

## Die Krisenpension

Ein Projekt der integrierten Versorgung?

Von Luciana Degano-Kieser, Marianne Schuhmacher und Reinhard Wojke

Um den Bürgern bedarfsgerechte Hilfen anzubieten, reicht es nicht gute Krankenhausstrukturen vorzuhalten. Der demographische Wandel, die steigende Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen und die durch psychische Störungen bedingte Krankheitslast erfordern auf allen Versorgungsebenen (ambulant, teilstationär, stationär) nutzerorientierte und flexible Organisationsformen. Eine verbindliche Beziehungskontinuität und bedarfsgerechte Koordination der Hilfen sollte zwischen ambulant-komplementären und stationären Diensten entstehen. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten auch akut psychisch Kranker und individuell ausgerichtete Wohnprojekte sind wesentliche Bestandteile einer außerstationären gemeindeintegrierten Versorgung. Evidenzbasierte Untersuchungen zeigen, dass die Dienste rund um die Uhr zugänglich sein sollten, möglichst aufsuchend arbeiten und Hilfen durch ein multidisziplinäres Team einschließlich einer fachärztlichen Behandlung anbieten sollten.

In der WHO Mental Act Declaration and Action Plan“ (Helsinki, Finnland, Januar 2005) verpflichten sich die Gesundheitsminister der europäischen WHO-Mitgliedstaaten u. a. zur Planung, Implementierung und Evaluation von integrierten außerstationären Behandlungsangeboten für schwer psychisch Kranke, wie Schizophrenie und affektive Störungen. Die Akutbehandlung, Betreuung und Pflege sollten in gemeindeintegrierten Settings stattfinden. Stationäre Behandlungen sollten nur in seltenen Fällen, wie z. B. Zwangseinsweisungen durchgeführt werden (Mental Health Plan for Europe, 2005, S.6-7).

Obwohl viele Einrichtungen vorgehalten werden und viel Geld für die Versorgung psychisch Kranker ausgegeben wird, ist in Deutschland eine außerstationäre gemeindeintegrierte Versorgung

akut oder schwer chronisch psychisch Kranker im Gegensatz zu anderen Ländern selten möglich.

Im Bezirk Schöneberg Berlin haben sich Träger des komplementären Bereichs, der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen und der Landesverband der Angehörigen unter dem Dach des Bezirksamtes Schöneberg zusammengeschlossen. Ziel war, einige Bausteine der außerstationären psychiatrischen Grundversorgung für den Bezirk konzeptionell zu entwickeln und ein Projekt aufzubauen. Die verfügbaren Ressourcen waren gering. Daher war eine engmaschige Kooperation zwischen den

Versorgung und Begleitung der Klienten einbringen. Für die Profis ist durch diese Form der Zusammenarbeit eine neue Qualität ihrer Arbeit entstanden.: Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige werden als aktive Protagonisten in einem Prozess der andauernden Auseinandersetzung erlebt.

### Eine Wohnung bietet mir ein zu Hause

Wir wollen einen Ort haben, an dem wir das Ver-rücktsein im Erleben in einem geschützten Rahmen ausleben können. Wir brauchen keine Philosophie, in denen wir „Krankheit als Schicksal“

begreifen, sondern Möglichkeiten, unser Leben neu zu überdenken und zu organisieren.

Natürlich sind Irritationen und Verletzungen in der Vorgeschichte so etwas wie eine Bestandaufnahme. Ich weiß, was mir gut tut und was mir nicht gut tut. Und dabei will ich es belassen.

In dem System Psychiatrie habe ich bislang so etwas nicht kennen gelernt: Ich bin ein gleichberechtigter Partner innerhalb des Geschehens meiner Krise. Hier in diesem Projekt feilen und arbeiten wir als Team innerhalb eines Quadrologes (Profis, Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene

und LaienhelferInnen) mit dem gleichberechtigten Umgang tagtäglich.

In einer Wohnung, in der ich zu jeder Tages und Nachtzeit an den Külschrank kann, um mir etwas zu Essen zu machen, wo andere Menschen da sind, um mich so zu nehmen, wie ich gerade bin, schafft etwas anderes: Keine Gewaltmassnahmen oder Zwangsmassnahmen sind an der Tagesordnung. Auch fehlt hier das uns bekannte Bett. Was hat Psychiatrie anzubieten, wenn ich wütend bin und verzweifelt bin. Ich bin dann selbst- und fremdgefährdet und werde dann nach den Spielregeln des PsychKG

### Krisenpension

Ein Ort, wo ich sein kann  
Keine Schranken sondern Offenheit  
Begegnen mir hier  
Brauche keine Angst haben  
Hier sind wir alle Menschen

Kraft kann ich tanken, Gedankenanstöße  
Und praktische Hilfe bekommen  
Oder einfach nur Dabei sein  
All das ist möglich

Menschen begegnen - Mensch sein dürfen  
Gerade auch in Krisen

Das schätze ich sehr - ohne Druck  
Eröffnen sich mir neue Perspektiven

Und bleiben wird mir die Erinnerung,  
dass es keine Sprachlosigkeit und andere Barrieren  
geben muss...

Sarah Reduk im Oktober 2006

teilnehmenden Akteuren notwendig. Die Betroffenen, Angehörigen, Laienhelfer und Profis haben sich von Beginn an intensiv unterstützt. und es ist eine enge Kooperation entstanden. Alle Beteiligte haben Verantwortung für die Umsetzung des Projektes übernommen. Es ist eine dialogische Arbeit entstanden, wobei sich die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen nicht als Opfer einer „psychiatrischen Macht“ ausgesetzt fühlen, sondern aktiv und gestaltend mitarbeiten, und ihre Erfahrung in der Projektentwicklung, dem Organisationsmanagement bis hin zur alltäglichen

an ein Bett gefesselt und neuerdings mit Benzodiazepinen zugespritzt – sediert – und weiß spätestens dann, dass meine Wut völlig fehl an diesem Platze ist. Dass Menschen meine Gefühle verstehen wollen, kommt dabei auch nicht rüber. Ich weiß dann, ich bin krank, ich soll dann Krankheitseinsichtig sein und meine Pillen nehmen, Ruhe einkehren lassen und nicht mehr über mich reden unter dem Vorwand der Reizabschirmung...

Nein, in einer Wohnung fühle ich mich sicher und das Team begreift schneller, was hinter meiner Wut steht. Ich komme zum Weinen und das klärt vieles in meinem Geiste auf. Ich kann wieder neue Kraft finden und nach neuen Möglichkeiten suchen. In dem Projekt gibt es so viele unterschiedliche Menschen aus unterschiedlichen Professionen und es gibt dadurch für eine bessere Sinnfindung.

**H**ier habe ich einen Ort, an dem ich übernachten kann, wenn meine eigene Wohnung mir keinen Schutz bietet. Wichtig ist dabei, dass ich hier auch bei Bedarf übernachten kann. Eine Option auf Übernachtung schafft mir die Sicherheit, dass ich mich in meiner Wohnung alleine wohl fühlen kann. Ich kann daran arbeiten und probieren. Es ist nicht schlimm es nicht zu schaffen, aber es tut gut und macht mich stolz, dass ich es geschafft habe, wieder in meiner Wohnung ein zu Hause zu finden, in dem ich mich wieder sicher fühle.

Eine Wohnung ist was Vertrautes und ich kann mich wieder um einen Stück Alltag kümmern. Mit den anderen Gästen kann ich gemeinsam überlegen, was machen wir uns zu Essen, wer geht einkaufen, wer macht den Abwasch, wer räumt den Tisch ab, wer wischt den Boden, wer räumt auf und nicht: Was ist denn das hier für ein schlechter Service, hier wird mir ja nichts besonderes geboten. Ich kann mitentscheiden und lerne wieder mal, innerhalb einer Gruppe zu sein.

Ein anderer wichtiger Begleitungsaspekt ist das „dabei sein“ (Being with). Es gilt nicht zu therapieren, und Gefühle zu zerreden, analysieren oder ähnliches, sondern einfach nur dabei zu sein, damit Betroffene und das Team die Möglichkeit hat, selber den Zugang zur Situation sich zu bewahren und durchzugehen.

**A**ll die kleinen alltäglichen Dinge des Lebens bringen wieder auch Alltag und bereiten den Weg zu etwas „Norma-

lem“.

Und die Gesprächsbereitschaft des Teams zu jeder Tages- und Nachtzeit schenkt mir die Möglichkeit, dass ich, wenn ich mir nicht sicher bin, wieder Sicherheit in mir zu erlangen. Und wie ich Sicherheit bekomme, was ich dafür brauche, kann verhandeln.

Es gibt ein großes Team, aber ich habe 2 Bezugspersonen, und es ist wichtig, dass ich akzeptiere, dass bestimmte Dinge ich nur mit diesen Menschen bespreche. Auch das hat was Positives, da lerne ich auch wieder die Spannung auszuhalten und andere Menschen wahr zu nehmen. Das „Dabei sein“ der anderen Teammitglieder und Betroffenen ist eine Chance der Selbstfindung und Orientierung. Ja, ich darf in mich gehen und weiter fühlen, wie es mir geht und darüber berichten und Begleitung darin zu erfahren. Ich kann Lösungen finden, die aus mir heraus kommen und ich werde nicht dazu gedrängt, was ich zu sein habe. Ja, ich weiß, dass es Menschen gibt, die mit darauf achten und danach fragen, dass ich meinen Weg mit meinem Herzen gehe...

Ich weiß, in der Küche „tobt das Leben“, in der Wohnung ist viel Bewegung und wirkliche Ruhe werde ich wieder zu Hause finden.

Das Umfeld der Krisenpension hat auch etwas zu bieten, wenn ich nicht weiß, was ich mit der vielen Zeit anfangen soll.

### **Trialogischer Aufbau des Projektes**

In dem Projekt ist das Einzigartige der Trialog. Bei den Erst- und Aufnahmegesprächen versuchen wir möglichst ein Gespräch mit einem Psychiatrie-Erfahrenen oder Angehörigen und einem Profi zu zweit mit dem Betroffenen (Gast) zu führen. Auch die im Verlauf statt findenden Verlaufs- und Auswertungsgespräche werden in so einer Besetzung geführt. Die leider sonst üblicher Weise verbreitete Tribunalfunktion solcher Helferkonferenzen wird durch die Solidarität von Betroffenen im Team abgemildert, da FürsprecherInnen für den Betroffenen vorhanden sind.

**D**as Qualitätsmanagement erfährt durch den Trialog eine andere Dimension. Hier erlebe ich die Angehörigen in einer anderen Rolle. Sie haben eine Wächterfunktion, wenn die Augenhöhe zwischen Profis und Betroffenen nicht

mehr stimmt in der Diskussion bzw. in dem Entscheidungsprozess. Die Angehörigen erfahren hier einen Ausweg aus der Ohnmacht ihrer Situation mit ihren Angehörigen, in der ihr Wunsch zu helfen, nicht vom Betroffenen angenommen wird. Hier in diesem Projekt erleben sie, dass ihre Hilfe gewollt und was Positives ist.

**I**nsgesamt gibt es innerhalb der Krisenpension eine trialogische Leitungsrunde und viele Unter-AGs:

**AG1** – Begleitungs- und Qualitätsmanagement – beschäftigt sich mit der laufenden Arbeit und der Optimierung der Begleitungsarbeit. Hier werden die Fragen zur Verbesserung der Qualität der Arbeit nicht nur diskutiert, sondern auch die Konsequenzen daraus gezogen. Fortbildungen, Sachfragen und die Vorbereitungen für den einmal im Monat statt findenden Jour-Fix (MitarbeiterInnenvollversammlung) getroffen. Auch die Notwendigkeit verschiedener Curricula wird hier entschieden.

**AG 2** – Organisation und Struktur – vereinfacht und optimiert die Struktur des Projektes

**AG 3** – Öffentlichkeitsarbeit – kümmert sich um die Darstellung des Projektes innerhalb der Medien und Fachpresse.

**AG 4** – Fortbildungen – organisiert die notwendigen Einführungen und Fortbildungen der MitarbeiterInnen.

**AG 5** – Auswertung und Dokumentation – wertet die Zahlen aus und gibt dadurch neue Impulse für unsere weitere Arbeit.

**AG 6** – Integrierte Versorgung – kümmert sich um die Weiterentwicklung des Projektes. Schwerpunkte sind: Das Integrierte Versorgungskonzept und der Kontakt zu den Krankenkassen.

**N**eben all diesen AGs sind die Geschäftsführung und die Koordinatorin des Projektes erwähnenswert. Beide sorgen dafür, dass das Projekt in den einzelnen Schichten und die Dienstplanung zu Stande kommen.

**W**ährend aller Dienste haben wir 2 Hintergrunddienste: Für Fragen Organisatorischer Art und Fragen Medizinischer Relevanz. So haben die Mitarbeiter bei wichtigen Fragen und schwierigen Situationen immer Sicherheit und es kann zusätzlich jemand zur Hilfe kommen bzw. auch ein zusätzliches Krisenteam bei Bedarf organisiert werden.

### Der Niedergelassene als Partnerin und alter „Bekannter“ der Betroffenen

Was gut ist, der niedergelassene Arzt, der mich etwas länger kennt, als ein frisch gebackener Arzt innerhalb einer Klinik, hat auch hier in diesem Projekt einen Platz als UnterstützerIn meines Anliegen, meine Krise ausleben zu dürfen und eine wirklichen Schritt zu einer positiven Weiterentwicklung zu machen.

Wenn ich mir die Rolle der Niedergelassenen ansehe, dann sehe ich hier in diesem Projekt die Chance auf eine echte Weiterentwicklung, die die gesprächslose Psychiatrie ein Ende bereitet und die oft sinnlose Psychopharmakaphilosophie auflöst.

### Krisenpension - Dialog - Integrierte Versorgung, Entlastung und Hilfe auch für Angehörige?!

**A**ls Mutter eines erkrankten Sohnes, der bisher den Zugang zum Hilfesystem nicht gefunden hat, erlebe ich meine ehrenamtliche Mitarbeit im Projekt Krisenpension als ungemein hilfreich. Meine Ohnmacht und Hilflosigkeit, mein tatenlos Zusehen müssen, die Erkenntnis, dass ich als Mutter meinem Sohn nicht hilfreich sein kann - trotz des inzwischen angehäuften Informationsmaterials und Wissens um Zusammenhänge und Möglichkeiten - findet in dieser Begleitungsarbeit einen Ausgleich.

Zeitlich belastet mich das zusätzlich, vermittelt mir aber auch Kraft und Hoffnung. Die Zusammenarbeit mit Profi's und Betroffenen, sowie die unterschiedlichsten Menschen in ihren Krisen zu erleben, deren Angehörigen bei Bedarf hilfreich sein zu können, lässt mich immer deutlicher wahrnehmen, wie entscheidend wichtig es ist, das eigene erwachsene Kind als eigenständige Persönlichkeit zu akzeptieren und es sich den eigenen Weg suchend entwickeln zu lassen.

**W**ie oft misslingt uns Eltern das Loslassen, wenn der Sohn oder die Tochter psychisch erkranken und gerade dann unsere besondere Zugewandtheit, Unterstützung und Begleitung brauchen. Wie oft entstehen daraus Ambivalenzen, die unser Verhältnis zueinander belasten, oder sogar zerstören.

Das Gleiche gilt für die Kinder, Geschwister und Partner der Erkrankten.

Einer der Gründe hierfür liegt in der fehlenden Kontinuität der bisherigen Umgangsweise mit Krisen.

Dem niedergelassenen Arzt bleibt nur die Einweisung in die Klinik. Seine Möglichkeit Soziotherapie oder psychiatrische Hauskrankenpflege zu verordnen, wird bisher von ihm nur selten wahrgenommen und genutzt.

Nach dem Klinikaufenthalt erfolgt in der Regel die Entlassung nach Hause mit dem „Arztbrief“ für den Hausarzt. Wann und ob diese Mitteilung den einweisenden Arzt erreicht bleibt unbekannt.

Es sei denn Angehörige übernehmen hier die begleitende Funktion, sorgen für Informationsfluss und kontinuierliche Fortführung der eventuell notwendigen Behandlung.

In diesen Situationen fühlt sich mit Recht ein Betroffener schnell bevormundet, in kindliche Abhängigkeit zurückversetzt.

Gleichermaßen übernehmen Angehörige wieder ganz selbstverständlich die Verantwortung für ihr Kind.

Konflikte ergeben sich dann aus dem Zusammenfallen von Persönlichkeitsrechten des Betroffenen mit den Ängsten der Angehörigen um ihn.

Nicht selten entsteht hieraus bei Angehörigen eine psychisch emotionale Belastung, die sie selbst ohne den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder einer therapeutischen Begleitung nicht bewältigen können.

**P**rojekte der allseits angestrebten integrierten Versorgung - wie z.B. die Krisenpension, würden hier die Lücke der fachlichen Begleitung füllen und übernehmen können.

Für Betroffene würde das bedeuten, die Verantwortung für sich selbst, die Eigenständigkeit zu behalten und zu fördern.

Angehörige würden nicht mehr als „Behandlungsgehilfen“ in ihrer Beziehung zum Betroffenen belastet.

Solche Projekte würden auch nicht unerheblich dazu beitragen können, so genannten Ersterkrankten den niedrigschwelligen Zugang zum bestehenden Hilfesystem, zur Behandlung zu erleichtern und ihnen eine meist traumatische Ersterfahrung in einer Klinik ersparen.

Unter Umständen werden dadurch chronische Krankheitsverläufe vermieden, die in der Regel mehrere Krankenhausauf-

enthalte, Dauermedikationen, sowie Frühberentungen nach sich ziehen.

**N**icht zuletzt könnte der im Projekt Krisenpension praktizierte Dialog im Rahmen integrierter Versorgung dazu beitragen auf längere Sicht die unterschiedlichen Sichtweisen und Positionen der Beteiligten zu liberalisieren.

Eine daraus resultierende adäquate Begleitung der Betroffenen würde diesen zu bedeutend besserer Lebensqualität verhelfen.

Meine, aus der bisherigen Zusammenarbeit gewonnene Erfahrung ist, dass es zwar hin und wieder kontroverse Standpunkte gab, die jedoch schnell durch gemeinsames Gespräch auf gleicher Augenhöhe zu Ergebnissen im Interesse des betroffenen Klienten führten.

Wenn von allen Beteiligten der individuelle hilfsbedürftige Mensch wahrgenommen wird, sind die Sichtweisen in manchen Bereichen von Angehörigen, Betroffenen und Profi's nicht so weit auseinander, wie bisher angenommen.

**D**as lässt mich persönlich hoffen, dass auch mein Sohn irgendwann die Chance erhält durch solch ein Projekt wie die Krisenpension den Weg in ein selbstbestimmtes, würdevolles Leben zu finden.

### Resümee

Schauen wir uns mal an, was gesprächslose Psychiatrie bedeutet für den Niedergelassenen: 40,-€/Quartal und Patient für Beratung und Gespräch ist durch die Budgetierung die tatsächliche Praxis. Ein Arzt, der das Gespräch für wichtig hält, kann also in 3 Monaten nur drauf zahlen oder auf Psychotherapie umsatteln. Oder er engagiert sich mit der integrierten Versorgung, um neue Verdienstmöglichkeiten zu erobern oder, um nicht nur sein Klientel vor und nach der Krise zu erleben, sondern auch während einer Krise zu erfahren, was das alles mit uns macht, wie wir etwas neues finden können während der Krise? Außerdem arbeitet er/sie dann nicht alleine, sondern ist dann Bestandteil eines Teams. Er kann uns in die Krisenpension überweisen und kann so mit den ärztlichen Teil der Unterstützungsarbeit leisten innerhalb der anderen Bezugspersonen...