

Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?

Der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Obdachlosigkeit/Nichtseßhaftigkeit wurde lange Zeit nicht wahrgenommen oder tabuisiert. Die konservative oder die biologisch geprägte Psychiatrie ignorierte dieses Thema, weil es sich um einen Grenzbereich innerhalb der Psychiatrie handelt, der sich mit „unangenehmen“ Menschen beschäftigt, die mit klassischen psychiatrischen Methoden nicht so einfach zu behandeln sind. Eine Sozialisation als Mediziner macht es schwer, Erfahrungen der Hilflosigkeit oder des Nichts-mehr-machen-Könnens zuzulassen. In anderen Grenzbereichen der Medizin, im Umgang mit Sterbenden oder schwer chronischen Kranken ist dies ähnlich.

Die sich als fortschrittlich verstehende Psychiatrie ignorierte diese Problematik, weil sie im Zusammenhang mit der „Enthospitalisierung“ als grundsätzliche Kritik an den Anstalten hätte gesehen werden können. In der Tat liegt die Versuchung nahe, die Tatsache, dass sich neue psychisch Kranke in der Obdachlosigkeit befinden, als Folge einer zu liberalen Psychiatriepolitik zu werten. Die Erfahrungen in Kalifornien, wo vom damaligen US-Präsidenten Reagan die psychiatrischen Anstalten unter konservativen Vorzeichen aus Gründen der Kostenersparnis geschlossen wurden und viele ehemalige Anstaltsinsassen sich in der Nichtseßhaftigkeit wieder fanden, sind zu offensichtlich.

Ich erinnere mich noch, dass ich anlässlich eines Referates über das Thema Psychiatrie und Obdachlosigkeit von Diskussionsteilnehmern gefragt wurde, ob mir bewusst sei, dass ich mit der Herstellung dieses Zusammenhangs in die Hände der konservativen Gegenbewegung zur Psychiatriereform spielen würde.

Aber auch der eher unpolitische Teil der psychiatrischen Fachwelt, der stärker rehabilitativ und psychotherapeutisch orientiert ist, umgeht dieses Thema. Viele psychisch Kranke, die sich in der Obdachlosigkeit befinden, haben sich als „therapieresistent“ erwiesen. Sie halten sich nicht an rehabilitative und schon gar nicht an psychotherapeutisch orientierte Settings. Sie sind zu einer solchen Zusammenarbeit oder auch nur zur „Krankheitseinsicht“ nicht bereit. „Moderner“ ausgedrückt: Sie erteilen dem Dienstleistungsunternehmen Psychiatrie keinen Auftrag. Hier nimmt man das Problem zwar inzwischen wahr, geht aber davon aus, dass es eben Menschen gibt, die sozusagen freiwillig und selbstbestimmt die Obdachlosigkeit als Lebensperspektive vorziehen.

Eine Reflexion des Themas Psychiatrie und Obdachlosigkeit erfordert aber, genau auf die Menschen zu schauen, die unter diese Begrifflichkeit fallen. Sie erfordert weiterhin auch, die Gründe zu hinterfragen, die Menschen mit psychiatrischer Diagnose in die Obdachlosigkeit gebracht haben.

Drei Ursachenkomplexe sind dabei denkbar:

1. persönlichkeitspezifisches Verhalten der obdachlosen psychisch Kranken:

dazu zählen persönliche Schwierigkeiten, aber auch die Schwere und die Art und Weise der psychiatrischen Symptomatik sowie das eben erwähnte Argument, dass

sich die Menschen sich von ihrer Persönlichkeitsstruktur her das Recht zur Verwahrlosung nehmen.

2. Gründe, die darin liegen, dass das psychiatrische Versorgungssystem eine abgeschlossene eigene Welt darstellt, die als „Eintrittskarte“, von wenigen Ausnahmen abgesehen, Krankheitseinsicht, Störungsbewusstsein und Einsicht in die Notwendigkeit psychiatrischer Hilfe erfordert.
3. Die Art und Weise, wie in der Psychiatrie üblicherweise gearbeitet wird, angefangen vom Psychosenverständnis bis hin zum therapeutischen Grundverständnis und den Regeln einer psychiatrischen Einrichtung, ist ein Grund dafür, daß Menschen aus der Psychiatrie „rausfallen“ und im so genannten „72er Bereich“ landen.

Im folgenden sollen die drei Oberbegriffe noch einmal systematischer differenziert werden:

Persönlichkeitsabhängige Begründungen für Obdachlosigkeit psychisch Kranke

- Natürlich gehören zu den persönlichen Faktoren so etwas wie Selbstbestimmte Verweigerung aller Angebote sowohl der Psychiatrie als auch des 72er Bereiches. Ich bin skeptisch gegenüber diesem Argument geworden. Zum einen habe ich es selbst zu oft als innere Bewältigung benutzt, sozusagen als therapeutische Beruhigung, um es noch ernst nehmen zu können. Zum anderen zeigen mir die Kontakte mit Menschen, die von anderen als „selbstbestimmt obdachlos“ bezeichnet werden, etwas ganz anderes. Viele von ihnen habe ich in nur mühsam kompensierter Verwirrung und Hilflosigkeit erlebt, durch massiven inneren Druck

unfähig, autonome, freie Entscheidungen zu treffen. Auch die Untersuchungen des IKP im Rahmen des Landesozialberichts „Zur Lebenssituation der psychisch Erkrankten in Nordrhein-Westfalen; Untersuchung des Instituts für Kommunale Psychiatrie (IKP) im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW“ im Exkurs: „Psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit“ belegen eindrucksvoll, wie gering die Zahl der Menschen wirklich ist, die freiwillig oder selbstbestimmt auf der Straße oder in den 72 er Einrichtungen leben.

- Augenfällig ist dagegen, die große Anzahl der Menschen, die man als psychisch krank bezeichnet und die auf der Straße oder in 72er Einrichtungen leben und die es einem sehr schwer machen, sie positiv zu sehen oder ihnen auch nur ein wenig Sympathie entgegen zu bringen. Es klingt makaber, aber eine Persönlichkeitsvariable, die psychisch Kranke in die Obdachlosigkeit führt, scheint zweifellos die Fähigkeit zu sein, bei anderen Aversionen und Abneigung hervorzurufen. Auslöser für diese Abneigung können äußere, aber auch verhaltensspezifische Merkmale der einzelnen Klienten sein. Viele obdachlos gewordene psychisch Kranke würde man in der Psychiatrie neben der Grunddiagnose „Psychose“ mit der Zusatzdiagnose „querulatorisch“ versehen.
- Für mich überraschenderweise fand ich aber auch den gegenteiligen Typus, der gerade aufgeführten Problemgruppe von psychisch Kranken auf der Straße: die stillen, unauffälligen und dabei sehr attraktiven Menschen. Es sind vor allen Dingen solche Menschen, zu denen man auch nach intensivster Beziehungsarbeit kaum einen Zugang findet. Die ablehnenden, verschlossenen Menschen, stellen für die psychosozialen Betreuer mit großem therapeutischen Optimismus eine besonders große Provokation dar. Nach Meinung der psychiatrischen Fachwelt leiden diese

zwar, sind aber noch nicht einmal in der Lage, ihren Leidensdruck zu artikulieren - eine Grundvoraussetzung für jegliche Beziehungsarbeit.

- Ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal, das mir bei obdachlosen psychisch Kranken aufgefallen ist, scheint überraschenderweise die Eigenschaft der „Hypersensibilität“ zu sein. Dabei scheint es einen Widerspruch in sich darzustellen, dass Menschen, die man als „hypersensibel“ bezeichnen würde, sich an dem überlicherweise am stärksten reizüberfluteten Orte unserer Großstädte, nämlich auf der Straße, wieder finden. Dieser Widerspruch wird nur dann verständlich, wenn man sieht, dass ein Großteil dieser Menschen Phasen in ihrem Leben durchlebt haben, in denen sie äußerst irritierbar und voller Angst gewesen sind. Viele von ihnen sind mit einer neuroleptischen Behandlung wegen fehlender Aufklärung nicht zurechtgekommen und haben den Alkohol als eine Art Selbstmedikation gewählt. Sie sind unter Alkoholeinfluss ruhig, fast gelöst und entspannt jedoch irritierbar, schreckbar, hoch verängstigt, wenn der Alkohol fehlt, Symptome, die über bloße Entzugserscheinungen weit hinausgehen. Die Verwahrlosung und der Lebensraum Straße, scheint als einzige Alternative übrig zu bleiben, weil ihr „Alkoholismus“ zu körperlicher Verwahrlosung führte oder an den Spielregeln psychiatrischer Institutionen scheiterten. Diese Menschen haben mich erschreckt, genauso wie der große Anteil dieser Menschen an den (angeblichen) Alkoholikern in dem Test, den wir zumindest in Düsseldorf im Obdachlosenmilieu durchgeführt haben.

Zugangsvoraussetzungen für das psychiatrische Versorgungssystem

Psychiatrie, auch wenn sie es gerne ignoriert, hat immer zwei Funktionen. Sie ist Hilfe und damit Anbieter psychiatrischer Dienstleistungen, aber sie ist auch immer

Ordnungsinstanz oder zumindest Schutzinstanz für die Allgemeinheit. Damit Psychiatrie als Ordnungsinstanz tätig wird, bedarf es eines gesetzlich genau umschriebenen Gefährdungspotentials, entweder für sich selber oder für andere, das von einem psychisch Kranken ausgehen muss. Trotz gesetzlicher Fixierung gibt es Ermessensspielräume. Gerade der Begriff der „Eigengefährdung“, die als Einweisungsgrund in eine psychiatrische Anstalt in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung gegeben sein muss, kann vielfältig interpretiert werden. Einig ist sich die Rechtsprechung jedoch darin, dass Behandlungsnotwendigkeit allein nicht Grund für eine zwangsweise Zuführung zur Psychiatrie sein kann. Zwangsbehandlung und Zwangseinweisung sollten Ausnahmesituationen darstellen, da sie zumindest von einem Teil der Betroffenen als traumatisch erlebt werden. Dieses Trauma scheint für diesen Teil der Betroffenen wenig einladend zu sein, später freiwillig mit der Psychiatrie Kontakt aufzunehmen. Dementsprechend ist die Zahl der psychisch Kranken, die nur zwangsweisen Kontakt mit der Psychiatrie hatten und sich in der Obdachlosigkeit befinden, sehr hoch. Aber auch die Psychiatrie als Hilfeinstanz stellt Bedingungen für eine Kontaktaufnahme, die es vielen psychisch Kranken schwer oder unmöglich machen, psychiatrische Dienstleistungen anzunehmen. Auch diese Schwierigkeiten liegen wiederum auf verschiedenen Ebenen:

- Auch wenn es absurd erscheint, ist es immer noch gesellschaftliche Realität, dass eine Dienstleistung/Einrichtung, wenn sie zur Psychiatrie gehört, Menschen davon abhält, mit ihr Kontakt aufzunehmen. Ursächlich dafür sind nicht nur die Vorurteile dem System Psychiatrie gegenüber, sondern vor allem die gesellschaftliche Stigmatisierung durch die Psychiatrie insgesamt: Psychiatrie = psychisch krank = verrückt = gesellschaftlich im Abseits. Diese Assoziationskette gilt immer noch. Auch Menschen mit „Störungsbewusstsein“ haben Angst vor der

gesellschaftlichen Diskriminierung oder auch nur dem Verlust an Ansehen im näheren Umkreis, wenn die eigene Andersartigkeit mit dem Begriff „Psychiatrie“ in Zusammenhang gebracht wird.

- Viele psychiatrische Institutionen haben zusätzlich Eingangsvoraussetzungen, die der Problematik bzw. Symptomatik der Klienten entgegenstehen. So wird z.B. das Eingeständnis, psychisch krank zu sein, in vielen Wohneinrichtungen konzeptionell als Aufnahmevoraussetzung festgeschrieben. Wenn es aber denn nun richtig ist, daß ein Kennzeichen psychischer Erkrankung „mangelnde Krankheitseinsicht“ ist, stoßen wir auf das paradoxe Phänomen, dass der Grund für die Aufnahme gleichzeitig auch der Grund für die Ablehnung wäre. Die Einrichtung soll zwar psychisch Kranke betreuen, wenn sie es denn aber in dem Sinne sind, dass sie keine Krankheitseinsicht haben, werden sie wiederum nicht aufgenommen.
- Als weiterer Ausgrenzungsmechanismus wirken die hochgegriffenen, persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten, über die man entsprechend den Aufnahmekonzeptionen vieler psychiatrischer Einrichtungen verfügen muss, die Motivation, sein Leben positiv selbst gestalten zu wollen, ein Mindestmaß an Einhalten von Spielregeln usw.. Das Fehlen eben dieser Voraussetzungen ist gerade Begleitumstand einer psychischen Erkrankung. Demnach wäre wiederum der Aufnahmegrund gleichzeitig der Grund für die Entlassung.
- Auch bei den so genannten niedrighwelligen Angeboten, die kaum konzeptionelle Einschränkungen haben, gibt es, kaum wahrnehmbar, Ausgrenzungsmechanismen. In vielen dieser meist offenen Angebote, wie Kontaktstellen oder Clubs, gibt es eine eigene, meist hoch ritualisierte Kultur, die man als neu Hinzukommender zu akzeptieren hat.

Ausgrenzungen durch Behandlungs- und Betreuungskonzepte in den einzelnen Einrichtungen

Ging es bislang darum, die Gründe zu skizzieren, die psychisch Erkrankte von Anfang an davon abzuhalten, Hilfe in psychiatrischen Einrichtungen zu finden, soll im folgenden reflektiert werden, warum Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich bereits in psychiatrischen Institutionen oder in psychiatrischer Behandlung befinden, ausgegrenzt werden. Es sei noch einmal an die eingangs geschilderte Falldarstellung erinnert. Daran anknüpfend wird deutlich, dass es hier weniger um ein bewusstes Ausgrenzen geht, als vielmehr darum, dass Gruppen von psychisch Kranken innerhalb der Psychiatrie durch ein bestimmtes Beziehungsgefüge über den Rand des Versorgungsnetzes gedrängt werden. Auch hier kann eine Analyse der einzelnen Variablen hilfreich sein.

- Der Mythos der Veränderbarkeit ist einer der folgenschwersten Ausgrenzungsgründe. Ob biologische, soziale oder psychodynamische Psychiatrie, den verschiedenen Paradigmen und Grundannahmen ist eins gemein: Eine Psychose ist eine Krankheit oder Störung, die behandlungsbedürftig und durch Behandlung beherrschbar ist, die Methoden sind unterschiedlich, unterschiedlich durchaus auch in einem humanen Sinne, das Grundkonzept „Psychose = Behandlungsnotwendigkeit“ bleibt jedoch bestehen. Dabei wird viel zu wenig berücksichtigt, dass eine Psychose durchaus in einem individuellen Sinne für einen einzelnen Betroffenen eine Lösungsmöglichkeit und Perspektive sein kann, die für ihn mit hoher Sinnhaftigkeit verbunden ist. Folge ist natürlich die mangelnde Bereitschaft mancher psychisch Kranker sich zu verändern oder verändern zu lassen. Dieser Umstand, zynisch auch als „Therapieresistenz“ bezeichnet,

konfrontiert psychiatrische Fachkräfte mit der Begrenztheit ihrer Arbeitskonzepte. Alternativen aufzuzeigen hieße, diese Arbeitskonzepte den Menschen anzupassen anstatt, was viel zu häufig geschieht, Menschen bewusst oder viel öfter unbewusst auszugrenzen, weil sie uns ständig mit den Mängeln unserer eigenen therapeutischen Konzepte konfrontieren. Statt nach einer anderen Hilfe, z.B. einer materiellen oder beschützenden bewahrenden zu suchen, gibt es dann nur die Alternative, dieses bestimmte Angebot anzunehmen oder auf die Hilfe durch die Psychiatrie überhaupt zu verzichten, was die Betroffenen aus dem psychiatrischen System herauskatapultiert.

- Hinzu kommt, dass viele therapeutische Konzepte aktuellen psychosozialen Vorstellungen zu widerlaufen. Menschen, die eine eher reizberuhigte, individuelle Unterstützung und Hilfe benötigen, die ihnen sozialen Rückzug ermöglicht oder ihnen nur begrenzt soziale Kontakte abverlangt, werden sie standardmäßig mit dem Gegenteil konfrontiert: Extrem reizstimulierte Aufnahmestationen oder hoch ritualisierte Gruppenangebote in Wohnheimen oder auch die hohe soziale Dichte innerhalb von Wohngemeinschaften, der nicht einmal viele Psychotherapeuten standhalten würden. Ein Großteil der therapeutischen Konzepte, vor allen Dingen im ambulant-komplementären Bereich, sind modifikationsbedürftig, wenn man z.B. die Grundannahme der „Vulnerabilitätstheorie“ zur Erklärung von psychischen Erkrankungen zugrunde legt. Es liegt nahe, dass unter den geschilderten Bedingungen eher die robusteren und stressresistenteren der psychisch Kranken eine Lebensperspektive finden, die empfindlicheren aber überfordert sind.
- Bereits erwähnt wurde der Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Alkoholkonsum. Dementsprechend erscheinen alle Konzepte psychiatrischer

Einrichtungen, die zu dogmatisch das Abstinenzgebot festschreiben oder vielmehr ritualisieren, problematisch. Um Missverständnissen vorzubeugen: eine Auflockerung sollte nicht dahin gehen, dass zukünftig der Wohnheimbetreuer seinen Bewohnern Alkohol kauft. Vielmehr sind Konzeptionen, die Alkoholmissbrauch mit Abmahnung ahnden und nach drei Abmahnungen die Kündigung vorsehen, zu überdenken. Sie tragen zumindest nicht dem Umstand Rechnung, dass Alkoholkonsum eine Ersatzbehandlung ist, als Alternative zu den Neuroleptika, die als relativ wenig hilfreich empfunden werden. Vielleicht trägt die vollkommene Tabuisierung von Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln) in der Psychiatrie auch dazu bei, dass auf Alkohol als „Ersatzmedikament“ zurückgegriffen wird. Ein pragmatischeres Umgehen sowohl mit Alkohol als auch Benzodiazepinen wäre wahrscheinlich für die Zukunft wünschenswert.

Eindrucksvoll kommentieren noch einmal die nachfolgenden Tabellen das Bedingungsgefüge für die Ausgrenzung von psychisch Kranken innerhalb der Psychiatrie und ihre Folgewirkung: Nichtsesshaftigkeit oder Obdachlosigkeit als „einzige Alternative“.

RATINGLISTE MITARBEITER *

Inhaltskategorie	Ratingrate
Rehabilitation psychisch Kranker u. Behinderter	89 %
Soziotherapie/Psychotherapie	61 %
Lebensqualität sichern	23 %
Schutz- u. Schonraum	37 %
Materielle Absicherung	31 %
Krankheitsbewältigung	18 %

n = 63 Mitarbeiter

* Berufsjahre i. d. Psychiatrie:

φ 5,3 Jahre

RATINGLISTE NUTZER

Inhaltskategorie	Ratingrate
In Ruhe gelassen werden	82 %
Materielle Absicherung	67 %
Verständnis	51 %
soziale Nischen	38 %
therapeutische Unterstützung	27 %
Rehabilitation	17 %

Population:

n = 351

φ Psychiatriekontakte:

8,3/ Jahr

Stationäre Aufenthalte:

63 %

> 5 mal

In der ersten Tabelle werden die ideellen Gründe und Zielsetzungen von Mitarbeitern in der Psychiatrie erfragt. Das heißt, neben dem Umstand, in der Psychiatrie zu arbeiten, weil man Geld verdienen muss, werden die konzeptionellen Vorstellungen analysiert und katalogisiert. Dabei ergibt sich die angeführte Hierarchie; natürlich waren Mehrfachnennungen möglich, sogar die Regel. Bemerkenswerterweise waren die meisten Mitarbeiter dabei auch überzeugt, dass ihre eigenen konzeptionellen Vorgaben mit dem übereinstimmen, was von den Nutzern d.h. von den psychisch Kranken selbst, nachgefragt wurde.

Die zweite Tabelle zeigt jedoch deutlich, dass eine Inhaltsanalyse der Bedürfnisse der Nutzer zu einem vollkommen anderen Ergebnis kommt. Wohlgermerkt wurden hier keine Zielgruppen vorgegeben und abgefragt, sondern die Ratingskala wurde aufgrund von strukturierten Interviews gebildet und ausgewertet. Bei den markanten Positionen „Rehabilitation“ und „Veränderung“ sowie „Schutz- und Schonraum“ und „Inruhelassen“ ergibt sich eine umgekehrte Kompatibilität. Das heißt, das Hauptbedürfnis der Nutzer wird von den Mitarbeitern als eher nebensächlich betrachtet, während die Hauptintention der Mitarbeiter bei den Nutzern eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Dies führt natürlich auf beiden Seiten zu Unzufriedenheit, bei den Mitarbeitern bis hin zum „Burn-out-Phänomen“. Sehr schlüssig wäre die Annahme, dass auf Seiten der Nutzer die „Flucht aus der Psychiatrie“ eine Folge und vielleicht die extremste sein kann, hinein in die Szene der 72er- Einrichtungen mit einem Angebotsprofil, das viel eher ihren Grundbedürfnissen nach Freiheit von Druck und nach materieller Absicherung entgegenkommt.

Kapitel 15 Neue Perspektiven

Die vorliegenden Artikel dokumentieren eine erschreckende Schieflage in der Versorgung psychisch Kranker. Trotz des Vorhandenseins von Institutionen, die dem Kernfeld der psychiatrischen Versorgung zuzuordnen sind, scheint ein Großteil psychisch Kranker, die von diesen Institutionen nur fachlich mangelhaft betreut werden in Verwahrlosung oder ohne adäquate Hilfe auf der Straße zu leben. Dies wiederum scheint die psychiatrische Fachwelt aus den unterschiedlichsten Gründen so nicht wahrzunehmen.

- Bei manchen Fachleuten spiegelt sich die Hoffnung wieder, dass schon die Dokumentation der tatsächlichen Anzahl psychisch kranker Menschen, die auf der Straße oder im 72er Bereich leben, zu einer Veränderung bei den psychiatrisch Tätigen und den Kostenträgern führt. Es ist sozusagen der moralische Appell, dass bereits die Fakten, das Aufzeigen der Überforderung der Mitarbeiter im 72er Bereich konzeptionelle und strukturelle Konsequenzen haben.
- Manche Experten sehen eine Perspektive in eine speziellen Einrichtung für Menschen mit einer Doppeldiagnose. Dies liegt nahe, da ein Großteil der psychisch Erkrankten im 72er Bereich gleichzeitig auch eine Suchtproblematik aufweisen. Oft wird diese Suchtproblematik auch als primärer Grund angegeben, da das Kernfeld der Psychiatrie keine adäquate Hilfe geleistet hat. Theo Wessel dokumentiert eindrucksvoll, wie Menschen doppelt ausgrenzt werden, wenn sowohl die Psychiatrie als auch der Suchtbereich sich für nicht zuständig erklären. Sein Beitrag macht jedoch auch deutlich, dass es weniger um einen neuen Typus von Einrichtung, um eine weitere Spezialisierung gehen kann, als vielmehr darum, in den einzelnen Bereichen die Arbeitskonzepte zu ändern.

– Damit ist auch schon eine dritte Lösungsperspektive skizziert, die sich wie ein roter Faden durch die meine berufliche Tätigkeit durchzieht. Vor allen Dingen muß die Psychiatrie ihre Konzepte ändern, um hilfebedürftige Menschen nicht in dem Maße auszugrenzen, wie dies aktuell geschieht. Unklar bleibt jedoch, ob diese Konzeptänderung auf Einsicht der jeweiligen Leistungsanbieter erfolgt oder ob sie auch einer Steuerung, eines Druckes seitens der Kostenträger bedarf. Eine letzte, aber nicht unwichtige Lösungsperspektive wird in Duisburg im Rahmen der PSAG deutlich. Durch Intensivierung der bereits bestehenden oder durch Initiierung neuen Kommunikationsstrukturen zwischen 72er und 39er Bereich soll es zu einer Zusammenarbeit bis hin zu einem „Lastenausgleich“ kommen. Dieser Ansatz erlaubte einer allmählichen Überwindung der institutionellen Schranken zwischen den Einrichtungen dieser einzelnen Bereiche.

– Es sei noch ein letzter Lösungsansatz geschildert, der sich bei den Kostenträgern oft im Mittelpunkt der Argumentation steht:

Demnach befinden sich Klienten in den falschen Einrichtungen, und durch geschicktere fachspezifische Weitervermittlung sei dieses Problem zu lösen. Viele Kostenübernahmen, für Ablehnungen von 72er Einrichtungen werden von den Kostenträgern damit begründet, dass diese nicht zuständig seien, sondern eine 39er-Einrichtung eine fachspezifischere Hilfe geben könne. Hier wird die Naivität der Annahme deutlich, dass die individuelleren psychiatrischen Institutionen ihre Plätze ausschließlich nach Bedarf und Zuständigkeit verteilen und rechtliche Dispositionsmöglichkeiten haben. Die Schiefelage der psychiatrischen Versorgung zeigt sich jedoch gerade auch darin, dass jedes auch noch so überfremdete Angebot Nutzer finden wird, die das vorgegebene Konzept akzeptieren, oder besser ausgedrückt, das Konzept „verkräften“, und dass bei der derzeitigen Zuspitzung des

sozialen Klimas in der Bundesrepublik auch nur annähernd bedarfsgerechte Kapazitäten kaum noch zu finanzieren sind.

Die Vielschichtigkeit der Problemlagen legt nahe, dass keine der aufgezählten Lösungsperspektiven in sich und für sich allein genommen, schlüssig ist. Vielmehr scheint eine Lösung allenfalls in einer integrierten Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven zu liegen. Dies setzt jedoch voraus, dass sowohl der 72er Bereich als auch die Einrichtungen im Kernfeld der Psychiatrie sich in einer Beschreibung der Problemlagen einig werden. Grundvoraussetzung eines solchen Einigungsprozesses ist jedoch ein kontinuierliche Kommunikation- sowie Erfahrungsaustausch, der wahrscheinlich auch eine schmerzhaft Analyse der eigenen Arbeitsstile, Konzepte sowie der Mechanismen der Ausgrenzungen beinhaltet. Dies um so mehr, als die Art und Weise, wie die Einbeziehung gerade der „schwierigen Menschen“ in das derzeitige psychiatrische Versorgungssystem erlebt wird, sehr abhängig vom jeweiligen Arbeitsplatzkontext ist. Dabei ist die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe offenbar weniger entscheidend, als die speziellen Arbeitsbedingungen, der Arbeitsort und dessen gesellschaftliche Verankerung. Auf diesem Hintergrund wird die psychiatrische Versorgungsrealität sehr unterschiedlich erlebt.

Definition der Problemlagen

1. Quantitative Beschreibung:

Das psychiatrische Hilfesystem erfasst weniger als die Hälfte der „behandlungsbedürftigen“ psychisch Kranker, oft unabhängig vom Schweregrad ihrer Störung.

Die Sichtweise psychiatrisch Tätiger ist von der Annahme bestimmt, dass alle Menschen von einem gewissen Störungsgrad ab auch wirklich vom Kernfeld der stationären oder allenfalls der ambulanten Psychiatrie, wie z.B. der Sozialpsychiatrischen Dienst, erfasst werden. Die Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag gehen verständlicherweise davon aus, dass sie die schwerer gestörten psychisch Kranken, die aus ihrer Region kommen, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sehen. Ebenfalls gehen ambulante Dienste des Kernfeldes der psychiatrischen Versorgung, wie Sozialpsychiatrische Dienste oder Ambulanzen, davon aus, eine entsprechend vollständige Wahrnehmung der Lebenssituation der chronisch psychisch Kranken in ihrer Region zu haben. Auch epidemiologische wissenschaftliche Untersuchungen, die Aussagen über die Verläufe von Psychosen machen, sie ziehen eher „Datenbeträge“ aus dem Bereich des Kernfeldes der psychiatrischen Versorgung heran. Exemplarische Studien der Herausgeber in Regionen, in denen im Verlauf der Psychiatrieplanung eine systematischere Bestandsaufnahme der Wohnorte von psychisch Kranken erfolgte; auch liegen die Vermutungen nahe, dass es höchstens die Hälfte der psychisch Hilfebedürftigen sind, die von der Psychiatrie wirklich gesehen werden (jüngere Untersuchungen stellen sogar diese Zahl in Zweifel und gehen von einem noch geringeren Anteil. Zusätzlich lässt sich sagen, dass, im Gegensatz zu früheren Annahmen, die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen unabhängig vom Störungsgrad der jeweiligen Klienten erfolgt. In der Regel ist das soziale Bezugssystem ausschlaggebend für den Behandlungs- und Versorgungsort.

Hinzu kommt noch: weitaus mehr Menschen, auch mit schweren psychischen Erkrankungen, werden durch niedergelassene Ärzte der Allgemeinmedizin betreut als durch Nervenfachärzte. Die geringere Zugangsschwelle zum praktischen Arzt ist wohl

ein Grund dafür. Der praktische Arzt wird tätig, ohne von seinem Patienten ein Bekenntnis über das Vorliegen von Symptomen einer psychischen Erkrankung zu verlangen. In dieses Bild würden Untersuchungen passen, die belegen, dass zumindest bis zu 80% der hochpotenten Neuroleptika, die in der Regel nur zur Behandlung von Psychosen eingesetzt werden sollten, von praktischen Ärzten verschrieben werden. Auch die größere Mobilität praktischer Ärzte ist ein Indiz dafür, dass sie mehr psychisch Kranke sehen als ihre spezialisierten Kollegen. Oft wird bei einem Hausbesuch die Behandlung eines psychisch erkrankten Familienmitgliedes und die Beratung der Familienangehörigen integriert.

Ebenfalls ist die Zahl der psychisch Kranken, die als Fehlplatzierungen in Alten- und Pflegeheimen untergebracht sind, größer als die Zahl derjenigen in spezialisierten Wohnheimen oder auch im Betreuten Wohnen, wobei es sich dabei z.T. um noch sehr junge Menschen handelt. Fehlende Angebote können also nicht Ursache sein; vielmehr laufen, bis es zu einem Aufenthalt in einem Pflegeheim kommt, wie wir oft sehen konnten, komplizierte Selektions- und Ausgrenzungsprozesse ab.

Ein großer Teil der psychisch Kranken ist vollkommen unversorgt und ohne jede nicht nur fachliche, sondern auch soziale Unterstützung. Sie leben als so genannte „Eigenbrödler“ vergessen in den Ghettos unserer Städte oder in vollkommen überforderten Familiensystemen, so dass die Angehörigen psychisch Kranker auch heute immer noch die Hauptlast der Versorgung tragen. Diese von Politikern häufig als sehr positiv bewertete Situation ist allein schon deshalb kritikwürdig, weil die Gesamtheit der Lebensbedingungen dieser Familien unverhältnismäßig und auch dramatisch eingeschränkt ist. Der Begriff „Pflichtversorgung“ trifft also vielmehr auf die Familien und die Straße zu, als auf psychiatrische Institutionen. Bei den

Angehörigen sind es dabei nicht administrative Gründe, sondern eher moralisch-ethische Überlegungen oder komplexe Beziehungsmuster, die sie neben den Obdachloseneinrichtungen als die Formation erscheinen lässt, die am Ende der Versorgungskette steht.

2. Qualitative Beschreibung

Gut gemeinte therapeutische Konzepte mit Vorstellungen über psychische Gesundheit, die generalisiert werden, Überforderung und Grenzerfahrung sind ein Grund dafür, dass im ambulant-komplementären Bereich Selektionsmechanismen entstanden sind, die zur Ausgrenzung geführt haben, an deren Ende der Effekt steht, dass nicht nur gestörte, sondern vor allen Dingen auch störende Menschen aus der Psychiatrie herausfallen. Zu dem Aspekt, dass das psychiatrische Versorgungssystem, wie bereits ausgeführt, nur eine Minderheit der Klienten sieht, für die es sich zuständig fühlt, treten noch strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen hinzu, die einen starken Ausgrenzungseffekt haben. Ausschlaggebend ist dabei, dass Mitarbeiter in psychiatrischen Institutionen in der Regel nicht verantwortlich für Menschen und deren Lebensweg sind, sondern für Einrichtungen und deren ökonomisches Überleben. So können Konzepte, wie z.B: hier darf auf keinen Fall Alkohol getrunken werden, und wer Alkohol konsumiert hat, bekommt eine Abmahnung, drei Abmahnungen kommen einer Kündigung gleich, eine größere Aufmerksamkeit zu, als die pragmatische Sicht darauf, wie diese Konzepte unter Berücksichtigung der Klienten, die eine Hilfe in der Region am notwendigsten hätten, evtl. zu modifizieren wäre. Vor allem sind es die wenig „Pflegeleichten“, die Störenden, die Querulanten, die aus den jeweiligen Einrichtungen herausfallen. Die „Therapieresistenz“ der Klienten scheint dabei Ohnmachtsgefühle bei den Helfern auszulösen, die für diese

wohl kaum auszuhalten sind. So integriert die Psychiatrie zwar sehr verhaltensauffällige Leute, die „nett verrückt“ sind und dabei einen hohen Unterhaltungswert haben, aber Menschen, die schwierig oder oft auch unausstehlich sind, haben in der Psychiatrie hingegen kaum eine Perspektive.

Der Interessenkonflikt

Die Interessen der Mitarbeiter in der Psychiatrie und die Bedürfnisse der psychisch Kranken folgen oft einer unterschiedlichen Logik. Dabei ist grundsätzlich ein Interessengegensatz nicht Hindernis für eine effektive soziale Arbeit sondern fast schon integraler Bestandteil, vorausgesetzt jedoch, die unterschiedlichen Interessen sind wahrnehmbar und es besteht Verhandlungsbereitschaft auf Seiten beider „Kontrahenten“. Die Psychiatrie funktioniert hier anders. Zum Teil erstaunlich konform mit dem jeweiligen gesetzlichen Auftrag, steht bei Mitarbeitern der Psychiatrie die Integration und Rehabilitation psychisch Kranker im Vordergrund. Dieses Ziel steht dabei in Gegensatz zu den oft nur sehr subjektiv erschließbaren Bedürfnissen der psychisch Erkrankten. Die Studie des IKP verdeutlicht dabei diesen Interessenkonflikt. Überspitzt ausgedrückt könnte man sagen, dass die Bedürfnisse der psychisch Kranken genau umgekehrt kompatibel zu den Betreuungszielen der Mitarbeiter sind. Dieser Interessenskonflikt wird im Grunde gar nicht erst wahrgenommen. Nun gehört das In-Ruhe-gelassen-Werden zweifellos zu den Grundbedürfnissen der menschlichen Natur. Es lässt sich also nicht nur aus der derzeitigen Lebenssituation und einer evtl. psychischen Beeinträchtigung erklären; es könnte als eine Abwehr von Änderungs- und Beglückungsbestrebungen seitens der Mitarbeiter interpretiert werden. Zum anderen kann es auch die Reaktion auf ein Versorgungssystem sein, in dem eine hohe soziale Stimulation schon fast die Regel ist. So lange die Psychiatrie jedoch nicht dieses Bedürfnis nach Ruhe und die Akzeptanz von Anderssein integriert,

bekommen natürlich Angebote eine Attraktivität, die diesen Bedürfnissen eher entspricht. Kann man also vom Schutz- und Schonraum „Straße“ sprechen? Zweifellos nicht, weil soziale Desintegration und ständige Überforderung hier schon fast die Regel sind. Auf der anderen Seite scheinen die Straße und auch die 72er Einrichtungen eine Individualität zu ermöglichen, die in der Psychiatrie verloren gegangen ist.

Die drei Problemlagen sind so vielleicht provokant formuliert, aber sie zur Kenntnis zu nehmen ist wohl Voraussetzung für jeglichen Veränderungsprozess. Sie sollen jedoch sowohl Mitarbeitern, gleich ob im 72er Bereich oder im Kernfeld der Psychiatrie, als auch den Kosten- und Leistungsträgern deutlich machen, dass es keine Lösungsstrategie sein kann, einen neuen Typus von Einrichtungen zu kreieren. Allein die quantitative Dimension des Problems muss ein solches Unterfangen als Illusion erscheinen lassen.

Perspektiven für eine veränderte psychiatrische Versorgungsstruktur

Eine gemeinsame Problemdefinition ist deswegen von Bedeutung, weil sie die notwendige Auseinandersetzung und den Streit um neue Perspektiven in der psychiatrischen Arbeit, um veränderte Versorgungsstrukturen von einer moralisierenden auf eine pragmatisch zu bewältigende Ebene herschraubt. Die bereits skizzierten Problemlagen lassen Lösungsansätze, die sich nur auf einer Ebene abspielen, als Kosmetik erkennen. Vielmehr wird es darum gehen, dass sich sowohl die Konzepte der derzeitigen psychiatrischen Einrichtungen und die persönlichen Arbeitshaltungen und -strategien als auch die Vorgaben der Kostenträger ändern müssen. Dazu die folgenden Überlegungen:

Änderungen der Versorgungsstruktur

Bei der Umsetzung von Gemeindepsychiatrie bedarf es einer gemeinsamen Prioritätenliste des 72er 39er Bereichs nach einer Bestandsaufnahme der Versorgung, die ebenfalls beide Bereiche berücksichtigt. Eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsinstitution ist nicht gebunden an die Schaffung neuer Institutionen. Argumente hierfür werden in diesem Buch genannt. Stattdessen sollte zu Beginn eines Veränderungs- oder eines mancherorts auch gerade erst in Gang kommenden Planungsprozessen eine Bestandsaufnahme der Art erfolgen, dass festgestellt wird, welcher Bedarf durch bestehende Angebote bereits befriedigt wird und welche Gruppen psychisch Erkrankter durch die „Maschen“ des Versorgungsnetzes fallen. Zentrales Anliegen muss dabei sein, die Versorgungsleistung der primär Versorgenden, wie der Angehörigen, der Straße, der Altenheimen, die für die Betreuung psychisch Kranker nicht ausgestattet sind, miteinzubeziehen. Dabei lässt sich unschwer erkennen, dass eine Verdoppelung der Kapazitäten psychiatrischer Institutionen notwendig wäre, um diese Primärversorger zu entlasten. Darum kann es aber nicht gehen, vielmehr sollte die Fragestellung lauten: welchen Unterstützungsbedarf haben diese Primärversorger, um ihrer Aufgabe kompetenter und effizienter nachkommen zu können. Besonderes Augenmerk sollte darauf gerichtet werden, welche Menschen vollkommen unversorgt, hilflos und um ihr Überleben kämpfend am äußersten Rande unseres sozialen Systems stehen.

Am Ende einer solch gemeinsamen Bestandsaufnahme wird man sich von der These verabschieden müssen, dass alle psychiatrisch Hilfebedürftigen gleichermaßen betreut werden können. Es muss eine Prioritätenfestlegung nach gemeinsam erarbeiteten inhaltlichen Kriterien erfolgen. Ein solches inhaltliches Kriterium kann z.B. sein, nur die Klienten zu betreuen, die durch regelfinanzierte Einrichtungen

aufzufangen sind. Dies entspräche dann, nach gemeinsamer Abstimmung, am ehesten der heutigen Versorgungslage. Im Vordergrund sollte jedoch das Kriterium stehen, dass die schwer gestörten bzw. die störenden Klienten erste Versorgungspriorität haben, und Ressourcen erst einmal zu binden. Danach und in Abhängigkeit davon käme es dann zu einer in Abarbeitung der folgenden Prioritäten inhaltlichen Psychiatrieplanung vor Ort, der nicht dem bisherigen Prinzip der ineffizienten Planwirtschaft folgend, der Begünstigung großer, hochschwelliger Angebote dient.

Sorge für Personen und nicht für Institutionen?

Ein solcher Planungsprozess läuft unschwer ins Leere und wäre allzu idealistisch, würden nicht auf der Ebene der Kostenträger Änderungen der Förderungspraxis erfolgen, die auch im Rahmen des geltenden Sozialrechts jetzt schon durchsetzbar sind. Dabei steht natürlich die Perspektive, alternativ zu einer Institution ein Personenzentriertes System, das Hilfen für ganz bestimmte Menschen anbietet, zu finanzieren im Vordergrund. Im Gegensatz zur angestrebten Pauschalfinanzierung wäre, auch unter Zugrundelegung der bisherigen Bestimmungen des sozialen Leistungsrechts wahrscheinlich eine Einzelfallfinanzierung, die allerdings so genannten Vorhaltekosten bestimmter Angebote miteinzubezieht, in den Vordergrund zu stellen. Die Vision eines zentralen Psychiatriebudgets, die unter den derzeitigen gegebenen sozialrechtlichen Bedingungen Utopie bleibt, müsste durch ein effizientes Case-Management vor Ort unter Berücksichtigung der Kostenträger-Diversifikation ersetzt werden. Ein solches Konzept hieße, sich vom Mitarbeiter zu verabschieden, der einer bestimmten Institution zuzuordnen ist und dessen Gehalt sich über die Kostenerstattung für diese Institution refinanziert. An die Stelle sollte der Mitarbeiter treten, dessen Gehalt zwar grundsätzlich durch die Einrichtung gesichert

ist, sich aber über die unterschiedlichsten Kostenträger, die für die Finanzierung gemeindepsychiatrischer Dienstleistungen in Frage kommen, refinanziert, je nach dem, welche Leistungen er für einen Klienten erbringt. Eine solche Lösung verursacht einen enormen Verwaltungsaufwand, der nur durch eine Stärkung finanzökonomischer Kompetenz der Anbieter von Gemeindepsychiatrie zu bewältigen ist. Sie ermöglicht jedoch einen Vorsprung an Know-how und macht sich durch die höhere Effizienz der Angebote wieder bezahlt. Die seitens der Kostenträger notwendige Voraussetzung wäre, sich auf Mischfinanzierungssysteme, allerdings mit sauberer Kostenabgrenzung, einzulassen.

Stärkung der Primärversorger

Wenn dem psychiatrischen Kernfeld schon lange nicht mehr der Hauptpart in der Versorgung psychisch Kranker zukommt und wenn auch ein Großteil der Klienten dem psychiatrischen Kernfeld nicht mehr ohne weiteres zuzuführen ist (vgl. Dogma der Krankheitseinsicht), müssen Arbeitsstrategien verändert werden. Mitarbeiter mit hoher psychiatrischer Kompetenz werden in Zukunft, ihren eigenen direkten Beitrag zur praktischen Versorgung teilweise reduzieren müssen und stattdessen die Angehörigen, den 72er Bereich und auch die niedergelassenen Ärzte fachlich psychiatrisch so zu beraten und damit zu stärken, damit diese den an sie gestellten Forderungen nachkommen können. D.h., man wird sich nicht nur mit dem Arbeitsalltag dieser Menschen und Institutionen auseinandersetzen müssen, sondern die Arbeitskapazität psychiatrisch Tätige wird teilweise in diesen Bereich hinein verlagert. Solch ein Prozess setzt jedoch die Bereitschaft zu inhaltlichen und strukturellen Veränderungen der eigenen Arbeit bei den psychiatrisch Tätigen voraus.

Veränderungen des Selbstverständnisses

Die psychiatrische Fachfrau/der psychiatrische Fachmann der Zukunft ist weniger Therapeut als vielmehr Moderator. Damit verbindet sich ein verändertes Tätigkeitsbild: Der Klient steht nicht nur mehr unmittelbar im Mittelpunkt des Interesses, es geht vielmehr darum, verschiedene Gruppen, durchaus auch im systemischen Sinne, in ihrer Selbstorganisation und Selbstregulation zu unterstützen. Psychiatrischer Fachverstand soll aber dazu benutzt werden, um zwischen den psychisch Erkrankten mit ihrer oft verschlüsselten Sprache und dem sozialen Bezugssystem, wie z.B. den Angehörigen oder auch den Mitarbeitern der 72er Einrichtungen **Dolmetscherfunktion** wahrzunehmen. Hier ist nicht sprachliche Angleichung gefragt, sondern es bedarf vielmehr eines Übersetzers, der es den psychisch Kranken ermöglicht, sich ihrer Umgebung verständlich zu machen, ohne Anpassungsdruck ausgesetzt zu sein. Ein solches „Übersetzen“ kann durchaus simple Züge haben, z.B. einem psychiatrisch unerfahrenen Sozialarbeiter gegenüber klarzustellen, dass der Betroffene nicht antwortet, weil er provozieren will, sondern weil er nicht zuhören kann, weil gerade Halluzinationen oder andere Beeinträchtigungen der Wahrnehmung seine Konzentration stark einschränken, die von der Umwelt oft nicht wahrgenommen werden. Außerdem sollte psychiatrisches Handeln in Zukunft ein Bestandteil von Gemeinwesenarbeit sein; d.h. die Fachfrau/der Fachmann sollte nicht nur über psychiatrische Qualifikationen verfügen sollten, sondern diese sollten gleichrangig durch Kompetenzen in Gemeinwesenarbeit ergänzt werden, um Systeme zu schaffen, die es dem Betroffenen ermöglichen, dauerhaft in der ihm jeweils eigenen Individualität zu leben. Gemeinwesenarbeit heißt auch, weniger an Defiziten, an deren Bewältigung und Bekämpfung zu arbeiten, als vielmehr die den einzelnen Menschen eigenen Ressourcen sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Ein psychisch Kranker, der zur Verwahrlosung neigt, und simpelste lebenspraktische

Verrichtungen nicht bewältigen kann, kann durchaus von einem anderen psychisch Kranken gegen Bezahlung betreut werden, der z.B. starke Lebensängste und psychotische Beeinträchtigungen der Wahrnehmung hat, aber doch in der Lage ist, ein Essen zu kochen. Es geht also letztendlich darum, den viel zitierten Primat der Selbsthilfe im psychiatrischen Handeln praktisch werden zu lassen und ihm den bisherigen Rang eines eher theoretischen Konstrukts zu nehmen. Natürlich bringt die zunächst Angst machende Fähigkeit zur Selbsthilfe Betroffener es auch mit sich, klassische Psychosekonzepte zu hinterfragen und in das eigene Handeln zu integrieren, dass psychotisch leben für manchen Menschen einen durchaus geglückten Selbsthilfeversuch darstellen kann. In diesem Sinne ist die psychiatrische Fachfrau/der Fachmann ein Beobachter, der lernt, die individuellen Möglichkeiten der Selbsthilfe von Betroffenen wahrzunehmen, zu unterstützen und ggf. auch zu modifizieren und sich aus dem somit aus dem unbefriedigenden Status des Symptombekämpfers herauszuentwickeln.

Reduktion des therapeutischen Anspruchs

Der hohe therapeutische Anspruch, den manche Psychiatriemitarbeiter mit psychiatrischer Arbeit und psychiatrischen Einrichtungen verbinden, ist, wie bereits dargestellt, mit ein Grund für die herrschende Chancenungleichheit. Das idealistisch gemeinte Prinzip von Therapie und Rehabilitation birgt die Gefahr, dass Menschen, die ihm nicht genügen, ausgefiltert werden. Unbestritten wird jedoch der Umstand sein, dass ein hoher therapeutischer Anspruch Energien bindet und fokussiert. Dieses, vielleicht brisanteste Thema der Auseinandersetzung zwischen dem 39er und 72er Bereich, darf in der aktuellen Diskussion nicht ausgespart werden. Natürlich hat das Argument eine innere Logik, demzufolge man an seiner Stelle seine Arbeit gut machen müsse und es nicht das eigene Problem sein kann, wenn der Staat nicht

ausreichende Ressourcen zur Verfügung stellt, um andere wichtige Teilbereiche ebenso gründlich und gut abdecken zu können. Dieses Argument klammert die Realität der derzeitigen Versorgungslandschaft aus. Statt 5 Menschen „psychische Gesundheit“ beschern zu wollen, kann es doch ein ebenso erstrebenswertes Ziel sein, 20 anderen Menschen überhaupt erst einmal eine materielle und psychische Existenzgrundlage zu schaffen. Pointiert ausgedrückt: unter den aktuellen zugespitzten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen kann es nicht vorrangig darum gehen, Gesundheit auszubauen und zu fördern, sondern Überleben zu sichern. Es ist leider wieder Realität geworden, dass Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung sterben, weil sie keine adäquate Hilfe bekommen oder weil die Ressourcen, diese Hilfe zu leisten, ausgeschöpft sind. Sie sterben, weil sie in Wohnungen verhungern und im Winter aus völliger Hilflosigkeit und Verwirrung erfrieren. Unter dieser Perspektive kommt dem Herstellen von Chancengleichheit für diese Personengruppe schon fast existenzielle Bedeutung zu.

Hierarchie von Versorgungszielen

Reduktion des therapeutischen Anspruches heißt, dass sich eine Region nicht nur auf Versorgungsprioritäten, sondern auch auf gemeinsame inhaltliche Zielsetzungen verständigt. Es sollte also eine Hierarchie von Versorgungszielen geben, die beinhaltet, dass Voraussetzung zur Realisierung eines bestimmten Teilziels die Befriedigung der Bedürfnisse auf der jeweils vorangehenden Ebene sein muss. Die schon genannte Studie des IKP über die Bedürfnisse von Betroffenen stellt eine mögliche Grundlage für die Definition einer solchen Hierarchie von Versorgungszielen dar:

Möglichkeiten einer Sinnerfüllten sozialen Existenz

Unterstützung bei der Selbstverwirklichung

Krankheitsbewältigung

Hilfe bei der Bewältigung des praktischen Lebens

Materielle Absicherung

Überleben sichern

Auch gehen auf therapeutischer Unterstützung evtl. noch Maßnahmen beruflicher Integration vor. Diese Hierarchie ist nur ein Vorschlag und könnte modifiziert bzw. fortgeschrieben werden, wesentlich jedoch finde ich ein gemeinsames Grundverständnis sowohl des Sozialbereiches, zu dem die 72er Einrichtungen gehören als auch des Gesundheitsförderungsbereiches, zu dem die Gemeindepsychiatrie vielerorts gehört. Es geht darum, dass Verteilung von Ressourcen und gemeinsame Zielsetzungen bei der Psychiatrieplanung in Beziehung zu setzen.

„Andere“ psychiatrische Angebote

Bei den bisher vorgestellten Lösungsstrategien stehen bewusst nicht institutionelle und rein strukturelle Fragen im Vordergrund, sondern es geht um die Verknüpfung von Inhalt- und Strukturebene. Trotz der eingangs geäußerten Skepsis gegenüber der These, dass es weiter Institutionen bedarf, um die Versorgungsschieflage auszugleichen, denke ich, dass eine Aufzählung der Lösungsstrategien unvollkommen blieben, wenn sie wenigstens die Modifikation von Einrichtungskonzepten einfordern würde. Natürlich wird es darum gehen, dass klassische Wohnheimen Zukunft den Schwerpunkt auf individualisiertere Betreuungskonzepte legen, die an der Stelle der verbreiteten Gruppenangebote treten sollten. Natürlich sollte zur Regel werden, dass man in einer Wohngemeinschaft nicht gemeinsam kochen muss, sondern auch jeder sich selbst versorgen. Ebenso natürlich sollte zur Regel werden, dass man in einem Wohnheim nicht am gemeinsamen Essen teilnehmen muss, sondern auch die Möglichkeit bekommt, die Mahlzeiten auf dem Zimmer einzunehmen, wenn die Gruppensituation belastend ist usw. Die hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft im 39er Bereich durchgängig gemachten Erfahrungen stimmen mich jedoch eher skeptisch gegenüber der Durchsetzbarkeit solcher Modifikationen. Ich glaube, dass nur durch Konkurrenz- und Alternativangebote, weniger durch Einsicht, eine Aufweichung möglich ist. Dazu zähle ich die Möglichkeit, Klienten, die in 72er Einrichtungen leben, nach § 39 BSHG zu finanzieren, dadurch wäre auch ein flexiblerer Bestandschutz von 72er Einrichtungen gewährleistet. Dazu würde meiner Meinung nach aber auch gehören, dass für die schwergestörten psychisch Kranken, „therapielose“ Konzepte initiiert und finanziert werden, die jedoch bei Bedarf Möglichkeiten der Unterstützung bereithalten. An die Stelle des klassischen Wohnheims nach 39 mit rehabilitativem

Anspruch sollte das Hotel gestellt werden, das Grundsicherung, Versorgung bis hin zum Zimmerservice und den sozial-kompetenten Hausmeister zur Verfügung stellt. Gerade die Kölner Erfahrungen belegen, dass die Zukunft in diesen niedrigschwelligen Angeboten, bei dem „reine Sozialarbeit“ einen hohen Stellenwert hat, liegen wird. Für den Bereich der akuten und der Notfallpsychiatrie könnte so an die Stelle des hochspezialisierten Kriseninterventionszentrums das Konzept eines „Weglaufhauses“ gestellt werden. Aber auch hier wäre zu beachten, daß es im Laufe der Institutionalisierung und dem Ausbilden einer so genannten „corporate-identity“ zu Ausgrenzungen durch Spezialisierung kommen wird. Ein „Weglaufhaus“ würde dann lediglich zu einem Beschäftigungsprogramm, wenn auch auf niedrigem Lohnniveau, für alternativ denkende Psychologen und Sozialarbeiter, und verlöre seine Existenzberechtigung genau wie eine hochspezialisierte therapeutische Spezialinstitution. Die Alternative liegt nicht in gleich welcher Form alternativer Therapie, sondern darin, dem einzelnen belassen zu können, unter Einbezug des Aspekt der Schadensbegrenzung für die Umwelt und den einzelnen selbst. Konzepte, die dieses zum Inhalt haben, werden stark individualisiert sein und sich von der Ideologie auch einer alternativen Gemeinschaft verabschieden müssen.