheiden sich zwar nicht, doch fallen Männer mit dieser Erkrankung laut einer Studie der WHO (1992) durch häufigeres Randalieren auf, Frauen eher durch Überanpassung. Durch ihre Sozialisation sind Frauen als die „Pflegerleichteren“ eingestuft, sie sind weniger aggressiv (eher auto-aggressiv), neigen weniger zu Kriminalität, zu Alkohol- und Drogenabusus (eher Medikamentenmissbrauch).

Im Allgemeinen beinhaltet die Geschlechtersozialisation für Mädchen eine Erziehung zu Harmonie und wenig Aggressivität, die der Jungen zu einer höherer Aggressivität, was sich in psychotischen Krankheitsbildern spiegelt. Selbst in akuten Phasen reagieren Frauen oft „angepasster“ als Männer, sind weniger aggressiv, eher auto-aggressiv. Ge-

raten Frauen durch Verweigerung der typischen weiblichen Rolle oder durch Fluchtversuche aus krankmachenden Lebensumständen (z.B. bei sexueller Gewalt innerhalb der vertrauten Umgebung) in eine psychische Krankheit und in die „männliche Institution“ Psychiatrie, so sind sie erneut oder weiterhin eben jenen ursächlich krankmachenden Strukturen ausgesetzt. Sie werden in ihrer psychischen Krankheit an männlichen Normen gemessen und behandelt.

An diesem Kontext setzte unser Forschungsprojekt mit seinem Bemühen an, die NutzerInnen selbst über ihre spezifischen Bedürfnisse als Frau oder Mann an die jeweilige Betreuungssituation sprechen zu lassen. Von Mitte 2000-2002 wurde an der Frankfurter Fachhochschule, Fachbereich Sozialarbeit, gemeinsam mit StudentInnen an einer Untersuchung zur Geschlechterproblematik innerhalb der sozialpsychiatrischen Behandlungsangebote, speziell im Wohnheim und Betreuten Wohnen, gearbeitet. Da diese Hilfen zur Stabilisierung ihrer Nutzer eine tertiäre -gesellschaftlich organisierte- Sozialisation als Prävention gegen Rück-

fälligkeiten ausüben, wirken sie gleichzeitig wesentlich auf die Persönlichkeitsstrukturen von Frauen und Männern ein. Geschlechtsspezifische Rollensozialisation könnte hier eine Korrektur erfahren. Leitende Fragestellung unserer Studie war, ob und wie stark die psychosozialen Unterstützungsangebote mit einer latenten rollenspezifischen Ausrichtung auf gängige Frauen- und Männerbilder hin arbeiten. Denn -so unsere These- Unterstützungsangebote können ihrem Auftrag so lange nicht gerecht werden, wie sie scheinbar geschlechtsneutral konzipiert sind. Eine geschlechtersensible Hilfe dagegen berücksichtigt die jeweiligen Identitätsprobleme. Dabei handelt es sich nicht nur um den Unterschied im psychosozialen Bereich, sondern auch um die Berücksichtigung biologischer Faktoren, um das Verhältnis zum eigenen Körper -insbesondere die sexuelle Identitätsentwicklung-, um die genetischen und hormonellen Einflüsse, um sonstige körperlichen Erkrankungen wie beispielsweise Hauterkrankungen (*Candida albicans*, *Candida glabrata*) und um Medikamenteneinflüsse samt Nebenwirkungen.

Untersuchungs-Design

Die methodische Anlage der Studie ist geprägt von der Annahme, dass psychische Erkrankungen als „soziale Lebensformen“, also soziale Konstruktionen verstanden werden müssen, die in einem sozialen Austauschprozess, d.h. einem (dialektischen) (Nicht-)Anerkennungsprozess entstehen. Um diesen Prozess zu fassen und die biographischen

Eigenarten zu verstehen, wurden 29 qualitative Interviews mit NutzerInnen geführt. Die Interviews wurden mit ‚offener Suchhaltung‘ geführt, an der „Grounded theory“ von Glaser&Strauss orientiert. Wichtig war es, den subjektiven Bedeutungen und individuellen Sinnzuschreibungen der NutzerInnen nachzugehen, um das Verstehen der

Binnenperspektive des Einzelfalles von innen heraus zu leiten und die Verdichtung der Informationen durch die spezielle Sicht der NutzerInnen zu erfassen. Um die Auswertungsergebnisse mit der Sichtweise auf professioneller Seite zu kontrastieren, wurden mit 10 MitarbeiterInnen der kooperierenden Einrichtungen Interviews geführt.

Ausgewählte Ergebnisse (--> weitergehende Folien auch zur Haut/Gesundheit, Sexualität, Beziehungen)

Die Gesamtheit der Wohnplätze der kooperierenden Vereine beträgt 554, davon sind 236 Frauenplätze, 318 für Männer. Für die Mitarbeit an der Studie haben 33% der NutzerInnen den Fragebogen ausgefüllt. Der Frauen-Anteil unseres befragten Kollektivs beträgt 38%, der Männeranteil 62%.

Einige Ergebnisse, wo gender signifikant sichtbar wird: Unsere Stichprobe gibt wieder, dass zwei Drittel der Frauen im Betreuten Einzelwohnen leben und ein Drittel im Heim, dagegen zwei Drittel der Männer im Heim und ein Drittel im Betreuten Wohnen. Ein signifikanter Unterschied.

Bezogen auf eine Sozialisation der Geschlechter in Frauen und Männer, die immer noch die alltagsversorgenden Fähigkeiten eher den Frauen vermittelt, können diese Zahlen als direkte Folge betrachtet werden. In diesem Sinne diskriminiert eine traditionelle Sozialisation Männer, vorenthält ihnen lebenspraktische Fähigkeiten und schreibt gleichsam die Tätigkeiten der alltäglichen Lebenserhaltung einseitig auf Frauenseite fest. Ein „geschlechterneutrales“ Unterstützungsangebot würde hier kontrafaktisch wirken, notwendig zeigt sich die gezielte Unterstützung der Männer im Versorgungsalltag, bzw. eine Unterstützung der Frauen, die jenen

Bereich zwar erhält, aber durch eine eher ‚öffentliche‘ Aktivität ergänzt. So bestätigen die Aussagen zu der Frage, wo die Freizeit verbracht wird, einen höheren Männeranteil bei Aktivitäten außer Haus wie z.B. Kinobesuche.

Signifikante Geschlechterunterschiede fanden sich vor allem in jenen Fragen, die eine selbständige Lebensführung betrafen, seien es die Medikamenten-Einnahme, die Verwaltung der Arzttermine oder der eigenen Finanzen oder überhaupt die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung. In unserer Stichprobe gaben 70% der Frauen an, ihre Medikamente selbst zu verwalten, aber nur 40% der Männer. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei der Verwaltung der Arzttermine, 90% der Frauen regeln diese selbst, doch nur 75 % der Männer. Die eigenen Finanzen verwalten dreiviertel der befragten Frauen selbst, aber nur etwas mehr als die Hälfte der Männer. Ein Drittel unserer befragten Nutzer hat einen gesetzlichen Betreuer, dieses verteilt sich auf 43% Männer und nur 27% Frauen. Es scheint so, als ob in unserer Stichprobe die Männer in lebenspraktischen Fragen deutlich stärker beeinträchtigt sind als die Frauen.

Auch bei den demographischen Aussagen der Untersuchungsgruppe

ergeben sich Werte, die unsere These der Wirksamkeit einer Rollensozialisation und damit notwendigen Korrektur der psychosozialen Hilfen betont. So waren in unserer Stichprobe 61% der Frauen ledig, aber 86% der Männer. Diese Zahlen bestätigen die Ergebnisse vorgängiger Untersuchungen, dass der Anteil der psychisch erkrankten Ehefrauen höher liegt als der Anteil der psychisch erkrankten Ehemänner (vgl. Internet, www.Psychiatrie.de; Fem. Therapie, A. Niedecken). Ein weiterer Unterschied ergab die Frage nach eigenen Kindern; 35% der Frauen gaben an, eigene Kinder zu haben, aber nur 11% der Männer. Die Problematik, die sich für psychisch erkrankte Frauen mit Kindern aus der sozialen Situation ergibt, die eine deutlich höhere Belastung und viele Konflikte in sich birgt, lässt sich mit der Doppel- und Dreifachbelastung der berufstätigen Mutter ‚außerhalb‘ vergleichen. Die Aussagen der Frauen in der qualitativen Befragung bestätigen dies; Frau A formulierte im Interview, „sie (die Tochter) hat wirklich unter mir gelitten, sie hatte meinen Zustand nicht verstanden - mein ganzes Muttersein konnte ich nicht leben, letztens musste ich entsetzlich weinen, da kam das hoch.... dass ich Schuldgefühle habe“. Diese Dimension findet in institutionellen Hilfeangeboten kaum Berücksichtigung.

Im Forschungsverlauf geäußerte NutzerInnen-Wünsche (zu gender-Unterstützung):

Als Wünsche der Nutzerinnen für eine ‚gender‘-bezogene Unterstützung lassen sich zusammenfassen. Frauen wünschen sich:

- ein/e BetreuerIn nach eigener Wahl, bevorzugt eine weibliche, da sie sich bei einer Frau besser aufgehoben fühlen können, für manche Situation sei aber auch

ein männlicher Helfer recht angebracht

- Hilfe, um im Alter noch das „eigene Leben“ finden zu können
- mehr Gespräche mit den betreuenden Personen
- häufigere Kontakte (im Betreuten Wohnen)

- mehr Anteilnahme der Betreuungspersonen, nicht nur das Notwendig abdecken
- die Therapie bei einer Frau
- Hilfe bei der Suche nach Halt und Identität
- die Unterstützung bei der Entwicklung der eigenen Autonomie

- eine Art „Mentorin“, die sie längerfristig begleitet und sie beim Aufbau von sozialen Beziehungen unterstützt.

Männer

Wünsche der Nutzer für eine 'gender'-bezogene Unterstützung, zusammengefasst aus den Interviews:

- positive männliche Identifikationspersonen
- Unterstützung bei der Suche der eigenen männlichen Identität

- männliche Bezugspersonen, wegen des intensiveren Verständnisses für die männliche Problematik und einer durch Erotisierung unbelasteten Gesprächssituation
- mehr Hilfe zur Kommunikation, sich zu öffnen und über die innere Problematik äußern zu können
- mehr Kontakt und Gespräche mit den BetreuerInnen

- mehr Hilfe, sich im äußeren sozialen Raum zu bewegen
- mehr Unterstützung zur Erarbeitung einer unbelasteteren Interaktion und Sexualität mit Frauen
- mehr gemischte Betreuung, um Ausgewogenheit in der Interaktion mit beiden Geschlechtern zu erarbeiten.

MitarbeiterInnen-Befragung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass von den MitarbeiterInnen überwiegend der geschlechtssensiblen Arbeit eine wesentliche Bedeutung zugeschrieben wird, die Realität des Arbeitsalltages allerdings die Integration eines solchen Ansatzes in die tägliche Arbeit verhindere; genannt wurden folgende Gründe: gender-Ansätze gingen im Alltagsgeschehen verloren; eine gender-Orientierung sei zwar vorhanden im Team, werde aber nicht eingelöst; der Personalmangel verhindere eine differenzierte geschlechtsbezogene Arbeit und spezifische Angebote. Alle Aussagen wurden differenziert belegt und begründet. Im Folgenden sind die wesentlichen zusammengefasst aufgelistet:

- Für beide Geschlechter gelte, dass im gleichgeschlechtlichen Arbeitsgespräch eine offenere Gesprächsführung stattfinden könne, wobei Männer eher sich weiblichen Betreuerinnen gegenüber öffnen könnten als Frauen gegenüber männlichen Betreuern, da Männer von Kind auf Gespräche mit Frauen (Mutter, Schwester, Tante, Ehefrau etc.) gewohnt seien,
- Als Themenbereiche mit Frauen, in denen explizit geschlechtssensible Arbeit erforderlich wird, werden genannt: das Klimakterium, d.h. Frauen im Alter

zwischen 40-60 Jahren brauchen spezifische Unterstützung; der Kontakt mit eigenen Kindern, bzw. die evtl. Kinderwünsche; eine evtl. Partnersuche; Frauenfreundschaften; der intime Bereich, z.B. die Körperpflege, der Wäsche-Kauf; gynäkologischen Problemen; bei sexuellen Missbrauchserfahrungen; bei der Stabilisierung der eignen Identität; bei sexuellem Schutz, Verhütung.

- Themenbereiche mit Männern, in denen explizit geschlechtssensible Arbeit erforderlich wird, seien: körperliche Entwicklungen wie Prostata-Beschwerden; Mutter-Sohn-Symbiosen; Arbeitskontakte im intimen Bereich (soziale Kontrolle, Wäschepflege, Körperhygiene).

Interessant ist das Ergebnis, dass gender offensichtlich nur problemorientiert wahrgenommen wurde und nicht als eine positive Komponente der Beziehungsarbeit. Geschlechtssensible Ansätze werden offensichtlich als arbeitsbelastend und nicht arbeitsentlastend gewertet. Ferner wurden unter dem Aspekt der Geschlechterorientierung fast überwiegend vor allem frauenbezogene Themen benannt, der männerbezogene Problembereich wurde nebenbei erwähnt oder als

Abgrenzung zur Schilderung der Frauenproblematik. In den Aussagen zur Sexualität reguliert sich diese Einseitigkeit und beide Geschlechter werden im Verhältnis ausgewogener berücksichtigt.

Als strukturelle Kriterien, die eine fundierte, qualifizierte Sozialarbeit in der praktischen Umsetzung behindern, werden aufgeführt:

- Personelle Einsparungen, daraus folgend Überlastung und Zeitmangel während der Dienste, und weiterhin zu wenig Aktivitäts-Angebote und Beschränkung auf die reine Versorgung
- Nachwuchsmangel, da Arbeitsaufwand (Zeit/Schichtdienste) und Bezahlung in keinem angemessenen Verhältnis stünden
- Zusatzarbeiten im Rahmen von Qualitäts-Management, die von der Betreuungszeit für die KlientInnen abgehe, und damit die Qualität der Betreuung zuerst wesentlich verschlechtere
- der schlechte Personalschlüssel
- die Vermischung von Machtebenen, z.B. die Teilnahme der Heimleitung in Team-Sitzungen und Supervisionssitzungen
- die Dominanz ökonomische Prämissen gegenüber der inhaltlichen und methodischen.

Formen und Bedeutung der ‚erotisierten‘ Betreuungsarbeit

Überraschenderweise kennen alle befragten MitarbeiterInnen die Erotisierung von Betreuungsverhältnissen. Es widerspricht der Berufsrolle, eine solche Dimension des Arbeitsverhaltens sich selbst -und noch schwieriger- Interviewern gegenüber- einzugestehen. Aus der indirekten Schilderung lässt sich eindeutig die weite Verbreitung verschiedenster Ausprägungen dieser Beziehungs-Verknüpfung entnehmen. Unsere Definition von erotisierter Betreuungsarbeit beinhaltet aufgrund der Text-Analyse eine erweiterte Fassung des Begriffes. Nicht nur das Mann-Frau-Verhältnis als erotisches Begehren, sondern weitgehend das Liebesbegehren innerhalb primärer Familienstrukturen, d.h. Mutter-Sohn- und Vater-Tochter-Verhältnisse werden subsumiert. Wir erweiterten den Begriff auf jene Beziehungsangebote, in denen die BetreuerInnen als ‚Ersatz‘ ein früheres oder auch derzeit mangelndes Liebesobjekt, z.B. LebenspartnerIn, vertreten sollen.

Die in einem Mitarbeiter-Interview aufgestellte These, es existiere immer eine latente Erotisierung aller BetreuerInnen-KlientInnen-Arbeitsbeziehungen, die unausgesprochen als Angebote durch die KlientInnenseite erfolge, bestätigte sich in unseren Interview-Auswertungen. Offensichtlich wird die Wechselwirkung einer latenten Erotisierung unbewusst auch für die Arbeit benutzt, das bewusste Einsetzen verneinen alle Befragten. So lange die/der jeweilige KlientIn stabil in diesem Beziehungsgefüge bleibt -und es wird in einigen Interviews betont,

dass eine solche Erotisierung durchaus auf KlientInnen stabilisierende Wirkung besäße- wird sie geduldet. Lediglich im Akutfall wird das Problem thematisiert. Abgelehnt wird ein bewusstes Einsetzen solcher Beziehungsvarianten. Allerdings, so im Interview, sei es sinnlos, eine Erotisierung bei den KlientInnen anzusprechen.

Dagegen wird von der Mehrheit der Interviewten ausgeführt, dass man dies als eine Grenzüberschreitung sehr wohl formulieren müsse. Die Klarheit der Rollen müsse den Klienten verdeutlicht und sie somit in eine Arbeitsbeziehung zurückgeführt werden. Daß bei einer klaren Grenzziehung innerhalb der Betreuungsarbeit eine solche Erotisierung nicht wirksam werden kann, wird -mit einer Ausnahme- von der Gruppe bestätigt. Differenziert wird auch bei diesem Thema wieder in eine stabile Phase und die Akutphase. In der stabilen Phase äußere sich die Erotisierung auf KlientInnen-Seite überwiegend durch Gesten, Blicke, auch Blumen, jedoch keinerlei Übergriffe. In der akuten Phase kämen auch Übergriffe vor, hauptsächlich von Männern. Im Folgenden sind ergänzend die weiteren Aussagen zusammengefasst und aufgelistet:

- die Erotisierung der Arbeitsbeziehung zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen wird als ein ganz großes Problem formuliert
- es existieren viele Mutter-Sohn-Konstellationen, die Mutter-Töchter-Konstellationen münden eher in ‚Freundschaften‘ ein

- für die erotische Anmache durch männliche Klienten bedarf es eines Schutzes der Sozialarbeiterinnen
- natürlich werden das Aussehen und die Attraktivität registriert; Sympathie und Antipathie fließen unmittelbar in die Arbeit ein
- vor allem ältere Frauen verlören das Gefühl für die Distanz der Arbeitsbeziehung und suchten auch Nähe durch Körperkontakte
- sexuelle Angebote erfolgten öfter durch Klientinnen, auch sexuelle Berührungen
- Betreuer werden funktionalisiert zur ‚Vergangenheitsbewältigung‘
- Die Kompliment-Ebene sei häufiger als die Anmache, auch die Integration von erotischen Phantasien in den Wahn sei häufiger anzutreffen.

Als Eindruck lässt sich festhalten, dass zwar ein Problembewusstsein bei allen befragten MitarbeiterInnen vorhanden ist, jedoch die Handlungsebenen völlig unterschiedlich sind. Jeder arbeitet nach einem eigenen Konzept und verfolgt je nach Geschlechtsbewusstsein entsprechende Strategien, da die Einbindung in eine Team-Reflexion nur mangelhaft gegeben ist. Durch diese Vereinzelung wird die Durchsetzung eines geschlechtersensiblen Ansatzes eher verhindert und alte Muster weiter verfestigt. KlientInnen innerhalb der ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfen wird somit die Möglichkeit einer effektiven Stabilitätsarbeit der eigenen Persönlichkeit vorenthalten.

Empfehlungen:

Als Gesamtergebnis der qualitativen sowie auch quantitativen Befragung lassen sich zu genderorientierten notwendigen Hilfen folgende Empfehlungen aussprechen:

- die Berücksichtigung von weiblichen und männlichen Lebenslagen muss stärker in die Soziale Arbeit integriert werden. Das heißt beispielsweise für Frauen: unsere Gesellschaft ist (immer noch) geschlechtshierarchisch organisiert und Frauen leben – wenn sie die traditionelle Rolle durchbrechen – oft in einer „Double-bind-Situation“; diese Problematik muss in einer wirksamen Sozialen Arbeit aufgedeckt und zum Thema gemacht werden. Dies schließt auch die Berücksichtigung struktureller Gewalt ein, dass Frauen vielfach nicht an die ökonomischen und strukturellen Machtgefüge angeschlossen sind und oft in einer Abhängigkeit von anderen (Männern) leben.
- Aus dieser Prämisse ergibt sich notwendig eine akzeptierende spezifische Werthaltung zugunsten des jeweiligen Geschlechts. Das heißt, eine besondere Parteilichkeit innerhalb der Sozialen Arbeit muss einmal spezifisch für Frauen und andererseits für Männer entwickelt werden. Diese Parteilichkeit basiert auf Vertrauen und Akzeptanz der KlientInnen und mündet in eine offene und durchschaubare grundlegende Werthaltung in der Zusammenarbeit. Die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung ist Basis der Arbeitsbeziehung. Daraus folgt die Akzeptanz eines Mitspracherechtes der NutzerInnen selbst, d.h. die Anerkennung der KlientInnen als ‚Fachfrauen und -männer ihrer Bedürfnisse‘.
- Die Forderung nach Ressourcen-orientierter Unterstützung der Einzelnen im sozialpsychiatrischen Bereich bedeutet für ein geschlechtersensibles Handeln notwendig die Berücksichtigung der geschlechtlichen Identität der jeweiligen Nutzer.
- Mit dieser geschlechtlichen Identität eng verbunden ist bei Frauen die Mutterrolle. Psychisch kranke Frauen bedürfen einer intensiveren Begleitung, um mit ihrem Status des ‚Mutter-seins‘ und gleichzeitig der psychischen Hilfebedürftigkeit konfliktlos umgehen zu können.
- Zu berücksichtigen sind weiterhin jene geschlechtsspezifischen Erfahrungen von Frauen und Männern, die mit sexualisierten Gewalterfahrungen verbunden sind und oft traumatisierende Auswirkungen auf ihr Leben nach sich zogen.
- Die unterschiedliche Körperwahrnehmung von Frauen und Männern mit ihrer Auswirkung auf Hygiene und auch Hauterkrankungen ist stärker in der Betreuungsarbeit zu beachten. Aus dieser Unterschiedlichkeit der Körperwahrnehmung kann auch ein unterschiedliches Erleben der eigenen Erkrankung resultieren; daraus sich ableitend folgen Unterschiede in der Compliance von Frauen und Männern mit ihren Betreuern und Ärzten.
- Die unterschiedliche biologische Körperlichkeit der Geschlechter sollte als Selbstverständlichkeit ihre Berücksichtigung in allen Bereichen der Hygiene, der physischen Erkrankungen, der Altersveränderungen der Körper bezüglich ihrer hormonellen und psychischen Auswirkungen und last but not least bei der Medikation erhalten.
- Ganzheitliche Betreuung bedeutet Beziehungsarbeit. Diese findet in und mit der Beziehung zum Betreuenden statt und schließt die Beziehung der KlientInnen zu sich selbst und ihrem Körper ein. Das Ziel ist eine Autonomieentwicklung – Empowerment –, Wohlbefinden und Gesundheit. Das Vermitteln einer liebevollen Beziehung zum eigenen Selbst und zum Körper und impliziert gleichzeitig die Erziehung zu einer gesundheitsförderlichen Körperpflege.

-
- Die Betreuungspersonen (und deren Geschlecht) müssen von den KlientInnen frei gewählt werden können, um eine vertrauensvolle entwicklungsförderliche Beziehung zu ermöglichen.
 - Die Betreuungsangebote sollen die individuelle Identitätsentwicklung der KlientInnen fördern und die sexuellen Bedürfnisse respektieren, nicht tabuisieren.
 - Die Entwicklung einer Geschlechtsidentität, die nicht durch traditionelle Rollenbilder eingeschränkt ist, setzt eine geschlechtssensible Betreuungsarbeit voraus.
 - Zur Qualifizierung des Betreuungspersonals in sozialpsychiatrischen Einrichtungen als Rollenvorbilder und (tertiäre) Sozialisationsagenten, ist entsprechende Selbsterfahrung, Fort und Weiterbildung und Supervision erforderlich.
 - Psychoedukative Angebote sind zur Erweiterung des Handlungsspielraumes von KlientInnen eine notwendige Erweiterung des Betreuungsrahmens.

8.3

Dr. med. Luc Turmes, Westfälischen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie Herten

Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Hilfen und deren Integration in das Hilfesystem

- Kann oder muss sich die Solidargemeinschaft die kostenintensive Mutter-Kind-Behandlung „leisten“?

Ich freue mich sehr, heute zu Ihnen sprechen zu dürfen und werde mich bemühen, der vielfachen Herausforderung gerecht zu werden, nämlich innerhalb von 10 Minuten Ihnen die besondere Problematik nachgeburtlicher psychischer Störungen und deren Finanzierung und das ganze unter Berücksichtigung von „GENDER MAINSTREAMING-ASPEKTEN“ nahe zu bringen.

Die geschlechterpolitische Strategie des „Gender Mainstreaming“ hat in

der bundesdeutschen Debatte eine erstaunlich schnelle Karriere gemacht. War sie 1999 hierzulande noch so gut wie unbekannt, wird Gender Mainstreaming im Jahr 2000 auf Bundes- und Länderebene zum

Leitprinzip. Das Prinzip des Gender Mainstreaming besteht darin, die geschlechtsbezogenen Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen und den unterschiedlichen Bedürfnissen und Belangen von Frauen

und Männern, Mädchen und Jungen auf allen Entscheidungsebenen und in allen Handlungsfeldern in Politik und Verwaltung systematisch zu berücksichtigen, soweit sie benachteiligend oder förderlich für die Gleichstellung sind.

Soweit die Theorie. Warum Gender Mainstreaming, warum Gender Mainstreaming in der Psychiatrie? Was das Allgemeine angeht, habe ich ein kleines Beispiel für Sie.

Was nun die Behandlung nachgeburtlich psychisch erkrankter junger Mütter mit ihren Babys angeht, geht es darum, Mutter und Kind einen Schutzraum auf einer reinen Frauenstation zu geben, ohne allerdings dass die Väter, die Partner unserer Patientinnen ausgeschlossen sind.

Postnatale psychische Störungen sind keinesfalls irgendwelche exotischen Raritäten, sondern vielmehr eine regelrechte Volkskrankheit, die bis vor wenigen Jahren in der

Bundesrepublik Deutschland kaum Beachtung fand und auch heute noch eine deutliche Mangel- und Unterversorgung aufzeigt. Die Inzidenz postnataler psychischer Störungen ist erdrückend: ca. 15% aller Mütter erkranken an einer zwingend behandlungsbedürftigen nachgeburtlichen Depression. Nach eigenen vorsichtigen Schätzungen dürften ca. 3 – 10 % der postpartalen psychischen Störungen eine adäquate Versorgung erfahren. Also bei 15 von 100 jungen Müttern löst die Geburt ihres Babys nicht – wie von der Gesellschaft erwartet – ein Glücksgefühl aus, sondern sie entwickeln nach der Geburt ihres Kindes einen oft lange anhaltenden Zustand der Erschöpfung, entwickeln eine postpartale Depression. Bei ca. einer dieser Frauen erfolgt die Diagnosestellung und die adäquate Behandlung ihrer Depression. Welches Schicksal haben wohl die anderen 90 % Frauen, welches Schicksal haben ihre Babys und ihre gesamte Familie?!

Nun zu den Krankheitsbildern:

Bei dem Babyblues, in Deutschland etwas entwertend „Heultage“ genannt, handelt es sich um einen transitorischen Verstimmungszustand, der ca. 3 – 6 Tage nach der Entbindung manifest wird. Ca. 50 – 85 % aller Mütter erleben den Babyblues. Der Verlauf des Babyblues ist absolut gutartig, er klingt von alleine innerhalb von Stunden bis zu wenigen Tagen ab. Persistiert er

über 2 Wochen, so stellt er allerdings einen wichtigen Indikator für die Entwicklung einer postnatalen Depression dar. In Anbetracht der Häufigkeit des Babyblues sollte prophylaktisch jede Mutter durch ihren Geburtshelfer oder in den Geburtsvorbereitungskursen auf das Risiko einer solchen Störung hingewiesen werden.

10 – 20 % aller Mütter erkranken an einer postnatalen Depression. Die postnatale Depression hat einen ersten Häufigkeitsgipfel in dem 2. – 3. Monat nach der Entbindung und kann bis zum Ende des 1. Jahres nach der Geburt auftreten. Dies mag ein wichtiger Grund sein, dass der Zusammenhang zur Geburt häufig übersehen wird. In symptomatischer Hinsicht beschrieb eine Patientin

ihren Zustand mit den Worten „es war Winter in meiner Seele“. Letztlich zeigen sich alle Symptome einer depressiven Erkrankung. Besonders belastend für die jungen Mütter sind quälende Unzulänglichkeitsgefühle, das Gefühl der Ablehnung gegenüber dem Baby, Panikattacken und Ängste, Zwangsgedanken, das Baby z. B. fallen zu lassen. All dies bedingt eine Schuldgefühlsproblematik ohne Ende. In therapeutischer Hinsicht ist es deshalb wichtig, der jungen Mutter deutlich zu machen, dass sie ihre Gefühle durch den Schleier der Depression wahrnimmt: natürlich will sie ihrem Baby kein Leid antun. Ist die Depression adäquat behandelt und klingt ab, wird sie ihr Kind lieben, wie jede andere Mutter auch.

2 von 1.000 Müttern entwickeln nach der Geburt eine nachgeburtliche Psychose. Der Erkrankungsbeginn liegt in aller Regel innerhalb der ersten Wochen bis zum Ende des 1. Monats nach der Geburt. Im Gegensatz zur postnatale Depression fällt die Diagnosestellung leichter: wir sehen in aller Regel eine laute Symptomatik, im Fordergrund stehen die Kontaktstörungen, der Realitätsverlust der jungen Mutter, ihre extreme Ängstlichkeit.

Es geht also um häufig auftretende psychische Erkrankungsbilder nach der Entbindung, wobei diese postnatalen Störungen von Ärzten häufig nicht erkannt und diagnostiziert werden. Zum einen, weil die Betroffenen die Beschwerden aus Scham und Schuldgefühlen über ihr vermeintliches Versagen als gute

Mutter verschweigen, zum anderen, weil diese Krankheitsbilder in der deutschen Medizin bisher zu wenig Beachtung gefunden haben. Dabei handelt es sich – abgesehen von dem kurzfristigen Babyblues – um sehr ernstzunehmende Erkrankungen mit potenziell schweren Folgen für die Mutter, das Baby, die Mutter-Kind-Beziehung und oft auch die ganze Familie.

Im gnadenlosen Kontrast dazu steht die unerbittliche gesellschaftliche Entrüstung, stürzen sich insbesondere die privaten Fernsehsender gerne auf „Rabenmütter“, die nach der Geburt „ihr hilfloses Baby gekillt“ haben. „Die Zeit“ versuchte mit ihrer Reportage „da hauste ein Monster in mir“ im November 1999 das Unerklärliche erklärbar zu machen.

Wie sieht nun die Realität in Deutschland aus?

Nach Rohde aus Bonn erfolgt ein Infantizid oder erweiterter Suizid auf 40.000 Geburten. Dabei schürt kaum eine Straftat den Zorn der Bundesbürger mehr als das Verbrechen, das im Volksmund „Kindesmord“ genannt wird; und nach jedem spektakulären Fall wird der Ruf nach Vergeltung lauter. Das Meinungsforschungsinstitut EMNID ermittelte, dass 55 % der Deutschen für Kindesmörder die Todesstrafe wieder einführen wollen. Dabei leidet zur Tatzeit über die Hälfte aller „Kindesmörderinnen“ unter einer schweren psychischen Störung und wird von den Gerichten schuldunfähig gem. § 20 oder 21 StGB gesprochen. In Deutschland ist also die klinische Versorgung der betroffenen Frauen schlecht und die moralische Entrüstung der Bevölkerung groß.

Im Februar 2000 haben wir die Mutter-Kind-Einheit des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe gegründet.

Damals formulierten wir als Behandlungsziele auch unter dem Aspekt der Kosten-Nutzen-Effektivität:

1. die stationäre Behandlungsdauer von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Babys ist kürzer als die stationäre Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen ohne ihre Säuglinge, da bei letzteren es zu einer signifikanten Zahl von Behandlungsabbrüchen, Rezidiven und dadurch bedingten stationären Wiederaufnahmen kommt. D. h., dass die gesamten Einzelfallkosten bei der gemeinsamen Behandlung niedriger sind, als bei der alleinigen Behandlung der postnatal psychisch erkrankten Frau.
2. Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung wirkt protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung; die gemeinsame

Behandlung auf einer Mutter-Kind-Station führt dazu, dass die psychisch kranken Mütter sich in der Folge gut und kompetent um ihre Kinder kümmern können im Gegensatz zu Müttern, die ohne ihr Neugeborenes stationär psychiatrisch behandelt werden. Des Weiteren entfallen entsprechende Folgekosten, die durch die Unterbringung des Säuglings in einer Pflegefamilie oder einem Kinderheim entstehen.

3. Die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen wirkt präventiv hinsichtlich einer späteren psychischen Erkrankung des Kindes. Diese These wird u. a. dadurch untermauert, dass ca. 50 % der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten

einen psychisch erkrankten Elternteil haben.

Vor 4 Jahren gründeten wir die Einheit für die Behandlung postnataler psychischer Störungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Dortmund-Aplerbeck am dortigen Zentrum für Psychiatrie. Mit meinem Wechsel von Dortmund nach Herten erfolgte im Februar 2003 auch der Wechsel der Mutter-Kind-Einheit nach Herten. Sie sehen auf dem Bild das aktuelle Mutter-Kind-Team. Neben Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin, Fachpflegepersonal für Psychiatrie, Ergo- und Kunsttherapeutinnen sowie Sozialarbeiter beinhaltet das Team auch Kinderkrankenschwestern sowie eine Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, die für die Behandlung der regelhaft vorliegenden Mutter-Kind-Bindungsstörung zuständig ist. Die bei der Mutter-Kind-Behandlung entstehenden Mehrkosten werden allerdings nur ansatzweise von den Krankenkassen übernommen.

Der Wochentherapieplan der Mutter-Kind-Einheit beinhaltet auf der einen Seite die typischen Angebote eines psychiatrischen Krankenhauses, auf der anderen Seite – wird er den spezifischen Bedürfnissen der gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung gerecht und beinhaltet neben gesprächspsychotherapeutischen Elementen wie die Mutter-Gesprächsgruppe und die Mütter-Einzel-Psychotherapie eine spezielle Mütter-Ergotherapie, Mütter-Kunst-Therapie und eine Mutter-Kind-Spiel-Gruppe. Den Bedürfnissen der Väter versuchen wir in der Vätergruppe gerecht zu werden. Von zentraler Bedeutung auch die beziehungsanalytische Mutter-Kind-Körpertherapie.

Zur Zeit haben wir in Herten eine stationäre Behandlungskapazität

von 5 Betten. Eigentlich wollen wir 2004/2005 eines unserer Häuser in ein Mutter-Kind-Zentrum umbauen, um dann mit ca. 14 Betten und 4 tagesklinischen Behandlungsplätzen dem Behandlungsbedarf im Ruhrgebiet gerecht werden zu können. Vor dem Hintergrund der tragischen finanziellen Situation in unseren Krankenhäusern können wir zur Zeit jedoch nicht absehen, ob wir unseren Plan realisieren können.

Wenn wir uns nun die Behandlungsergebnisse nach 3 Jahren Mutter-Kind-Einheit des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe anschauen, so können wir feststellen, dass die stationäre Behandlungsdauer von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen kurz ist: sie lag bisher bei 35,6 Tagen. Auch wirkt die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung: in einem Fall, der bisher 232 stationär, teilstationär oder ambulant behandelten Mutter-Kind-Paaren gab die Mutter – die an einer chronischen schizophrenen Erkrankung litt – ihren Säugling zum Ende der stationären Therapie zur Adoption frei. Bei einer anderen Patientin mit einer schwersten Impulskontrollstörung blieb der Ausgang bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung abzuwarten. Die Validierung unserer 3. These „die gemeinsame Behandlung wirkt präventiv hinsichtlich einer späteren psychischen Erkrankung des Säuglings“ kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend erfolgen, sie leuchtet aber allein unter dem Aspekt des „gesunden Menschenverstandes“ ein.

Unsere Behandlungsergebnisse weisen also nachdrücklich darauf hin, dass die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Wöchnerinnen mit ihren Säuglingen eine effektive und effiziente Behandlungsform darstellt. Können wir also

davon ausgehen, dass sich die Solidargemeinschaft die kostenintensive Mutter-Kind-Behandlung – die wie in der zusätzlichen Personalkosten für das Baby und die Mutter-Kind-Beziehung ca. den 1,5fachen Tagespflegesatz beträgt – leisten wird?

Unser Förderverein „Bei aller Liebe“ fragte nach. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen antwortete in seinem Schreiben vom 25. Okt. 2001 an die 1. Vorsitzende des Vereins – ich zitiere: „Sehr geehrte Frau Dr. Nienburg, Frau Ministerin Fischer bedankt sich für Ihr Schreiben, in dem Sie sich insbesondere für die Vergütung der Behandlung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern ... einsetzen. Aufgrund Ihres Schreibens an den Ministerpräsidenten des Landes NRW sowie an die Abgeordnete Frau Barbara Steffens im vergangenen Jahr bzw. im Januar dieses Jahres wurden die Verbände der Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen angeschrieben, um die von Ihnen aufgeworfenen Fragen der Vergütung zu klären. die Krankenkassen teilen mit, dass auf der Grundlage der Bundespflegegesetzverordnung alle für die Versorgung der Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen mit den Pflegesätzen

vergütet werden und dass dazu auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme eines Kindes gehört. Die Mutter-Kind-Betreuung ist mit den vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen abgegolten ... „

Diese Stellungnahme der Politik in NRW entspricht weitgehend den Erfahrungen, die Frau Dr. Klier in Österreich im Rahmen der EU-Studie zur postnatalen Depression gemacht hat – ich zitiere: „Das Problembewusstsein unter den politisch Verantwortlichen ist interessanterweise europaweit sehr ähnlich: sie dele-

gieren das Problem unter der Prämisse der Kostenneutralität an die medizinische Versorgung“.

Gilt unser Cartoon „welche Krankheit kann ich mir bei welchem Einkommen leisten?“ Gilt Murphy's Gesetz, welches da besagt, dass sich soziale Gruppierungen, die Solidargemeinschaft, die Politik, die Kostenträger erst dann rational verhalten, wenn sämtliche andere Möglichkeiten ausgeschöpft sind?

Nicht ganz! Dank der hervorragenden Lobbyarbeit des Fördervereins „Bei aller Liebe“ gelang es uns, im Rah-

men der Budgetverhandlungen 2003 für das Westfälische Zentrum Herden von den Kostenträgern – trotz Deckelung – ein halbe Stelle für die beziehungsanalytische Mutter-Kind-Körpertherapie finanziert zu bekommen. Das war einerseits nur ein Tropfen auf den heißen Stein, stellt andererseits aber auch einen bundesweiten Durchbruch dar, da nun ein Präzedenzfall in der psychiatrischen Mutter-Kind-Behandlung geschaffen ist, den es weiter auszubauen gilt.

Lassen Sie mich mit der Überzeugung schließen, dass es uns allen ge-

meinsam: den betroffenen Müttern, ihren Angehörigen, der Politik und uns Professionellen gelingen wird – im Interesse der uns anvertrauten nachgeburtlich psychisch kranken Frauen mit ihren Säuglingen – , den Rückstand hinsichtlich der stationären Behandlung postnatal psychisch erkrankter Frauen zusammen mit ihren Säuglingen aufzuholen und dafür zu sorgen, dass zukünftig auch in der Bundesrepublik Mutter-Kind-Einheiten zum selbstverständlichen klinischen Alltag gehören.

Handlungsempfehlungen Forum 8:

- Verankerung von Geschlechterkompetenz und geschlechtergerechter medizinischer und therapeutischer Versorgung im Sinne des Gender-mainstreaming, und von traumatologischer Kompetenz in der Ausbildung des Personals
- Veränderung des Personalschlüssels dahingehend, dass geschlechtsspezifische Angebote möglich sind
- Schaffung einer verlässlichen Finanzierung für Unterstützung und Therapie
- Sicherstellung, dass vorhandene Vernetzungsstrukturen nicht kurzfristigen Haushaltsentscheidungen zum Opfer fallen.
- Erhöhung der Zahl der in Traumatherapie ausgebildeten PsychotherapeutInnen (Traumatherapie) um die zu langen Wartezeiten zu verkürzen.
- Eröffnung der Möglichkeit zur Approbation auch für Sozialpädagoginnen, da viele Therapeutinnen mit Trauma-Erfahrung aus diesem beruflichen Bereich kommen
- Keine Schließung von qualifizierten Traumastationen (wie in Dinslaken)
- Aufstockung der von den Krankenkassen zu übernehmenden Psychotherapie-stunden, 80 Stunden sind viel zu wenig für stark traumatisierte Frauen
- Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen um den Bedürfnissen der Mütter und ihrer Kinder im Falle der sehr häufig auftretenden, aber tabuisierten und oft nicht erkannten psychische Krankheit der postnatalen Depression gerecht werden zu können
- Möglichst schnelle Regelung der Übernahme der Kosten für die zusätzlichen Kinderkrankenschwestern mit den Krankenkassen. Die Tagessätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie würden nach Einschätzung der Anwesenden ausreichen (anderthalbfacher Satz)
- Vorantreibung einer engen Zusammenarbeit mit zuweisenden Hebammen und einer Rund-um-Betreuung bei der Geburt die sich positiv auf den weiteren Verlauf der Mutter-Kind-Beziehung auswirkt, um einer postnatalen Depression vorzubeugen
- Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit durch entsprechende Informationskampagnen

III. Allgemeine Handlungsempfehlungen

Die Redaktionsgruppe hat den trialogisch im Kongress erarbeiteten Handlungsempfehlungen einen Katalog allgemeiner Empfehlungen vorangestellt, der insbesondere auch die Beiträge und Diskussionen des allgemeinen Einführungsteils am Vormittag des Kongresses widerspiegelt, sofern diese nicht am Nachmittag in einem Forum vertieft wurden. Auch diese allgemeinen Empfehlungen wurden in einem trialogischen Arbeitsprozess zusammengestellt.

1. Ganzheitliche Behandlung, Ursachenforschung und Hilfeformen

In der Praxis und Forschung psychiatrischer "Behandlung" bilden derzeit die biologisch/genetischen Ursachen mittels Psychopharmaka den Schwerpunkt. Die Schulmedizin sieht für psychische Erkrankungen biologisch/genetische, psychologische und sozial/gesellschaftliche Ursachen. Die psycho-sozialen und biografischen Ansätze kommen in der gegenwärtig praktizierten Behandlung jedoch kaum vor.

Die biologische Schwerpunktsetzung führt dazu, dass im Wesentlichen nach äußeren Symptomen diagnostiziert wird. Dieses hat dann auch eine Schwerpunktsetzung in der pharmakologischen Therapie zur Folge.

Die Betroffenen laufen Gefahr, zum Drehtürpatient zu werden, ein Leben lang Psychopharmaka nehmen zu müssen, deutliche Beeinträchtigungen in Kauf zu nehmen, irreparable Spätfolgen zu erleiden und deutlich früher als der Durchschnitt zu sterben. Die Medikamente führen zudem zu einer Abhängigkeit.

Sie erfahren dadurch i.d.R. nicht die Hilfen, die sie brauchen, um sie zu einer weitestgehend autonomen Lebensführung und zu einer Krankheitsbewältigung zu befähigen. Die Suche nach den Krankheitsursachen, Hilfen bei den sozialen Problemen, die mit zur Krise geführt haben und das Erlernen von Verhaltensänderungen, z.B. die Beachtung von Frühwarnzeichen, um Wiederholungen zu vermeiden, spielen eine untergeordnete Rolle.

2. Zur professionellen Haltung:

Die Haltung und der Umgang von Professionellen mit Betroffenen bedürfen eines Umdenkungsprozesses,

Betroffene brauchen:

- die Möglichkeit, selbst entscheiden zu können, ob sie ihre Psychose ohne Medikamente ausleben wollen, oder mit Medikamenten unterdrücken wollen.
- wenn notwendig, eine individuell angepasste Medikation auf möglichst niedrigem Niveau.
- unterstützende Hilfe zur Selbsthilfe, d.h. Möglichkeiten, zu schauen, welche Lebensumstände und Verhaltensweisen zur Krise geführt haben, und diese sinnvoll und überlegt zu verändern.
- Hilfen bei der Ursachenforschung, z.B. durch Psychotherapie.
- Unterstützung bei der eigenverantwortlichen Selbstbestimmung.
- Helfende, die so vorgehen, dass sie sich selbst mit der Zeit überflüssig machen.

Unabhängig von der Hilfeform muss der betroffene Mensch in seiner existentiellen Krise mit seinen individuellen Bedürfnissen Mittelpunkt von Hilfeleistung sein. Um diese zu berücksichtigen, muss vor einer medikamentösen Behandlung oder einer Zwangsbehandlung das Bemühen um einen ernsthaften vertrauensvollen Kontakt stehen.

Der Kontakt sollte durch eine geschlechter- und kultursensible Haltung geprägt sein, die die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt und als besondere Ressource, nicht als Defizit ansieht.

damit Selbstbestimmung und Eigenständigkeit gewährleistet sind.

Der betroffene Mensch muss jeweils ganzheitlich, in seinen sozialen Bezügen wahrgenommen und unterstützt werden. Dazu ist es notwendig, die mitbetroffenen Bezugspersonen in die Betrachtung und Behandlung einzubeziehen. Besonders die Kinder der Erkrankten bedürfen der Aufmerksamkeit und Entlastung.

Nicht jede akute Krise macht eine stationäre Behandlung notwendig, aber auch nicht jede Krise lässt sich in der Familie oder im Freundeskreis bewältigen. Deshalb muss in der Behandlung ein differenziertes, personenorientiertes und durchlässiges System von stationären, teilstationären und ambulanten Hilfeformen zur Verfügung stehen und im gemeindepsychiatrischen Verbund müssen ambulante und teilstationäre Hilfen im Vordergrund stehen, die jeweils nach der individuellen Lage in Anspruch genommen werden können.

Dazu ist ein Umdenken in der Medizin, in der professionellen Haltung und in den Finanzierungssystemen notwendig.

Wir brauchen eine unabhängige wissenschaftliche Ursachen-, Therapie- und Versorgungsforschung. Bundesgesetzliche Regelungen sollten sicherstellen, dass die einseitige Beeinflussung von Ärzten, Kliniken, und Einrichtungen durch die Pharmaindustrie unterbunden wird.

Die Praxis ist eher gekennzeichnet durch eine Zerstörung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, durch Bevormundung in den psychi-

atrischen Einrichtungen und durch den dauerhaften Verlust von Autonomie. Die professionelle Haltung kann eine Abhängigkeit von den Hilfen bzw. Zuwendungen erzeugen.

Behandlungsziel muss es sein, den Betroffenen zu befähigen, sein Leben wieder selbstbestimmt und eigenverantwortlich in die Hand nehmen zu können

Die Professionellen sollen sich als Lernende verstehen: der Betroffene weiß oft selbst am besten, was ihm wirklich gut tut, was ihm bisher geholfen hat und was ihm geschadet hat. Selbsthilfe, Bewältigungsfähigkeit und Selbstheilungskräfte werden in der Psychiatrie oft unterschätzt, bzw. verhindert.

Die professionelle Haltung sollte durch Wertschätzung, Empathie, Echtheit, durch partnerschaftliches Verhandeln und Aushandeln, durch Subjekt- und Ressourcenorientierung gekennzeichnet sein. Zeit für und Qualität von Gesprächen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, ebenso einer verständlichen Sprache.

Dazu braucht es in der Praxis sprachkompetente BehandlerInnen und HelferInnen. Sie müssen in der Lage sein, ihre PatientInnen und KlientInnen als fühlende Menschen wahrzunehmen und ihnen als (mit-)fühlende Menschen gegenüberzutreten.

Dazu müssen psychiatrisch Tätige bereits in der Ausbildung befähigt werden: durch die Begegnung mit

psychose- und psychiatrie-erfahrenen Menschen und Angehörigen, die an Lehrveranstaltungen mitwirken, durch Teilnahme an triadischen Veranstaltungen, durch Kontaktpflege mit Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger, durch Schulung in Gesprächsführung und therapeutische Selbsterfahrung und regelmäßige Supervision. Anzustreben ist ein Kollegium, das auch ehemals Betroffene umfasst und dieses als Bereicherung begreift.

Ebenso muss die Einstellung von muttersprachlichen Fachkräften und/oder die Schulung interkultureller Kompetenz und Sensibilität Eingang in die Arbeit, sowie in die Aus- und Fortbildung von Fachkräften finden.

3. Ressourcenorientierung und Einbeziehung der Selbsthilfe

Krankheit ist oft eine Anregung, mehr für die eigene Gesundheit Sorge zu tragen. Krankheit und Gesundheit sind nicht zwei getrennte Bereiche, sondern zwei Seiten eines Ganzen. Der einzelne Mensch kann zur eigenen Gesundung beitragen, indem er seine vielfältigen, ihm innewohnenden Ressourcen nutzt und sich Kenntnisse zur Gesunderhaltung aneignet und diese umsetzt. Eine Ressource kann all das an Wirkkräften sein, was Stabilität schafft und den Gesundungsprozess fördert. Dazu sind eine wertschätzende Eigennahme und Umgebung notwendig.

Durch die Suche nach eigenen Potentialen statt Fehlerfahndung kann

die Wiederherstellung der eigenen Selbstbestimmung, der persönlichen Integrität und Würde gefunden und gesichert werden. Psychiatrie-Erfahrene müssen deshalb in ihrer Eigenverantwortlichkeit bestärkt werden.

Selbsthilfe, die Steigerung von Eigenmacht und Autonomie der Betroffenen muss in alle Fragen der Planung, Gesetzesnovellierungen, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung und Qualitätsentwicklung einbezogen werden. Durch die Förderung und Einbeziehung der individuellen und organisierten Selbsthilfe können die Kostenträger und die Gesellschaft immense Kosten sparen.

In diesem Kontext müssen jene Steine aus dem Weg geräumt werden, die die Selbsthilfe und Selbstbestimmung behindern, wie z.B. die gesetzliche Betreuung gegen den Willen. .

Die Selbsthilfe und Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener muss angemessen gefördert werden und aktiv in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungs- und Hilfeformen einbezogen werden. Die bestehende Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen muss in ihrer Zielgenauigkeit und Praktikabilität verbessert werden.

4. Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die moderne Arbeitswelt ist auf Grund des Rationalisierungsdruckes mehr denn je durch Zeitdruck und

hohe Leistungsanforderungen geprägt. Die anhaltend hohe Beschäftigungslosigkeit führt dazu, dass

Menschen mit körperlichen und anderen Behinderungen oder Beeinträchtigungen des Leistungsvermö-

gens kaum Chancen am Arbeitsmarkt haben. Besonders die Situation von Menschen mit psychischer Behinderung am Arbeitsmarkt ist schwierig. Psychiatrie-Erfahrene unterliegen oft gewissen Leistungsschwankungen und Veränderungen in ihrer Befindlichkeit. Auf diese Schwankungen wird in unserer Arbeitswelt immer weniger Rücksicht genommen.

Berufliche Tätigkeiten gehören aber im Allgemeinen ebenso wie im Falle psychischer Erkrankung zu den wichtigsten, die Persönlichkeit stabilisierenden Faktoren. Auch Frauen und Männer, die noch nicht wieder oder nicht mehr in der Lage sind, wenigstens einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen, brauchen die Möglichkeit eine sinnvolle Tagesstruktur aufzubauen oder aber Chancen, ihre Fähigkeiten auszuprobieren, auch regulären Arbeitsangeboten gerecht zu werden.

Gerade angesichts des demografischen Wandels sollte es in Zukunft mehr als heute möglich sein, jedem und jeder arbeitswilligen Person, die

es wünscht, einen Arbeitsplatz zu ermöglichen, der dem individuellen Leistungsvermögen entspricht.

Der erste Arbeitsmarkt sollte flexiblere Angebote für Menschen mit psychischen Problemen (in Deutschland mind. 5 Millionen Betroffene) anbieten. Der Gesetzgeber muss dazu Anreize durch seine Gesetzgebung schaffen.

Ziel muss es sein, ein möglichst differenziertes und durchlässiges Angebot von niedrigschwelliger Beschäftigung bis zu Vollzeittätigkeit bereitzustellen, das Leistungsschwankungen und Phasen von krankheitsbedingten Auszeiten berücksichtigt.

Dazu sind Arbeitsplätze in Teilzeit und eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung notwendig. Damit würde nicht nur die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert, sondern es könnte Menschen mit Leistungsschwankungen und anderen Beeinträchtigungen des Arbeitsver-

mögens mehr Spielraum eingeräumt werden.

Entsprechende Maßnahmen müssen ergriffen werden und bestehende Instrumentarien wie die Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekte angesichts der neuen Gesetzgebung zu Reformen am Arbeitsmarkt weiterentwickelt werden.

Das Vorhalten von Arbeitsmöglichkeiten in Werkstätten für Behinderte kann kein Ersatz für reguläre Tätigkeiten sein.

Die Teilhabe am Arbeitsleben muss sowohl im Bereich der beruflichen Rehabilitation als auch bei der Schaffung behinderungsgerechter Arbeit auf das individuelle Leistungsvermögen hin konzipiert werden und die dortigen Fachkräfte müssen in der Lage sein, diese zu erkennen und zu fördern.

Es müssen Qualitätskriterien zur Ausgestaltung solcher Leistungen erfüllt werden.

5. Die Menschenwürde und Menschenrechte achten

Bei Situationen psychischer Auffälligkeit müssen in allen Phasen der Krise und Erkrankung die im Grundgesetz verankerten Menschenrechte geachtet werden. Dieses muss auch für die Ausübung der ordnungsrechtlichen Funktion der Psychiatrie und für Betreuungen gelten. Massive Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte wie Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation und Disziplinierungsformen sind in Deutschland im europäischen Vergleich noch immer stark ausgeprägt.

Dabei wird nicht immer der geringst mögliche Eingriff in Rechte und Gesundheit sichergestellt, sondern es werden weit darüber hinaus Eingriffe vorgenommen.

Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen sind weitgehend vermeidbar durch ein Klima offener Kommunikation, intensiver Zuwendung und Begleitung. Der Reduktion von Zwangsmaßnahmen jeder Art muss eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Zielsetzung muss es sein, Transparenz über die professionell angewandten Verfahren herzustellen, diese dialogisch zu bewerten, deeskalierende Behandlungsstrategien systematisch zu entwickeln und in den professionellen Umgangsformen zu verankern und hierfür auch von den äußeren Bedingungen her geeignete Voraussetzungen zu schaffen.

Würde und die persönliche Integrität wahrende Umgangsformen in gegenseitiger Wertschätzung müssen in der berufsethischen Ausgestaltung der verschiedenen Ebenen der Hilfeerbringung verankert werden, partnerschaftliche Formen des Verhandeln und Aushandeln müssen die Norm werden. Dieses erfordert ebenso eine geschlechter- und kultursensible Ausgestaltung der Hilfen, Behandlungsformen und Hilfestrukturen.

Maßnahmen der patientenorientierten Qualitätssicherung müssen sicherstellen, dass die Betroffenen nicht in der Behandlung neuen zusätzlichen psychischen Belastungen und Retraumatisierungen ausgesetzt

sind. Werden Zwangsmaßnahmen im Einzelfall angewandt, müssen diese im Rahmen intensiver Zuwendung und Begleitung und unter gezielter Qualitätsentwicklung erfolgen.

Gewalt und Zwang sind nicht auf den Bereich der klinischen Versor-

gung beschränkt. Bereits vor der stationären Aufnahme sind die Beziehungen zwischen Betroffenen, Angehörigen, behandelnden Personen, Sozialpsychiatrischem Dienst oder ggf. Polizei häufig durch Gewalt und Zwang oder Situationen, die als gewaltsam, bedrohlich oder

herabsetzend erlebt werden, bestimmt. Auch in diesen Bereichen muss systematisch durch Aufklärung und vernetzende Qualitätssicherung an deeskalierenden Umgangsformen gearbeitet werden.

6. Mehr gesundheitliche Aufklärung im Hinblick auf seelische Gesundheit durch Politik und Kostenträger

Notwendige Ziele einer Gesundheitsförderung im Sinne der WHO sind:

- die Wahrnehmung der eigenen körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse zu fördern
- die sozialen Fähigkeiten in Familie und Beruf zu fördern
- Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung und zum Stressabbau anzubieten
- den eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu stärken.

Das Erfahrungswissen der Betroffenen und die Geschlechterperspektive müssen in der medizinischen Forschung und Versorgung gesichert werden. Die geschlechterdifferenzierten Erkenntnisse der Medizin müssen endlich in der Regelversorgung ihren Niederschlag finden.

Seelische Gesundheit ist nur durch wertschätzende Haltung des Einzelnen sich selbst und anderen gegenüber in einer Gesellschaft, die dies unterstützt, zu gewährleisten und sicherzustellen. Seelische Erkrän-

kungen können dadurch effektiv verhindert werden.

Menschen mit seelischer Erkrankung brauchen eine Medizin, die die Ganzheit des Menschen sieht und mit nicht-dominierender Haltung vielfältige Unterstützung zur Gesundheit anbietet, und so Chronifizierungen verhindert.

Hilfe muss immer Hilfe zur Selbsthilfe sein, an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der Betroffenen anknüpfen, um so Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu stärken und eine Emanzipation vom Hilfesystem zu ermöglichen.

Psychisches Wohlergehen muss mehr als bisher in die gesellschaftlichen Wertvorstellungen einbezogen werden, krankmachende Faktoren erkannt und im Hinblick auf propagierte Wertvorstellungen und gesellschaftliche Leitziele hinterfragt werden.

Stigmatisierung ist einer der Hauptbelastungsfaktoren für die Betroffenen. Eine breit angelegte Kampagne zur Förderung der seelischen Gesundheit und zur Information über psychische Erkrankung und Krisen, über Selbsthilfe und Bewältigungsmöglichkeiten muss dazu beitragen, dass psychische Krisen nicht zu Ausgrenzung und Diskriminierung führen.

Eine gezielte Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung müssen ein rechtzeitiges Erkennen von psychischen Krisen, die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbsthilfemöglichkeiten und des eigenen Krisenmanagements ebenso fördern wie eine gesunde Lebensweise mit gesunder Ernährung, Entspannung, Bewegung und Kommunikationsmöglichkeiten. Das Wahrnehmen von und der Umgang mit Gefühlen, mit Stress; mit Kontakt und sozialem Austausch muss bereits in Kindertageseinrichtungen und Schulen beginnen.

Kurz-Zusammenfassung

Wolfgang Voelzke

Nach der Auswertung und der Antwort der Landesregierung zur Situation der Psychiatrie NRW kann man feststellen,

- dass (fast 30 Jahre nach Psychiatrie-Enquete von 1975) die Psychiatrie in der Gemeinde angekommen ist.
- dass aber viel zu tun bleibt, damit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Gemeinde wirksame Hilfe erfahren und integriert statt ausgegrenzt zu werden.
- dass gerade bei den sich rapide verändernden wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Bedingungen dazu große Anstrengungen notwendig sind.

Auf diesem Kongress haben wir daher folgende Schwerpunkte gesetzt:

Die Integration

- beginnt mit einem anderen Gesundheits- und Krankheitskonzept von psychischer Beeinträchtigung,
- setzt sich fort in einer wertschätzenden Haltung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie und
- muss praktisch werden in einer flexiblen, personenorientierten Organisation der entsprechenden Hilfen.

Für die Weiterentwicklung (der psychiatrischen Versorgung in NRW) brauchen wir

- ein Hilfesystem in der Gemeinde, das vom einzelnen betroffenen Menschen ausgeht, von seinem individuellen Bedarf
- ein Hilfesystem, das Beziehungsarbeit, soziale Netze, Partnerschaft und Selbsthilfe fördert

- rechtliche Regelungen und Finanzierungsformen, die gute Beziehungsarbeit belohnen und institutionszentriertes und technokratisches Handeln bestrafen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen für eine Bewältigung ihrer psychischen Krisen und Integration in der Gemeinde häufig mehrere gut aufeinander abgestimmte Hilfen gleichzeitig.

Trotz (mehr oder weniger) gut ausgebauter Hilfeangebote in den Gemeinden werden die benötigten Hilfen den Bereichen Behandlung, Wohnen, Arbeit und persönliche Beziehungen häufig nicht bedarfs- und personenzentriert gewährt.

Sozialrechtliche, finanzielle und Zuständigkeitsregelungen, Eigeninteressen der jeweiligen Organisationen sowie mangelnde Zusammenarbeit, Abstimmung und Vernetzung stehen dem entgegen. Deshalb muss die Arbeitsweise der flexiblen, personenzentrierten Hilfe(-planung und -ausführung) in allen Felder der psychiatrischen Versorgung umgesetzt werden.

Dies müsste mit einer flexiblen individuellen Krisenbegleitung zu Hause bei einer akuten psychischen Krise statt Unterbringung in einer Psychiatrischen Klinik beginnen.

Die personenzentrierte Hilfe müsste sich fortsetzen in einer auf alle erforderlichen Bereiche (Behandlung, Wohnen, Arbeit und persönliche Beziehungen) bezogene, abgestimmte individuelle Hilfestellung.

Auf diesem Kongress machen wir darauf besonders aufmerksam, dass bei allen Bemühungen, das Betreute

Wohnen auszubauen, hierzu unbedingt der Bereich Arbeit und Beschäftigung gehört. Personenzentrierten Hilfen an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen wurden bisher vernachlässigt. Adäquate Arbeits- und Beschäftigungsangebote (einschließlich eines zweiten Arbeitsmarktes) tragen entscheidend zur Integration bei und können erhebliche Kosten von Sozialleistungen an anderen Stellen einsparen.

Die Organisation personenzentrierter Hilfen würde durch ein Persönliches Budget und ein Regionalbudget sehr unterstützt.

Auf ein Problem möchte ich zum Abschluss noch hinweisen: die Sozialtherapie

Es reicht nicht aus, gute Gesetze zu machen. Das Parlament muss auch darauf achten, dass die Ausführungsregelungen zu den fachlichen, organisatorischen, personellen und insbesondere finanziellen Bedingungen eine Umsetzung auch möglich machen.

(Sozialtherapie, als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, soll durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen und ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.)

(§ 37 a SGB V,) die gesetzliche Regelung zur Sozialtherapie gilt seit 01.01.2001, die Sozialtherapie-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gilt seit 01.01.2002.

Aber bis heute bis heute gibt es kaum eine Kommune in NRW, in der diese Leistung angeboten und gewährt wird. Die Gründe dafür liegen in den sehr hohen Anforderungen an die Leistungsanbieter und zu niedrigen Vergütungen für die Fachkräfte.

Gerade die Soziotherapie wäre eine Leistung die personenzentrierte Hilfe fördert und Leistungen an anderer Stelle (z. B. Betreutes Wohnen) reduzieren könnte.

Eine wirksame Integration von Menschen mit psychischen Beeinträch-

tigungen in die Gemeinde setzt gut aufeinander abgestimmte

- sowohl generelle sozialrechtliche Regelungen
- als auch auf den Einzelnen (auf den individuellen Bedarf) ausgerichtete, personenzentrierte Hilfen voraus.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V.

Forderungen Psychiatrie-Erfahrener anlässlich des Kongresses im Landtag NRW am 18.03.2004 „Weil der Mensch ein Mensch ist... Die Zukunft der Gemeindepsychiatrie in NRW“

Verständnis von psychischen Krisen und sog. Psychosen

- Wir wenden uns gegen ein medizinisches Krankheitskonzept, das Psychose-Erfahrenen im Wesentlichen defizit-orientiert vermittelt, dass sie wie defekte Stoffwechselmaschinen lebenslang krank seien und dauerhaft Neuroleptika zu nehmen hätten.
- Wir fordern ein ganzheitliches Verständnis psychischer Krisen, das die Biographie und die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen einbezieht, wie etwa Tod, Trennung, Arbeitslosigkeit, Armut, Umzug, sexuelle und andere Gewalterfahrung. Wir sehen eine Psychose als Versuch, ein neues Lebenskonzept zu finden, nachdem die alten gescheitert sind.

Neuroleptika und Alternativen

- Psychische Krisen können bei achtsamen Umgang und Erfahrung bewusst beeinflusst und gesteuert werden.
- Die meisten Ver-rücktheits- oder Niedergeschlagenheitszustände sind nicht so schlimm, als dass sie die vorbeugende Einnahme hochriskanter Neuroleptika oder Antidepressiva rechtfertigen.
- Auch eine generelle Ablehnung von Psychopharmaka zur Behandlung von Psychiatrie-PatientInnen muss respektiert werden, solange kein alternativer Umgang z. B. Intervallmedikation angeboten wird (Neuroleptika nur in akuten Phasen, anschließend Ausschleichen und Aufarbeitung der Psychoseinhalte). Anders sieht dies beim Absetzen von Psychopharmaka aus, wenn man sich oder andere massiv geschädigt hat. Man sollte sich vor dem Beginn des Absetzens ziemlich sicher sein, dass nicht wieder eine schwere akute Krise auftritt.

Umgang mit und Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Zwang, Gewalt, Freiheitsentziehung und Unterdrückung von Symptomen durch Dauermedikation erzeugen mehr Schaden als Nutzen und hemmen die gesundheitliche Entwicklung.

- Wir fordern Angebote mit menschlicher Wärme und Zuwendung, wo Betroffene auch in der Krise ernst genommen werden, wo man zuhört und auf die Probleme eingeht, welche die gegenwärtige Krise ausgelöst haben.
- Eine Haltung und ein Krankheitsverständnis, das nach den Genen sucht, die die Krise verursachen, führt zu entmutigenden Einstellungen und Haltungen von dauerhafter und unheilbarer psychischer Erkrankung. Gefordert sind in der Psychiatrie Tätige, die sich auf Gespräche und Veränderungsmöglichkeiten und Ressourcen von Betroffenen einlassen.

Notwendig sind:

- Deeskalationsstrategien statt Zwang
- Soteria-Angebote
- Einhaltung des in der Personalverordnung für die Psychiatrie vorgegebenen Personalschlüssels
- Anerkennung weiterer psychotherapeutischer Verfahren (auch körpertherapeutischer Verfahren)
- Berücksichtigung von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen
- Psychoseseminare mit gleichberechtigter Mitwirkung (auf neutralem Gebiet: in VHS, UNI - aber nicht in einer Klinik) bzw. Dialogische Gespräche
- Unabhängige Beschwerdestellen für Psychiatrie

Menschenbild und Haltungen: Anforderungen an die Hilfgewährung (Welche Haltungen möchten Betroffene erleben, welche hätten in Krisensituationen geholfen?)

Zur Qualität der psychiatrischen Behandlung befragte der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. 1995 seine Mitglieder. In den Antworten wurde der bestehenden Psychiatrie eine nahezu als "vernichtend" zu bezeichnende Absage erteilt. Denn nur 10 % der Antwortenden gaben an, dort Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. Häufig kam es zur Verletzung der Menschenwürde. Es gab - wie rechtlich vorgeschrieben - keine umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken.

- Deshalb fordern wir Alternativen zur Psychiatrie sowie eine subjektorientierte stationäre und komplementäre Psychiatrie, die endlich von unseren Erfahrungen und unserem Erleben im Zusammenhang mit unserer Lebensgeschichte ausgeht und Dialog sowie Hilfe zur Verarbeitung von belastenden psychosozialen Problemen anbietet.
- Wir wollen uns unbefangen mit unseren Krisen und Problemen sowie den in ihnen innewohnenden Reifungsmöglichkeiten befassen und dabei für unsere "Störungen" unsere eigenen Worte finden.
- Wir pochen darauf, dass wir in unserer Andersartigkeit oder während einer Krise nicht auf Symptome reduziert, sondern als Menschen mit all unseren Bürgerrechten respektiert werden. Und wir möchten zeigen, dass Anderssein oft mit wertvollen Fähigkeiten und besonders ausgeprägter Sensibilität verbunden ist.
- In psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen sollte eine therapeutische Beziehung von klar zugeordneten Bezugspersonen mit gegenseitiger Wertschätzung, Empathie und Echtheit aufgebaut und sich mehr nach den Bedürfnissen der Betroffenen gerichtet werden.
- Zur Betreuung wünschen wir uns neben den Professionellen auch ehemals Betroffene und Laien mit hohen menschlichen Qualitäten, die mehr Verständnis für besondere Situationen psychisch erkrankter Menschen aufbringen können.

Wir fordern:

- Mehr Hilfe zur Selbsthilfe, ohne Abhängigkeit von Psychopharmaka
- Stärkung von Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit und Selbstvertrauen statt Machtausübung durch die Psychiatrie.

AG 1. Psychische Krisen durch individuelle Begleitung bewältigen - Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen

- Die psychiatrische Versorgung in Deutschland braucht ein größeres Angebot an psychose-begleitenden Einrichtungen: ambulante Krisenteams, Krisenbetten und Krisenhäuser.
- Ambulante Krisenteams sollten – rund um die Uhr – Menschen in schweren psychischen Krisen aufsuchen, zusammen mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen und Freunden die weiteren Maßnahmen beraten und organisieren sowie die weitere Entwicklung begleiten.
- Eine auf Akzeptanz des psychotischen Weiterlebens sowie auf partnerschaftliche Beziehungen begründete therapeutische Haltung ist eine effektivere Hilfe für Menschen in akuten psychischen Krisen als Institutionalisierung, hoch dosierte Psychopharmaka, reglementierende Programme oder andere Arten von Zwang.
- Für das Dabeisein in psychotischen Krisen ist erlernbare Fachkompetenz weniger wichtig als grundlegende menschliche Qualitäten, vor allem eine spezifisch psychoseorientierte Empathiefähigkeit, gepaart mit Feinfühligkeit und psychischer Robustheit. Dazu sollte ein Ausbildungsgang Bewusstseinspflege konzipiert und als gleichwertig neben der Krankenpflege etabliert werden, der auch Menschen ohne psychiatrische Vorbildung offen steht. Dort können auch Psychiatrie-Erfahrene, die ihre Krisen bearbeitet haben, ihre Erfahrung einbringen.
- Regelmäßige Supervisionen für alle therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten obligater Bestandteil jeder psychiatrischen Einrichtung sein.
- Jede psychiatrische Fachabteilung bzw. jedes Psychiatrische Krankenhaus sollte Soteria-Stationen eröffnen.
- Soteria-Elemente sollten auf allen allgemein-psychiatrischen Stationen eingeführt werden:
- beruhigendes, entspannendes, freundlich - wohlwollendes Klima mit Abschirmung von verwirrenden Reizen (u. a. Weiches Zimmer)

- kontinuierliche Stützung in tragenden menschlichen Beziehungen
- Ermöglichung psychotische Krisen als sinnvolle Erfahrungen zu erleben
- Zurückhaltung mit Diagnosen, Psychopharmaka und dem Glauben an eine allmächtige
- psychiatrische Fach- und Regelungskompetenz.

AG 2. Die Fragmentierung im Hilfesystem aufbrechen – konsequent vom Erkrankten her handeln – Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich flexibler gestalten

- Ambulant vor stationär auch für psychiatrische PatientInnen; sie sollen zwischen ambulant und stationär wählen dürfen und können.
- Einsetzen einer Heimenquête, um das Heim(un)wesen öffentlich auf den Prüfstand zu stellen.
- Schluss mit der Ghettoisierung von Psychiatrie-Erfahrenen in gemeindepsychiatrischen Subkulturen (Heim, WfbM, Tagesstätte).
- Grundrecht auf ausreichenden Wohnraum mit und ohne Handicap. - Schluss mit Wartezeiten von 6 - 12 Monaten.
- Recht auf Hilfe und Unterstützung zur dauerhaften Stabilisierung, die eine Weiterbehandlung erübrigt.
- Unbürokratische Genehmigung von Kurmaßnahmen zur Unterstützung psychischer und physischer Stabilisierung bzw. Förderung positiven Stressmanagements.
- 6 Forderungen zur stationären Psychiatrie: Patiententelefone in Kabinen auf den Stationen, zugänglicher Münzkopierer, (Brief)Papier und Briefmarken, BPE-Flugblattaushang auf den Stationen, täglicher Spaziergang, jederzeit zugängliche Teeküche auf jeder Station.
- Wir fordern eine bessere/andere professionelle Haltung. Auch ein personenzentrierter Ansatz kann eine schlechte Haltung nicht ausgleichen.
- Eine Absicherung des eigenen Arbeitsplatzes der Professionellen darf bewusst oder unbewusst nicht im Vordergrund stehen.

AG 3. Verbindliche und verantwortliche Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

- Unabhängige Beratung von Betroffenen für Betroffene (z. B. Psychopharmaka-Beratung des BPE)
- Empfehlung an niedergelassene PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen zur Kooperation mit Selbsthilfegruppen und ambulanten und komplementären Diensten
- kostenlose Fortbildung und Supervision für in der Selbsthilfe ehrenamtlich Tätige (sowie Aufwandsentschädigung, ggf. subventionierte Arbeitsplätze im Rahmen der Teilhabe an Arbeit)
- Mitwirkung in PSAG, Arbeitsgruppen und Beiräten
- Gesetzliche Regelung für trialogisch besetzte Psychiatriebeiräte in allen Kreisen und kreisfreien Städten
- Gut erreichbare, unabhängige Beschwerdestellen für Psychiatrie
- Psychoseminare
- Trialogische Gespräche
- Mitwirkung an der Fort- und Weiterbildung/Schulung von in der Psychiatrie Tätigen, Polizei, ÄrztInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen, LehrerInnen und von SchülerInnen
- Anhörung bei Gesetzesänderungen, Einbeziehung in alle entscheidenden, vor allem auf Bundesebene arbeitenden Gremien zu psychiatrischen Themen
- Beteiligung bei der Entwicklung von Qualitätskriterien und Instrumenten der Qualitätskontrolle.
- Empowerment statt Betreuung und Bevormundung. (Motto: Frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten.)

AG 4. Vorrang von ambulant vor stationär auch in der Akutversorgung sicherstellen: Stand der Krisennotdienste und deren Finanzierung durch die Kostenträger

- flächendeckende verlässliche Krisenhilfe und Krisenintervention unter Einbeziehung der Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und aller ambulanten Dienste, nach dem Berliner Modell (unbürokratisch, anonym, jederzeit erreichbar, Arzt im Hintergrund). Eine Vernetzung von Polizei, Feuerwehr, Telefonseelsorge, sozialpsychiatrischem Dienst mit den Selbsthilfegruppen der Psychiatrie-Erfahrenen ist anzustreben. Allein die Begleitung durch einen Psychiatrie-Erfahrenen kann bereits deeskalierend wirken.
- Finanzielle Absicherung von Projekten, die von Psychiatrie-Erfahrenen selbst entwickelt wurden, wie z. B. rund um die Uhr geöffnete Cafes, in denen Psychiatrie-Erfahrene arbeiten und sich austauschen können.
- Bereitstellung niederschwelliger Krisen- und Interventionsdienste mit Notfallbetten.
- Versorgung in Akutkrisen zu Hause ambulant (siehe Erfahrungen in Skandinavien)

AG 5. Betreutes Arbeiten statt Betreutes Wohnen? Arbeit und Stabilisierung – wir brauchen einen subventionierten Arbeitsmarkt

- Menschen definieren sich in der heutigen Gesellschaft über Beruf und Arbeit. Warum wird diese Möglichkeit Menschen mit psychischen Erkrankungen abgesprochen?
- Arbeit sollte und braucht keine "AUF- GABE" zu sein. Auch nicht im Sinne "sich selbst aufgeben", sondern sollte Inhalt sein, also "ein sich fest halten" und wenn dies nur in Form einer Tagesstruktur ist.
- Einen Sinn, einen Inhalt, sich nicht nutzlos zu fühlen und Anerkennung durch und mit adäquater Arbeit zu finden ist ein gesundheitlicher positiver Effekt (Nebenwirkung), der maßgeblich
- die psychische Stabilität beeinflusst
- letzten Endes zur Antistigmatisierung ("die wollen ja nicht...") beiträgt.
- Stigmatisierung geht oft auf dem "Behinderten - Arbeitsmarkt" weiter (WfbM).
- Werkstätten können der Anfang aber auch das Ende einer beginnenden beruflichen Entwicklung sein.
- Zur persönlichen und gesundheitlichen Weiterentwicklung ist der Kontakt und der Austausch zu "gesunden" Menschen erforderlich und förderlich (bspw. durch Arbeit). Außerhalb von Wohnheimen zu arbeiten oder die Möglichkeit Praktika zu bekommen, ist aufgrund mangelnder Angebote aber auch aus Kostengründen seitens der Träger oftmals schwer zu realisieren.
- Im Sinne einer Gleichstellung behinderter /nicht - behinderter Menschen: Arbeit statt Sozialhilfe (durch Arbeitsangebote auch für psychisch erkrankte Menschen!).

AG 6. Behandlungspflege und Soziotherapie als Brücken zur selbstständigen, normalen Lebensführung in der gemeindenahen Versorgung umsetzen

- Die Gefahr der emotionalen Abhängigkeit von ein bisschen regelmäßiger Zuwendung durch Professionelle ist sehr groß.
- Behandlungspflege zu Hause sollte ein Patient auch ablehnen können.
- Bei der Medikamentengabe muss die freiheitliche Entscheidung zur Einnahme oder Ablehnung, gewährleistet sein.
- Erstes Ziel für eine Soziotherapie sollte es sein, überflüssig zu werden.
- Die Soziotherapie sollte ihr Aufgabengebiet nicht zu umfangreich sehen, sondern sich auf das Wichtigste beschränken.

AG 7. Ausrichtung der Hilfestrukturen für KlientInnen mit Migrationshintergrund

Wir fordern:

- Bereitschaft zur Empathiefähigkeit der Deutschen gegenüber den MigrantInnen
- Eine Multi-Kulti-Identität bzw. Patchworkidentität wird hier oft als pathologisch betrachtet. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass dies so nicht sein muss. Deshalb: Keine automatische Übertragung von Diagnosen für Menschen aus anderen Kulturen (Türkei, Indien, China). Deshalb: Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie Tätige.
- Einstellung von MigrantInnen im psychiatrischen Bereich als PsychiaterInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Ergo- oder SporttherapeutInnen.

AG 8. Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Hilfen und deren Integration in das Hilfesystem

Ca. 20% aller Frauen haben als Kind oder später geschlechtsbezogene Gewalt in einem Ausmaß erlebt, dass ihre Gesundheit beeinträchtigt wurde, d.h. sie landen zu einem großen Prozentsatz irgendwann in der Psychiatrie.

- Schutz- und Rückzugsräume für Frauen als Standard für alle Psychiatrien mit rein weiblichem Personal und frauenspezifischen Therapien.
- Frauenspezifische Gewalterfahrung, wie z. B. sexualisierte Gewalt, dürfen nicht negiert und tabuisiert werden; diese Frauen dürfen in der Klinik erst recht keiner erneuten Gewalterfahrung ausgesetzt sein.
- Der Psychopharmakaeinsatz darf nicht - wie die Regel - statistisch höher als bei Männern liegen.

13.06.2006

NEUDRUCK!

Antrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Den Menschen in den Mittelpunkt stellen - Psychiatrieversorgung in NRW weiterentwickeln und ganzheitlich ausrichten

I. Ganzheitliche Ausrichtung

Zu den notwendigen Zielen einer Gesundheitsförderung im Sinne der WHO gehören die Förderung der Wahrnehmung der eigenen körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse und die sozialen Fähigkeiten in Familie und Beruf sowie das Angebot an Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung und zum Stressabbau und die Stärkung des eigenverantwortlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit.

Unabhängig von der Hilfeform muss der betroffene Mensch in seiner existentiellen Krise mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt von Hilfeleistung stehen. Um den Bedürfnissen der einzelnen Patientin und des einzelnen Patienten gerecht werden zu können, muss vor einer medikamentösen Behandlung oder einer Zwangsbehandlung das Bemühen um einen vertrauensvollen Kontakt stehen. Dabei sollte der Kontakt durch eine geschlechter- und kultursensible Haltung geprägt sein, die die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt und diese als besondere Ressource, nicht als Defizit ansieht.

Nicht jede akute Krise macht eine stationäre Behandlung notwendig, aber auch nicht jede Krise lässt sich in der Familie oder im Freundeskreis bewältigen. Deshalb muss in der Behandlung ein differenziertes, personenorientiertes und durchlässiges System von stationären, teilstationären und ambulanten Hilfeformen zur Verfügung stehen. Im gemeindepsychiatrischen Verbund müssen ambulante und teilstationäre Hilfen im Vordergrund stehen, die jeweils nach der individuellen Lage in Anspruch genommen werden können. Dazu ist ein Umdenken in der Medizin, in der professionellen Haltung und in den Finanzierungssystemen notwendig.

Betroffeneninitiativen weisen darauf hin, dass die psycho-sozialen und biografischen Ansätze in der gegenwärtig praktizierten Behandlung oft zu kurz kommen. Dieses hat dann auch eine Schwerpunktsetzung in der pharmakologischen Therapie zur Folge, mit der Gefahr, deutliche Beeinträchtigungen in Kauf zu nehmen und irreparable Spätfolgen zu erleiden. Demgegenüber wird bislang eine Vorgehensweise vernachlässigt, die mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam Behandlungswege und -methoden erarbeitet, die nicht vorrangig

Datum des Originals: 13.06.2006/Ausgegeben: (13.06.2006) 16.08.2006

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

auf Medikamentenvergabe setzen, sondern Rahmenbedingungen dafür bereiten, eine Psychose ohne Medikamente zu durchleben. Wenn eine Medikation notwendig erscheint, sollte diese individuell angepasst und auf möglichst niedrigem Niveau erfolgen. Von großer Bedeutung ist eine unterstützende Hilfe zur Selbsthilfe, d.h. die Lebensumstände und Verhaltensweisen, die zur Krise geführt haben, zu erkennen und diese sinnvoll und überlegt zu verändern.

II. Entwicklungen

1. Eine wesentliche Aufgabe liegt in der Schaffung einer dezentralen und wohnortnahen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung, so wie sie bereits 1975 von der Psychiatrie-Enquete des Bundestages eingefordert wurde. Mit der Auffangkonzepktion ist in den 90er Jahren in NRW der Prozess der Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung angeschoben und beschleunigt worden, ohne dass dieser Prozess allerdings bisher zu Ende geföhrt werden konnte. So sind zwar wichtige Strukturveränderungen angestoßen worden, die Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer gemeindenahen Versorgung ist aber noch lange nicht abgeschlossen.
2. Um eine möglichst weitgehende Selbstbestimmung der Betroffenen zu erreichen, ist es auch notwendig, dass stärker als bislang aus dem Blickwinkel von Menschen mit Psychiatrieerfahrung auf die Versorgung geschaut wird, um von diesem Standpunkt aus Kriterien für ein bedürfnis- und bedarfsgerechtes gemeindenahes Angebot zu formulieren. Dies kann in einem dialogischen Prozess geschehen. Dialog steht für einen offenen, vorurteilsfreien Erfahrungsaustausch zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell in der Psychiatrie Tätigen.
3. Hilfe muss Hilfe zur Selbsthilfe sein, an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der Betroffenen anknüpfen, um so Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl zu stärken und eine Emanzipation vom Hilfesystem zu ermöglichen. Psychisches Wohlergehen muss mehr als bisher in die gesellschaftlichen Wertvorstellungen einbezogen werden, krankmachende Faktoren erkannt und im Hinblick auf propagierte Wertvorstellungen und gesellschaftliche Leitziele hinterfragt werden. Die Haltung und der Umgang von Professionellen mit Betroffenen bedürfen in vielen Fällen eines Umdenkungsprozesses, damit Selbstbestimmung und Eigenständigkeit gewährleistet werden können. Gesprächsföh rung und die Schulung interkultureller Kompetenz und Sensibilität sind für die Arbeit von hoher Bedeutung und müssen daher Eingang in die Aus- und Fortbildung von Fachkräften finden.
4. Die moderne Arbeitswelt ist auf Grund des Rationalisierungsdruckes mehr denn je durch Zeitdruck und hohe Leistungsanforderungen geprägt. Die anhaltend hohe Beschäftigungslosigkeit föhrt dazu, dass Menschen mit körperlichen und anderen Behinderungen oder Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens kaum Chancen am Arbeitsmarkt haben. Besonders die Situation von Menschen mit psychischer Behinderung am Arbeitsmarkt ist schwierig. Psychiatrie-Erfahrene unterliegen oft gewissen Leistungsschwankungen und Veränderungen in ihrer Befindlichkeit. Auf diese Schwankungen wird in unserer Arbeitswelt immer weniger Rücksicht genommen.
Berufliche Tätigkeiten gehören insbesondere im Falle psychischer Erkrankung zu den wichtigsten, die Persönlichkeit stabilisierenden Faktoren. Auch Frauen und Männer, die noch nicht wieder oder nicht mehr in der Lage sind, wenigstens einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen, brauchen die Möglichkeit, eine sinnvolle Tagesstruktur aufzubauen oder aber Chancen, ihre Fähigkeiten auszuprobieren, auch regulären Arbeitsangeboten gerecht zu werden.

5. Seit Mitte der 80er Jahre bis heute hat sich die Zahl der aufgrund von Zwangseinweisungen untergebrachten Patientinnen und Patienten mehr als verdoppelt. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss der Reduktion von Zwangsmaßnahmen jeder Art eine hohe Priorität eingeräumt werden. Zielsetzung muss es sein, Transparenz über die professionell angewandten Verfahren herzustellen, diese dialogisch zu bewerten, deeskalierende Behandlungsstrategien systematisch zu entwickeln und in den professionellen Umgangsformen zu verankern. Hierfür müssen auch von den äußeren Bedingungen her die geeigneten Voraussetzungen geschaffen werden. Werden im Einzelfall Zwangsmaßnahmen angewandt, müssen diese im Rahmen intensiver Zuwendung und Begleitung und unter gezielter Qualitätsentwicklung erfolgen. Die Würde und die persönliche Integrität der/des Patienten/Patientin während Umgangsformen in gegenseitiger Wertschätzung müssen in der berufsethischen Ausgestaltung der verschiedenen Ebenen der Hilfeerbringung verankert und partnerschaftliche Formen des Verhandels und Aushandels zur Norm werden. Dies erfordert auch eine geschlechter- und kultursensible Ausgestaltung der Hilfen, Behandlungsformen und Hilfestrukturen.
6. Ursachen und Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind bei Frauen und Männern unterschiedlich, ebenso die Bewertungen von Krankheitserscheinungen. Krankheitsbilder und körperliche Konstitution von Frauen und Männer unterscheiden sich, daraus resultiert auch eine unterschiedliche Wirkungsweise der Medikamente.
Die häufig auftretende, aber tabuisierte und oft nicht erkannte psychische Krankheit der postnatalen Depression braucht entsprechende Rahmenbedingungen, um den Bedürfnissen der Mütter und ihrer Kinder gerecht werden zu können. Auch psychische Erkrankungen als Folge akuter oder länger zurück liegender Gewalterfahrungen werden bei Frauen immer noch zu selten erkannt und somit fehlbehandelt. Angesichts des hohen Anteils an Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte psychiatrischer Patientinnen müssen in der Psychiatrie Tätige dringend in Aus-, Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen von Gewalt geschult werden. Notwendig sind auch Schutz- und Rückzugsräume für Frauen in allen Psychiatrien, und ein bedarfsgerechtes Angebot an Krisenbetten für Frauen auch außerhalb der stationären Psychiatrie.
7. Bestehende Angebote stehen grundsätzlich auch Migrantinnen und Migranten zur Verfügung. Allerdings bestehen viele Zugangsbarrieren zu den Diensten und Angeboten (u.a. Verständigungsprobleme, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen und nicht zuletzt kulturell bedingte andere Formen des Umgangs mit Suchtproblemen oder psychischen Erkrankungen). Vorrangig geht es nicht um die Schaffung von wohnortfernen Spezialangeboten, sondern um die Entwicklung von entsprechenden Kompetenzen in den bestehenden Einrichtungen, z.B. eine zielgruppenspezifische Beratung in den Einrichtungen. Zudem hat sich herausgestellt, dass eine stärkere Berücksichtigung der kulturellen und religiösen Hintergründe bei der Erstellung der Diagnose und im Behandlungs-, Therapie- oder Beratungsprozess sowie eine interkulturelle Öffnung der Einrichtungen und Dienste und die Entwicklung von Qualitätskriterien notwendig sind.
8. Es bestehen Defizite insbesondere in der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung. Gerade die Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und –therapeuten ist noch lückenhaft. Ein Problem entsteht z.Zt. aufgrund der begrenzten Zulassung für Psychotherapeuten.
Zudem weisen Wohlfahrtsverbände darauf hin, dass die Angebotsstruktur der bestehenden Eingliederungshilfe zu wenig die spezifischen Probleme und sozialen Schwierigkeiten wohnungsloser Menschen berücksichtigt. So stellt sich die unterschiedliche Finanzierung von Eingliederungshilfe und Wohnungslosenhilfe in der Praxis oft als problematisch dar. Bislang gibt es zu wenig integrative Ansätze beider Hilfesysteme.

9. Die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der GRÜNEN „Psychiatrie in NRW“ (13/2863) aus dem Jahre 2002 sowie eine Fachtagung unter Beteiligung zahlreicher Verbände, Selbsthilfeinitiativen und Träger hat die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen aufgezeigt.

III. Der Landtag stellt fest:

- Kommunikation, Beziehung, Interaktion und Partnerschaft müssen im Mittelpunkt der Arbeit und der Behandlungsansätze stehen. Das Hilfesystem muss Beziehungsarbeit, soziale Bindung und soziale Netze fördern.
- Über eine gezielte Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung gilt es ein rechtzeitiges Erkennen von psychischen Krisen, die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbsthilfemöglichkeiten und des eigenen Krisenmanagements ebenso zu fördern wie eine gesunde Lebensweise mit gesunder Ernährung, Entspannung, Bewegung und Kommunikationsmöglichkeiten.
- Die Bedürfnisse und Ansprüche an die jeweilige Betreuungssituation sind bei Frauen und Männern unterschiedlich. Deshalb müssen die Hilfen und Angebote auch eine geschlechterspezifische Differenzierung erfahren. Auch die Forschung muss dem Gender Mainstreaming Rechnung tragen.
- Das Erfahrungswissen der Betroffenen und die Geschlechterperspektive gilt es in der Weiterentwicklung der Angebote, der Therapieformen, der medizinischen Forschung und Versorgung zu verankern. Die geschlechterdifferenzierten Erkenntnisse der Medizin müssen in der Regelversorgung ihren Niederschlag finden.
- Die professionellen Hilfen sollten individuell gestaltet sein, wobei Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung der Betroffenen und Hilfe zur Selbsthilfe gegenüber dem biologisch-genetischen Ansatz im Vordergrund stehen sollten. Erst hierdurch kann eine sinnvolle Verringerung der Medikamentengabe erreicht werden. Ein kritischer Umgang mit dem Einsatz von Psychopharmaka und von Elektroschockbehandlungen ist dringend notwendig. Auf Letztere ist zu verzichten.
- In psychischen Krisensituationen müssen in allen Phasen der Krise und Erkrankung die im Grundgesetz verankerten Menschenrechte geachtet werden. Dieses muss auch für die Ausübung der ordnungsrechtlichen Funktion der Psychiatrie und für Betreuungen gelten. Massive Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte wie Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation und Disziplinierungsformen sind in Deutschland immer noch stark ausgeprägt.
- Die Selbsthilfe und Selbstorganisation Psychiatrie-Erfahrener muss angemessen gefördert werden und aktiv in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungs- und Hilfeformen einbezogen werden. Die bestehende Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen muss in ihrer Zielgenauigkeit und Praktikabilität verbessert werden.
- Ein Perspektivenwechsel ist in der Behandlung, Therapie oder Beratung von Menschen mit Migrationserfahrungen notwendig. Hierbei gilt es die Zugänge und die Angebote des Hilfesystems auf diese Zielgruppe hin besser auszurichten. Notwendig ist u.a. eine stärkere Berücksichtigung der migrationspezifischen Aspekte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und von religiösen und kulturellen Unterschieden.
- Der erste Arbeitsmarkt sollte flexiblere Angebote für Menschen mit psychischen Problemen anbieten, die dem individuellen Leistungsvermögen entsprechen. Hierfür gilt es die Rahmenbedingungen zu verbessern. Ziel muss es sein, ein möglichst differenziertes und durchlässiges Angebot von niedrigschwelliger Beschäftigung bis hin zur Vollzeittätigkeit bereitzustellen, das Leistungsschwankungen und Phasen von krankheitsbedingten Auszeiten berücksichtigt. Dazu sind Arbeitsplätze in Teilzeit und eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung notwendig. Damit würde nicht nur die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert, sondern würde auch

Menschen mit Leistungsschwankungen und anderen Beeinträchtigungen des Arbeitsvermögens mehr Spielraum bei der Bewältigung des Arbeitsalltags einräumen.

- Es werden neben den Tagesstätten für psychisch kranke Menschen auch weitere Teilzeit- und Zuverdienstangebote benötigt. Arbeitsmöglichkeiten in Werkstätten für Behinderte können keinen Ersatz für reguläre Tätigkeiten darstellen.
- Krisenotdienste und ambulante Einrichtungen stellen eine wichtige Entlastung für die Angehörigen dar und ermöglichen gleichzeitig, dass die bestehenden sozialen Kontakte und persönlichen Ressourcen nicht gänzlich wegbrechen.

IV. Der Landtag beschließt:

Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

1. die Dezentralisierung und Enthospitalisierung der Psychiatrie in NRW weiter voranzutreiben, die Gemeindepsychiatrie auszubauen und weiterzuentwickeln sowie die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen zu stärken. Hierzu sollen gemeinsam mit den beiden Landschaftsverbänden und freien Trägern auf Grundlage der o.g. Prinzipien die Handlungskonzepte für die Psychiatrie in NRW weiterentwickelt werden. Hierzu gehören
 - der weitere Abbau stationärer Psychatriebetten zu Gunsten eines weiteren Ausbaus ambulanter Versorgungsformen im Rahmen der Gemeindepsychiatrie. Dafür sollen die eingesparten Investitionsmittel aus dem stationären Bereich eingesetzt werden;
 - die Optimierung der Gemeindepsychiatrie durch Vergleiche, Auswertung und Umsetzung der Ergebnisse erfolgreicher Modellprojekte u.a. durch eine ambulante Krisenbegleitung vor Ort und die Gewährleistung einer wohnortnahen und verlässlichen Krisenhilfe und Krisenintervention;
 - die Einrichtung und Förderung weiterer gemeindenaher psychotherapeutischer und psychiatrischer Tageskliniken und Ambulanzen;
 - Konzepte für integrierte Versorgungsstrukturen, die die Durchlässigkeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten gewährleisten;
 - die Einführung von Soteria-Elementen in die Allgemeinpsychiatrie und die Einrichtung von Soteria-Stationen an allen größeren Psychiatrien;
 - eine stärkere Vernetzung der Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde, auch mit der Jugendhilfe und durch eine personenzentrierte statt institutionsbezogene Arbeit;
 - die Einbeziehung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater in den bestehenden ärztlichen Krisenotdienst;
 - die Unterstützung von alternativen Projekten zu den stationären Psychiatrieeinrichtungen;
 -
2. ein Handlungskonzept und Strategien zur Auflösung der geschlossenen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken zu entwickeln. Darüber hinaus bedarf es der Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen, um der zunehmenden Zahl der Zwangseinweisungen entgegenwirken zu können;
3. auf die Einrichtung eines Krisendienstes in allen Versorgungsregionen sowie auf die Einrichtung von Psychiatriekoordinatoren in den Kommunen hinzuwirken, um sowohl die psychiatrischen als auch die unerlässlichen psycho-sozialen Angebote miteinander vernetzen zu können;

4. sich dafür einzusetzen, dass bei der Planung und Weiterentwicklung psychiatrischer Angebote mehr Einfluss auf die Durchsetzung trialogischer Planungs- und Umsetzungsprozesse liegen. Der Landes-Psychiatrie-Beirat sollte als wichtiges Planungs- und Beratungsinstrument auf Landesebene reaktiviert werden;
5. auf eine Verbesserung der Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen in der Psychiatrie (vor allem der ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte) hinzuwirken, u.a. durch
 - Optimierung der Curricula durch ein trialogisches Verfahren,
 - „Bewusstseinspflege“ als Zusatzausbildung (ähnlich der sozialpsychiatrischen Zusatzqualifikation) sowie
 - eine Optimierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten,
 - Schaffung von Mitwirkungsmöglichkeiten für Psychiatrieerfahrene und Angehörige an Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen;
6. auf eine Ausrichtung der Angebote und Hilfen der Psychiatrie auch auf die Bedürfnisse und die Situation von Menschen mit Migrationserfahrungen hinzuwirken. Hierbei gilt es u.a., das Angebot an entsprechendem Fachpersonal mit interkulturellen Kompetenzen und an fremdsprachigen Therapien sowie die Kooperation von Hilfeangeboten mit Beratungsdiensten für Flüchtlinge, Spätaussiedler/-innen und Migrant/-innen zu verbessern;
7. die geschlechtergerechte medizinische und therapeutische Versorgung im Sinne des Gender Mainstreaming zu fördern sowie die Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Hilfen insbesondere in der Gemeindepsychiatrie und bei den notfallmedizinischen Hilfen voranzutreiben. Hierzu gehört u.a. eine Integration geschlechtsspezifischer Ansätze in das bestehende System, eine Verbesserung der Angebote für Mutter-Kind-Behandlungen sowie die Einbeziehung der geschlechtsspezifischen Sichtweisen und Problemlagen in Forschung sowie Aus-, Fort- u. Weiterbildungscurricula;
8. sich für die Verbesserung der Situation von psychisch Erkrankten im Arbeitsleben einzusetzen. Hierzu gehört die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumentarien und die Erweiterung des Angebotes an Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekten. Die Teilhabe am Arbeitsleben muss sowohl im Bereich der beruflichen Rehabilitation als auch bei der Schaffung behinderungsgerechter Arbeit auf das individuelle Leistungsvermögen hin konzipiert werden. Deshalb sind Angebote und Hilfen für die seelische und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu entwickeln;
9. die Entwicklung von unabhängigen und flächendeckenden, für alle Bereiche der Psychiatrie (ambulant, komplementär, teilstationär und stationär) zuständigen Beschwerdestellen zu unterstützen;
10. sich dafür einzusetzen, dass das Angebot einer ambulanten psychiatrischen Akutbehandlung, wie es modellhaft in Frankfurt, Berlin und in Krefeld durchgeführt wird, auch an anderen Standorten in NRW eingerichtet wird;
11. sich dafür einzusetzen, dass die Selbsthilfe stärker in die Weiterentwicklung der Angebotsstruktur und der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätsentwicklung einbezogen wird;
12. Verbände der Psychiatrieerfahrenen, ähnlich wie in anderen Bundesländern in eine Förderung einzubeziehen;

13. eine Weiterentwicklung der Modellprojekte zum Persönlichen Budget zu unterstützen und sich für die Entwicklung eines persönlichen trägerübergreifenden Budgets einzusetzen;
14. sich für den Abschluss eines Landesrahmenvertrags zwischen den soziotherapeutischen Leistungserbringern und den Kostenträgern und für die Aufhebung finanzieller Beschränkungen ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen einzusetzen;
15. sich für die Verbesserung und Weiterentwicklung der ortsnahen psychosozialen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen einzusetzen. Hierzu gehört, dass
 - Hilfen stärker am individuellen Hilfebedarf der Kinder orientiert und flexible Angebote zusammen mit der aufsuchenden Jugendhilfe entwickelt werden;
 - Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugend- und der Suchthilfe und der Schulen stärker kombiniert, vernetzt und spezielle Hilfeangebote für suchtkranke Kinder- und Jugendliche aufgebaut werden sowie
 - regional ein ausgewogenes Angebot an niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen entwickelt wird;
16. sich für eine gezielte Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung für die seelische Gesundheit einzusetzen. Dabei gilt es ein rechtzeitiges Erkennen von psychischen Krisen, die Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbsthilfemöglichkeiten und des eigenen Krisenmanagements ebenso zu fördern wie eine gesunde Lebensweise mit gesunder Ernährung, Entspannung, Bewegung und Kommunikationsmöglichkeiten. Das Wahrnehmen von und der Umgang mit Gefühlen, mit Stress, mit Kontakt und sozialem Austausch muss bereits in Kindertageseinrichtungen und Schulen beginnen;
17. Aufklärungskampagnen zum Abbau von Vorurteilen über psychische Erkrankungen und über ihre Behandlungsmöglichkeiten zu initiieren.

Sylvia Löhrmann
Johannes Remmel
Barbara Steffens
Andrea Asch

und Fraktion