

LApK

LApK

Tagungsband 2007



Landestreffen in Hof
Regionaltreffen in Regensburg
Regionaltreffen in Günzburg

TAGUNGSBAND 2007

Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Pappenheimstr. 7, 80335 München

Tel.: 0 89 / 51 08 63 25

Fax: 0 89 / 51 08 63 28

E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de

Geschäftszeiten:

Montag bis Freitag 10.00 – 14.00 Uhr

Beratung:

Mittwoch 11.00 – 13.00 Uhr

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft BLZ 700 205 00 Konto-Nr.: 78 18 100

LVB Angehörige psychisch Kranker



Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.

Vorwort

Karl Heinz Möhrmann,
1. Vorsitzender

4

LANDESTREFFEN AM 13. OKTOBER IN HOF
„Doppelte Belastung für Angehörige: Psychische Erkrankung und Sucht“

„Doppeldiagnosen: was ist das? Versorgungssituation in Bayern“

Karl Heinz Möhrmann,
1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

11

„Cannabiskonsum und seelische Gesundheit“

Dr. Johannes Rentzsch,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

20

„Psychiatrie im Spannungsfeld von Wissenschaft, Klinik und lokaler Versorgungsstruktur – unter besonderer Bezugnahme auf Doppeldiagnosen“

Dr. med. Lothar Franz,
Ärztlicher Direktor der Bezirksklinik Rehau

33

„Erfahrungen mit Doppeldiagnosen aus der Sicht der ambulanten Sozialpsychiatrie“

Brigitte Hauner-Münch,
Dipl.-Psychologin, Psycholog. Psychotherapeutin, SpDi Hof

44

**REGIONALTREFFEN AM 17. MÄRZ
IN REGENSBURG**

„Psychopharmaka – Wohl oder Übel?“

**„Behandlung von psychischen Erkrankungen mit
Medikamenten“** 59

Prof. Dr. med., Dr. rer. nat. Ekkehard Haen,
Bezirksklinikum Regensburg

**„Psychopharmaka – Wohl oder Übel? Aus Sicht der
Angehörigen“** 71

Eva Straub,
1. Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.

**REGIONALTREFFEN AM 21. JULI
IN GÜNZBURG**

**„Neue Modelle der psychiatrischen Versorgung.
Was bedeuten sie für die Angehörigen?“**

**„Entwicklungsperspektiven der psychiatrischen
Versorgung“** 89

Prof. Dr. Thomas Becker,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Günzburg

**„Home Treatment – Fluch oder Segen für die
Angehörigen?“** 102

Karl Heinz Möhrmann,
1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.

**„Home Treatment oder mobiles Krisenteam am Bezirks-
krankenhaus Günzburg – Konzept und Erfahrungen“** 107

Dr. med. Karel Frasch, Oberarzt,
Hannes Müller, Stationsleiter und Krankenpfleger für Psychiatrie,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am BKH
Günzburg

„Home Treatment – und was kommt danach?“ 112

Beate Ringel-Braun,
Sozialpädagogin (FH), Begegnungsstätte „Lichtblick“ des SpDi Günzburg
(Diözesen-Caritasverband Augsburg) und Betreutes Einzelwohnen
(Caritasverband für den LK Günzburg und Neu-Ulm)



Karl Heinz Möhrmann

*1. Vorsitzender des Landesverbandes
Bayern der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.*

Vorwort

Liebe Mitglieder, liebe Freunde und Förderer!

Auch für das abgelaufene Jahr 2007 haben wir für Sie wieder eine schriftliche Zusammenstellung von Vorträgen von den von uns durchgeführten Tagungen erarbeitet. Mit diesen Beiträgen erhalten Sie eine umfassende Übersicht über die Inhalte unserer Veranstaltungen im vergangenen Jahr. Dies soll insbesondere auch eine Hilfe für diejenigen Angehörigen darstellen, welche an der persönlichen Teilnahme an den einzelnen Veranstaltungen verhindert waren.

Die Zahl der Patienten mit einer Doppelerkrankung steigt. Nach Alkohol und Nikotin ist Cannabis das unter Jugendlichen verbreitetste Suchtmittel. Und wo die Wirkungen der Drogen auf psychische Vorbelastungen („Vulnerabilität“) stoßen, kann es zur Ausbildung von psychischen Erkrankungen kommen. Die Zunahme von Doppelerkrankungen bedeutet doppelte, erhöhte Herausforderungen für Therapeuten wie für Angehörige. Betroffene mit einer Doppeldiagnose fallen häufig durch die Ritzen des Versorgungssystems. Nur in wenigen Kliniken gibt es spezielle Doppeldiagnose-Stationen. Auch die Selbsthilfebewegungen für Angehörige von sucht- bzw. psychisch kranken Menschen haben bisher kaum Berührungspunkte. Wir haben uns daher entschieden, diese Problematik als Leitthema des Landestreffens 2007 in Hof zu wählen.

Nach einer Einführung in das Thema „Doppeldiagnosen“ finden Sie einen Beitrag von Dr. Johannes Rentzsch, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, zur „Problematik von Cannabiskonsum und seelischer Gesundheit“. Dr. med. Lothar Franz von der Bezirksklinik Rehau berichtet über „Psychiatrie im Spannungsfeld von Wissenschaft, Klinik und lokaler Versorgungsstruktur“ und Frau Brigitte Hauner-Münch, SpDi Hof, ergänzt das Programm mit einem sehr anschaulichen Beitrag über „Erfahrungen mit Doppeldiagnosen aus der Sicht der ambulanten Sozialpsychiatrie“.

Unterschiedliche psychische Erkrankungen erfordern unterschiedliche medikamentöse Behandlung. Häufig setzen Betroffene nach Abklingen der Krise die Medikamente ab, da sie die Notwendigkeit weiterer Einnahme von Medikamenten nicht einsehen. Auch gibt es immer noch die Meinung, dass Psychopharmaka abhängig machen. Atypische Neuroleptika sind allerorten in der Diskussion. Sind sie wirklich besser als die älteren, billigeren Medikamente? Wie sieht es hier mit den Nebenwirkungen aus?

Zu solchen im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung psychischer Erkrankungen auftretenden Fragen luden wir zu einem Regionaltreffen nach Regensburg ein.

Anlässlich dieser Veranstaltung konnten wir Prof. Ekkehard Haen vom Bezirksklinikum Regensburg als Referenten zum Thema „Behandlung von psychischen Erkrankungen mit Medikamenten“ gewinnen. Eine Zusammenstellung seines Vortrags finden Sie ebenfalls in diesem Band. Die Problematik aus Sicht der Angehörigen beleuchtet Frau Eva Straub, die 1. Vorsitzende unseres Bundesverbandes, in dem Beitrag „Psychopharmaka – Wohl oder Übel? Aus Sicht der Angehörigen“.

Bei einem weiteren Regionaltreffen in Günzburg informierten wir über neue Entwicklungsperspektiven in der psychiatrischen Versorgung. Ein interessanter Aspekt ist Home Treatment (Behandlung zu Hause). Das bedeutet, dass

bei einer psychischen Erkrankung die Akutbehandlung zu Hause als Alternative zur Krankenhausbehandlung stattfindet. Ein multiprofessionelles Behandlungsteam versorgt den Patienten in seiner gewohnten Umgebung. Der Beitrag von Prof. Thomas Becker, BKH Günzburg, geht in diesem Zusammenhang auf „Entwicklungsperspektiven der psychiatrischen Versorgung“ ein. Das Thema „Home Treatment“ wird im weiteren ausführlich in zwei Beiträgen von Dr. Karel Frasc und Hannes Müller, BKH Günzburg, „Home Treatment am BKH Günzburg“ sowie von Frau Beate Ringel-Braun, SpDi Günzburg, „Home Treatment – und was kommt danach?“, beleuchtet.

Als Angehöriger sieht man das Thema „Home Treatment“ zwiespältig. Zwar wird der Patient nicht aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen, die Belastung für die Angehörigen kann sich aber u. U. erheblich erhöhen. Seien wir doch ehrlich, in der akuten Krise wären die Angehörigen vielleicht froh, den Kranken nicht ständig um sich haben zu müssen, sondern ihn in einer Fachklinik versorgt zu wissen, um selbst einmal wieder Luft holen zu können. Und was ist, wenn der Patient aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht mitspielt? Es gibt Hinweise, dass sich Home Treatment nicht für alle eignet. Ist das Ganze also womöglich nur ein Sparmodell, das auf dem Rücken der Angehörigen ausgetragen wird? Der Beitrag „Home Treatment – Fluch oder Segen für die Angehörigen?“ versucht, die Bedenken der Angehörigen zu artikulieren.

Der nicht unerhebliche Aufwand für die Vorbereitung der Beiträge und die Erstellung der Textversionen ist insofern besonders zu würdigen, weil sich unsere Referenten ganz allgemein ohne oder nur für ein geringes Honorar zur Verfügung stellten. Daher möchte ich allen Referenten auch auf diesem Wege Dank und Anerkennung für ihre Beiträge und für die Ausarbeitung und Bereitstellung der Texte aussprechen.



Karl Heinz Möhrmann

1. Vorsitzender



Doppelte Belastung für Angehörige: Psychische Erkrankung und Sucht

Landestreffen 2007 des
Landesverbandes Bayern
der Angehörigen
Psychisch Kranker e.V.

Freiheitshalle Hof
13. Oktober 2007

*Landesverband Bayern der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7 – 80335 München
Tel.: 089-51086325
Fax: 089-51086328*

PROGRAMM

- 10:00 Uhr: Grußworte
- 10:15 – 10:45 Uhr: **„Doppeldiagnosen: was ist das? Versorgungssituation in Bayern“**
Karl Heinz Möhrmann, 1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- 10:45 – 11:45 Uhr: **„Cannabiskonsum und seelische Gesundheit“**
Dr. Johannes Rentzsch, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 11:45 – 12:00 Uhr: Pause
- 12:00 – 12:30 Uhr: **„Psychiatrie im Spannungsfeld von Wissenschaft, Klinik und lokaler Versorgungsstruktur – unter besonderer Bezugnahme auf Doppeldiagnosen“**
Dr. med. Lothar Franz, Ärztlicher Direktor der Bezirksklinik Rehau
- 12:30 – 13:00 Uhr: **„Erfahrungen mit Doppeldiagnosen aus der Sicht der ambulanten Sozialpsychiatrie“**
Brigitte Hauner-Münch, Dipl.-Psychologin, Psycholog. Psychotherapeutin, SpDi Hof
- 13:00 – 14:00 Uhr: Mittagspause
- 14:00 – 15:45 Uhr: **„Sie fragen – wir antworten“**
Erfahrene Angehörige und Profis stehen für Ihre Fragen zur Verfügung
- 15:45 – 16:00 Uhr: Kaffeepause
- 16:00 – 17:15 Uhr: Mitgliederversammlung des Landesverbandes

Liebe Angehörige!

Die Zahl der Patienten mit einer Doppelerkrankung steigt. Nach Alkohol und Nikotin ist Cannabis das unter Jugendlichen verbreitetste Suchtmittel. Und wo die Wirkungen der Drogen auf psychische Vorbelastungen („Vulnerabilität“) stoßen, kann es zur Ausbildung von psychischen Erkrankungen kommen.

Die Zunahme von Doppelerkrankungen bedeutet doppelte, erhöhte Herausforderungen für Therapeuten wie für Angehörige.


Betroffene mit einer Doppeldiagnose fallen häufig durch die Ritzen des Versorgungssystems. Viele Einrichtungen nehmen Patienten mit Doppeldiagnose nicht auf, da diese als schwierig und behandlungsunwillig gelten. Es gibt kein flächendeckendes Versorgungsangebot; nur in wenigen Kliniken gibt es spezielle Doppeldiagnose-Stationen. Auch die Selbsthilfebewegungen für Angehörige von sucht- bzw. psychisch kranken Menschen haben bisher kaum Berührungspunkte.

Wir haben uns daher entschieden, diese Problematik als Thema des diesjährigen Landestreffens zu wählen und vor allem auch Mängel im Versorgungssystem aufzuzeigen.

Und wie immer bieten wir Ihnen am Nachmittag eine Plattform für Fragen und Diskussionen an.

Auch würden wir uns über Ihre Teilnahme an unserer Mitgliederversammlung freuen, die Ihnen die Möglichkeit gibt, sich über unsere Arbeit im abgelaufenen Jahr zu informieren.

Ich freue mich darauf, Sie in Hof begrüßen zu dürfen!
Ihr



1. Vorsitzender



Karl Heinz Möhrmann

*1. Vorsitzender des Landesverbandes
Bayern der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.*

Doppeldiagnosen: was ist das? Versorgungssituation in Bayern

Sucht und psychische Erkrankung („Doppeldiagnose“)

Die Zahl der Patienten mit einer Doppelerkrankung steigt – vor allem Jugendliche sind betroffen.

Es gibt verschiedene Arten von Sucht:

- Drogen, Medikamentenmissbrauch
- Alkohol
- Nikotin (Sonderfall – nicht berauschend; Wirkung auf Medikamente)
- Spielsucht
- Sexsucht
- Essstörungen

...

Ein hoher Prozentsatz Jugendlicher besitzt bereits Alkohol-Erfahrung (90 % der 14-Jährigen, davon regelmäßig 46 %) bzw. betreibt Alkoholmissbrauch (17 %). Gründe dafür können sein: Vorbild der Eltern, Umfeld im Freundeskreis, problemloser Zugang.

„Sie wissen um die negativen Folgen, doch der Genuss hat Vorrang“; deshalb ist hier Aufklärung und Prävention so gut wie wirkungslos.

Nach Alkohol und Nikotin ist Cannabis das unter Jugendlichen verbreitetste Suchtmittel. Regelmäßiger und/oder exzessiver Substanzgebrauch stört den im Jugendalter noch andauernden Reifeprozess des Gehirns. Bleibende Schäden drohen. Es gibt eine dramatisch ansteigende Tendenz des Cannabiskonsums bei Jugendlichen. Die Lebenszeit-Prävalenz der 18- bis 29-Jährigen stieg hier von 1980 bei 15 % auf über 40 % im Jahre 2003. Dazu kommt ein erhöhter THC-Gehalt des „Stoffs“ und nach wie vor mangelnde Kenntnis der Risiken und der Zusammenhänge von Drogenkonsum und psychischen Störungen. Wo Wirkungen der Drogen auf psychische Vorbelastungen („Vulnerabilität“) stoßen, kann es zur Ausbildung von Psychosen kommen.

Die hierdurch bedingte Zunahme der Doppelerkrankungen bedeuten doppelte, erhöhte Herausforderungen für Therapeuten wie für Angehörige.

Dazu kommt evtl. auch noch der forensische Aspekt (Beschaffungskriminalität). Wegen hoher Rückfallraten ist zudem mit „multiplen Behandlungssequenzen“ zu rechnen.

Mögliche Wechselwirkungen:

- Verursachung toxischer (d. h. lediglich temporärer, nach Absetzen der Drogen verschwindender) oder chronischer (über die Phase der Intoxikation hinaus fortbestehender) Psychosen,
- Auslösung von Psychosen bei prädisponierten, vulnerablen Personen, negative Beeinflussung des Krankheitsverlaufs, Erhöhung des Rückfallrisikos,
- verstärkter Konsum bereits psychisch Erkrankter als Versuch einer Selbstmedikation,
- These eines nur zufälligen oder gar der völligen Negierung eines Zusammenhangs von Drogenkonsum und Psychosen.

Vorbeugung (Primärprävention) ist bei Suchtmittelkonsum praktisch wirkungslos, bei Psychosen kaum möglich. Um so wichtiger erscheinen Frühdiagnostik und Frühbehandlung von Suchtkrankheiten und Psychosen.

Spezifische Behandlungskonzepte und ein flächendeckendes Behandlungsangebot für die Patienten fehlen jedoch bisher weitgehend. Dies ist umso folgenreicher, als die Behandlungsmethoden für die beiden Krankheiten (Sucht und psychische Erkrankung) sehr unterschiedlich sind (Gefahr der Fehlbehandlung).

Die Angehörigen müssen lernen, mit den schweren Beunruhigungen und Kränkungen, die die Krankheit mit sich bringt, umzugehen. Denn sie müssen sich schützen, und das nicht zuletzt, um dem Betroffenen beistehen zu können.

Fazit:

Drogenkonsum allein verursacht zwar keine schizophrene Erkrankung, kann jedoch bei vulnerablen Personen den Beginn einer Psychose beschleunigen, deren Symptome verstärken und den Langzeitverlauf der Erkrankung ungünstig beeinflussen. Starker Drogenkonsum kann zu kurzen toxischen Psychosen führen.

Für Doppelerkrankungen folgt daraus die Forderung nach einer (komplexen) Behandlung durch für beide Krankheiten qualifizierte Therapeuten.

Doppeldiagnosen – Was ist zu tun?

Aus einer Tagung „Sucht und Psychose (Doppeldiagnose)“ des „Lindauer Kreises“ am 5. Mai 2007 resultierten Forderungen an die Verantwortlichen in Politik, Verwaltung u. Fachwelt:

1. Prävention durch Aufklärung

Drogenberatung und Suchthilfe müssen über die Risiken des Drogenkonsums für die seelische Gesundheit aufklären.

2. Vernetzung von Psychiatrie und Suchthilfe

Die Kostenträger müssen diese Vernetzung unterstützen, statt sie zu behindern.

3. Fachliche Qualifikation der Therapeuten und Pflegekräfte

Sowohl in Einrichtungen der Suchtbehandlung wie der Psychiatrie müssen für die jeweils andere Fachrichtung qualifizierte Kräfte vorhanden sein.

Zu 2. und 3.: Diese Maßnahmen sind wirkungsvoller, als Spezialeinrichtungen zu schaffen, und wirken kostendämpfend!

4. Leitlinien für Diagnose und Behandlung von Doppelerkrankungen

Es sind Empfehlungen für Behandlungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die beiden Erkrankungen gleichermaßen Rechnung tragen.

5. Flächendeckendes Versorgungsangebot

Von Einzelfällen abgesehen fehlt es an spezifischen (ambulanten wie stationären) Behandlungsangeboten. Es darf nicht vom Zufall (Wohnort) abhängen, ob der Betroffene die fachlich angemessene Behandlung erhält.

6. Zusammenarbeit zwischen Angehörigen Suchtkranker und Angehörigen psychisch Kranker

Auch in der Selbsthilfebewegung ist die Zusammenarbeit der Angehörigen von suchtgefährdeten und suchtkranken Jugendlichen (z. B. Elternkreise) einerseits und den Angehörigen psychisch Kranker andererseits zu fördern.

Versorgungssituation in Bayern

Eine Umfrage des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker auf der Basis der Lindauer Kreis-Thesen bei Kliniken und SpDis ergab weitgehend zustimmende Reaktionen (z. B. Gabersee, Mainkofen, Günzburg).

Im folgenden werden einige wesentliche Aussagen aus den eingegangenen Rückantworten wiedergegeben:

1. Prävention durch Aufklärung

Verstärkte Prävention durch Aufklärung, insbesondere von Jugendlichen, ist unverzichtbar (BKH Taufkirchen/Vils). Die Klinik bietet Vorträge an Schulen und regionalen Bildungseinrichtungen an. Es besteht eine enge Kooperation mit regionalen Suchtberatungsstellen. Verstärktes Engagement politischer Mandatsträger bei Kostenträgern betreffend Frühbehandlung und Rückfallprophylaxe erscheint erforderlich.

2. Vernetzung von Psychiatrie und Suchthilfe

Die versorgungs- und ordnungspolitische Trennung von Psychiatrie und Suchthilfe sind völlig unangemessen, aus fachlicher Sicht inadäquat (BKH Gabersee).

Zustimmung: Die Behandlung von Doppeldiagnose-Patienten ist schwierig; es gibt kein flächendeckendes Versorgungsangebot. *Grund:* Die „Zuständigkeit“ für solche Patienten wird in den verschiedenen Kliniken unterschiedlich gehandhabt.

Zentralisierung mit Schwerpunkten einzelner Krankenhäuser erscheint nicht zielführend, da dann das gesamte gemeindepsychiatrische Netz und das sozialpsychiatrisch-psychotherapeutische Netz verloren gehen (BKH Bayreuth).

Die Versorgungssituation wird jedoch auch teilweise anders beurteilt: In nahezu allen bayerischen BKHs ist die Versorgung durch differenzierte konzeptionelle Angebote sehr gut gewährleistet, weil die meisten Kliniken über Suchtstationen und auch über differenzierte Stationen für fast alle psychiatrischen Zusatzkrankungen verfügen. Auch die flächendeckenden Institutsambulanzen sind auf dieses Phänomen sehr gut eingestellt (BKH Rehau, BKH Ansbach).

Spezialstationen erscheinen nicht sinnvoll oder erforderlich, stattdessen wird besser spezielles Therapieprogramm für den Patienten angewandt (BKH Memmingen).

3. Fachliche Qualifikation der Therapeuten und Pflegekräfte

In den letzten Jahren erfolgte eine drastische Reduzierung von Suchtpräventionsfachkräften. Hier wird am falschen Fleck gespart (BKH Rehau).

Eine umfassende fachliche Kompetenz ist aus ökonomischen Gründen nicht gewährleistet (BKH Taufkirchen).

Mangel an guten Angeboten zur Weiterqualifikation (SpDi Weilheim-Schongau).

4. Leitlinien für Diagnose und Behandlung von Doppelerkrankungen

Die bestehenden Leitlinien der Diagnostik und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sowie weiterer psychischer Erkrankungen sind unzureichend (BKH Taufkirchen, BKH Ansbach).

Problem: vermehrt erfolgt eine reine Entgiftung von alkoholabhängigen und anderweitigen Suchtkranken in somatischen Kliniken auf Stationen der Fachrichtung Innere Medizin. Dies ist jedoch nicht mit dem qualifizierten Entzug in psychiatrischen Kliniken zu vergleichen, da i. d. R. eine weiterführende Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Zusatzerkrankungen unterbleibt (BKH Rehau).

Bei Doppeldiagnose-Klienten bestehen erhebliche Motivationsmängel. Selbst Behandlungen mit kurzfristig vereinbarten Zielen werden abgebrochen. Es fehlen maßgeschneiderte Beratungskonzepte im ambulanten Bereich (SpDi Landshut).

5. Flächendeckendes Versorgungsangebot

Im Nürnberger Land und in Mittelfranken wird die Situation als relativ gut beurteilt (Frankenalb-Klinik Engelthal). Es besteht ein Kooperationsvertrag mit der Suchtberatungsstelle.

Im Raum Landshut/Dingolfing gibt es Plätze für Doppeldiagnose-Patienten im ambulant betreuten Wohnen (SpDi Landshut), ebenso im Landkreis Garmisch (SpDi Garmisch, SpDi München-Nord, SpDi Weilheim-Schongau).

Es erfolgt eine enge Zusammenarbeit der in Sucht und Psychiatrie tätigen Institutionen (SpDi München-Nord, SpDi Garmisch, SpDi Weilheim-Schongau).

In Freyung gibt es in einer WG und in einem Zuverdienstprojekt für psychisch Kranke jeweils 1/4 der Betreuten mit Doppeldiagnose. Es besteht eine gute Vernetzung mit der Suchtberatungsstelle (Caritas Freyung).

Dagegen gibt es anderswo keine stationäre Einrichtung im Landkreis (SpDi Miltenberg).

Fazit:

Es ist einiges in Bewegung, aber es bleibt noch viel zu tun.

Einige Kliniken mit Doppeldiagnose-Stationen (Quelle: Internet)

– ohne Anspruch auf Vollständigkeit –

Isar-Amper Klinikum, Klinikum München-Ost (früher BKH Haar):

Haus 66 e: Station für Patienten mit Doppeldiagnose Psychose & Sucht (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch)

Inn-Salzach-Klinikum (früher BKH Gabersee):

Station S6: Beschützende Doppeldiagnose-Station für Abhängigkeitskranke mit psychotischer Störung

Bezirksklinik Hochstadt a. M.:

Therapiezentrum für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige; Behandlung auch von Patienten mit Doppeldiagnose

Isar-Amper Klinikum, Klinik Taufkirchen (Vils):

Station A5 für Patienten mit Doppeldiagnosen

Bezirksklinikum Mainkofen:

Station B2 für von Doppeldiagnosen betroffene Jugendliche

In Baden-Württemberg existieren ebenfalls einige Fachkliniken, welche Patienten mit Doppeldiagnosen behandeln (Quelle: Internet)

Einige sonstige Einrichtungen (Quelle: Internet):

Bayerische Akademie für Psychotherapie BAP-Ambulanz München

Frauen-Therapie-Zentrum München e.V.

Einige Reha-Einrichtungen (Quelle: Internet):

Caritas Reha Zentrum St. Nikolaus, Schnaitsee
Maximilianshöhe Bayreuth

Niedergelassene Fachärzte (Quelle: Internet):

z. B. Dr. Schütz, München



Dr. Johannes Rentzsch

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Cannabiskonsum und seelische Gesundheit

Teil I

1. Cannabiskonsum nimmt seit den 1990er-Jahren zu

In den letzten 10 Jahren kam es zu einer rapiden Zunahme wissenschaftlicher Publikationen zum Thema „Cannabis“. Überdurchschnittlich stieg die Anzahl der Veröffentlichungen, die sich mit dem Thema „Cannabis und seelischer Gesundheit“ beschäftigten.

Die verstärkte wissenschaftliche Erforschung des Zusammenhangs zwischen Cannabis und psychischer Gesundheit ist von hoher gesellschaftlicher Bedeutung, da seit den 1990er-Jahren in fast allen europäischen Ländern eine Zunahme des Cannabiskonsums zu verzeichnen ist. Dies betrifft besonders Jugendliche und junge Erwachsene. Zusätzlich kam es auch zu einer Senkung des Erstkonsumalters. In Deutschland berichten 21 % der Jugendlichen innerhalb der letzten 12 Monate, 12 % innerhalb der letzten 30 Tage und 27 % mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben. Ähnliche Zahlen berichten die Niederlande, die Slowakei, Spanien und Slowenien; deutlich höhere verzeichnen Frankreich, Großbritannien und die Tschechische Republik; geringere Zahlen hingegen weisen Rumänien, Schweden, Norwegen, Portugal und Polen auf. 1990 berichteten ca. 5 % der jungen Erwachsenen in Deutschland, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, 2005 waren es fast 15%. (Weiterführende Literatur: STAND DER DROGENPROBLEMATIK IN EUROPA 2005, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: <http://europa.eu.int>).

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 20 % der EU-Bevölkerung (62 Mio.) mindestens einmal im Leben diese Substanz konsumiert haben. Insgesamt überwiegt der gelegentliche Konsum, jedoch zeigen 1-4 % der 15- bis 34-Jährigen einen täglichen Konsum, 5 % der 14- bis 24-Jährigen einen Missbrauch und 2 % eine Abhängigkeit von Cannabis, d. h. cannabisassoziierte gesundheitliche und/oder soziale Beeinträchtigungen.

2. Auswirkungen direkt nach Cannabiskonsum

„Beim Mittagmahle erörterte ich mit Schiller die wunderliche Sitte (...), nämlich mittels einer Pfeife ein süßliches orientalisches Harz abzubrennen, über dessen erheiternde Kraft viel Lob zu hören sei.“ Goethe über ein Gespräch mit Schiller.

Konsumenten berichten einerseits über eine bessere Stimmungslage, Entspannung, „Erweiterung“ der Wahrnehmung und Kreativität direkt bei Konsum, andere hingegen erleben auch deutliche negative Effekte. Die berichteten Wirkungen zeigen, dass Cannabis direkt nach der Einnahme zu einer deutlichen Veränderung von neurobiologischen Funktionen führen kann. Es treten z. B. eine gestörte Wahrnehmung bis zu Halluzinationen auf, ein verändertes Zeitempfinden, Größenideen und Euphorie. Zudem können Misstrauen, Ängste und paranoide Ideen, ein gestörtes Denken, eine reduzierte Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, Müdigkeit, allgemeine Verlangsamung und ein emotionaler Rückzug auftreten. Diese Effekte lassen sich auch unter Laborbedingungen in placebokontrollierten Doppelblindstudien replizieren: 10 Minuten nach Cannabisgabe berichteten die Probanden über Wahrnehmungsstörungen, Ängste, Rückzug, Verlangsamung und andere Beschwerden. Nach ca. 3 Stunden waren diese Effekte wieder abgeklungen.

3. Auswirkungen von langjährigem Cannabiskonsum: Führt Cannabiskonsum zu Psychosen?

Ein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten von chronischen psychotischen Erkrankungen, wie z. B. der Schizophrenie, wird schon lange diskutiert. Dies basiert auf den Beobachtungen, dass Patienten mit „Psychosen“ häufiger Cannabis konsumieren als Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen, häufig schon vor der Erstdiagnose der Erkrankung (in einer Untersuchung konsumierten 70 % der Patienten bereits 1 Jahr, 40 % der Patienten bereits 5 Jahre vor Ersterkrankung Cannabis). Außerdem zeigte sich, dass Cannabis konsumierende Patienten früher an Schizophrenie erkranken als Nichtkonsumenten.

Basierend auf diesen Beobachtungen stellt sich die Frage, ob Cannabiskonsum als alleiniger Faktor die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten von Schizophrenie oder anderen psychotischen Erkrankungen erhöhen kann.

Mehrere Arbeitsgruppen führten deshalb Langzeituntersuchungen an Kindern und Jugendlichen durch. Der Untersuchungszeitraum betrug mehrere Jahre (eine Studie erfasste sogar einen Zeitraum von 25 Jahren). Dabei wurden zum ersten Messzeitpunkt soziodemographische Faktoren wie Intelligenz, Persönlichkeitsmerkmale, bestehende psychische Beschwerden und Erkrankungen erhoben. Der Cannabiskonsum wurde dann im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter erfasst. Zum letzten Untersuchungszeitpunkt (im Alter von 18 oder 26 Jahren) wurde zusätzlich erhoben, ob momentan oder in der Vergangenheit psychische Erkrankungen oder psychotische und andere Beschwerden aufgetreten sind.

Die englische Arbeitsgruppe um T. H. Moore fasste kürzlich die Ergebnisse dieser Langzeituntersuchungen zusammen, wobei nur die qualitativ hochwertigsten Studien (= 11) berücksichtigt wurden. Die Autoren kommen zusammenfassend zu dem Schluss, dass Cannabiskonsum höchstwahrscheinlich das Risiko für das Auftreten von psychotischen Beschwerden um ca. 40 % erhöht.

Die Wahrscheinlichkeit war zum Teil höher, wenn die Probanden häufiger Cannabis genommen hatten. Auch die zwei Studien, welche das Risiko für eine psychotische Erkrankung untersuchten (d. h. das psychotische Erleben hatte Krankheitswert) fanden Zusammenhänge zum Cannabiskonsum. Bisher untersuchten wenige Studien das vermehrte Auftreten einer Schizophrenie in Abhängigkeit vom Cannabiskonsum. In einer Untersuchung war dieses Risiko nur bei Probanden erhöht, welche bereits im 11. Lebensjahr – vor Beginn des Cannabiskonsums – über psychose-ähnliche Erlebnisse berichteten (z. B. ausgeprägt magisches Denken) und damit ein erhöhtes Risiko für eine spätere Schizophrenie aufwiesen. Aufgrund der zu geringen Studienzahl konnte nicht abschließend geklärt werden, ob Cannabiskonsums vor dem 16. Lebensjahr schädlicher ist als späterer Konsum.

Die Autoren untersuchten zudem den möglichen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten von Depressionen, Manien bzw. von Suizidideen. Es fanden sich dafür keine deutlichen Hinweise, eingeschränkt durch (a) die geringe Studienanzahl und (b) die mangelnde Studienqualität. Diese Frage blieb ungeklärt.

Aus den bisherigen Beobachtungen stellte sich auch die Frage, warum ca. 90 % der Cannabiskonsumenden keine psychotischen Beschwerden erleiden. Eine mögliche Erklärung könnte – neben nicht näher bezeichneten Schutzfaktoren – an bestimmten Genvarianten liegen, d. h. dass Personen mit bestimmten Genvarianten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit psychotische Beschwerden erleben, wenn sie Cannabis einnehmen bzw. eingenommen haben. In einer Studie zu diesem Thema wurden 883 Kinder regelmäßig alle 2-3 Jahre bis zum 26. Lebensjahr untersucht. Die Autoren fanden, dass die Personengruppe mit einer bestimmten Genvariante des Dopamin-Abbaue Enzyms COMT überdurchschnittlich häufiger eine schizophrene bzw. schizoaffektive Erkrankung im 26. Lebensjahr aufwiesen, wenn diese bereits vor dem 18. Lebensjahr erstmalig Cannabis genommen hatten. Dieser sehr inte-

ressante Befund über eine mögliche Gen-Umwelt-Interaktion sollte aber noch durch weitere Untersuchungen abgesichert werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Im Cannabisrausch können psychotische Symptome auftreten (Dauer: Stunden).
- Cannabis selbst kann eine kurzdauernde psychotische Störung induzieren (Dauer: Tage).
- Cannabis führt zu häufigeren psychotischen Beschwerden und auch zu behandlungsbedürftigen psychotischen Erkrankungen (mögliche Dauer: Wochen bis Monate).
- Eventuell ist auch das Risiko für chronisch-wiederkehrende psychotische Erkrankungen, z. B. Schizophrenie, erhöht.
- Die überwiegende Mehrzahl der Cannabiskonsumanten entwickelt jedoch keine psychotischen Beschwerden.
- Personen mit Risikofaktoren für das Auftreten einer Schizophrenie, bzw. mit bestimmten Genvarianten, sind wahrscheinlich empfindlicher für negative Cannabiswirkungen.
- Schätzungen für Großbritannien besagen, dass ca. 14 % aller „Psychosen“ cannabiskonsum-bedingt auftreten (ca. 800 Fälle pro Jahr für Großbritannien).

4. Auswirkungen von langjährigem Cannabiskonsum: Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit – auch nach Abstinenz?

Mehrere Untersuchungen zeigten, dass direkt nach dem Cannabiskonsum bestimmte Bereiche der geistigen Leistungsfähigkeit, wie z.B. Gedächtnis, Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit und Arbeitsgeschwindigkeit, deutlich eingeschränkt sind. Auch 24 Stunden nach Konsum sind noch geringe Unterschiede nachzuweisen. Ob Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit auch noch Wochen nach dem letzten Konsum vorhanden sind, ist bisher nicht eindeutig geklärt. In einigen psychologischen Tests zeigten Konsumenten mit sehr hohem, sehr langem und/oder sehr frühem Konsum

diskrete Unterschiede im Vergleich zu Nicht-Konsumenten. Die Alltagsrelevanz dieser Auffälligkeiten bleibt aber fraglich.

Eine EEG-Untersuchung (Gehirnströme, die an der Kopfhaut ableitbar sind) unserer Arbeitsgruppe von gesunden, abstinenten Cannabiskonsumanten (fast täglicher Konsum über mindestens 1 Jahr) zeigte, dass ein bestimmter Parameter der zentralen Informationsverarbeitung (P50 sensory gating), ähnlich wie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen, verändert war. Obwohl die Alltagsrelevanz dieser Veränderung unklar ist, zeigte diese Untersuchung, dass hoher Cannabiskonsum auch zu langfristigen Veränderungen der Gehirnfunktion führen kann.

In einer weiteren Untersuchung von abstinenten, sonst gesunden Cannabiskonsumanten mit hohem Konsum fanden wir eine verminderte kognitive Testleistung (geistige Leistungsfähigkeit); Konsumenten mit einem Konsumbeginn vor dem 17. Lebensjahr schnitten nochmals schlechter ab als Konsumenten mit Konsumbeginn nach dem 17. Lebensjahr.

5. Auswirkungen von Cannabiskonsum bei einer vorbestehenden psychischen Erkrankung am Beispiel der Schizophrenie

a) Schädliche Auswirkungen

In Untersuchungen mit Cannabiskonsum konnte man zeigen, dass Patienten mit einer Schizophrenie empfindlicher und stärker auf Cannabis mit unerwünschten Wirkungen reagieren. Direkt nach Gabe traten bei 35 % der Probanden ohne vorbestehende psychische Erkrankung psychische Beschwerden auf, in der Gruppe der Patienten mit einer Schizophrenie traten diese aber bei 80 % auf. Eine Untersuchung an 535 Cannabiskonsumanten, die sich erstmalig wegen psychotischer Beschwerden in stationärer Behandlung befunden hatten, zeigte einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychischen Erkrankungen: Nach drei Jahren traten in dieser Gruppe häufiger psychische Er-

krankungen auf als in einer Nicht-Konsumentengruppe (50% zeigten eine chronische psychotische Erkrankung, 17% eine drogeninduzierte vorübergehende psychotische Störung, 10% eine affektive Erkrankung [Depression, Bipolare Störung] bzw. eine Angsterkrankung; nur 16% benötigten in den drei Jahren keine stationäre Behandlung).

Weitere Untersuchungen zeigen, dass Cannabiskonsum – auch nach Berücksichtigung des Konsums anderer Drogen – sehr wahrscheinlich zu einem früheren Erkrankungsbeginn der Schizophrenie führt (z. T. sieben Jahre früher). Damit fällt der Ausbruch der Krankheit in einen für die psychosoziale Entwicklung besonders wichtigen Lebensabschnitt, in dem viele Weichen für die Zukunft gestellt werden (Ausbildung, Partnerschaft etc.). Außerdem zeigten Cannabiskonsumern mit einer Schizophrenie einen schlechteren Krankheitsverlauf, häufiger Krankheitsrückfälle und Therapieabbrüche sowie doppelt so viele stationäre Aufenthalte als Patienten ohne Cannabiskonsum. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Cannabiskonsum die Erkrankung Schizophrenie mit hoher Wahrscheinlichkeit verschlimmert.

b) Paradoxe Befunde

Dem gegenüber stehen die Ergebnisse von Laboruntersuchungen, welche vermuten lassen, dass Cannabiskonsum nicht nur schädigende Wirkungen hat, sondern in bestimmten Bereichen auch Verbesserungen hervorrufen könnte. (Dies ist nicht ganz so abwegig, wenn man folgendes bedenkt: Alkohol z. B. kann positive Wirkung haben, z. B. fühlt sich jemand weniger unsicher im Kontakt mit anderen Menschen, oder er hat eine bessere Stimmung, trotzdem kann häufiger Alkoholkonsum zur Gesundheitsschädigung führen.)

Einige Untersuchungen ergaben, dass Patienten mit Drogenkonsum weniger Negativsymptome hatten oder in bestimmten Bereichen der geistigen Leistungsfähigkeit besser waren als Patienten ohne Drogenkonsum. Es gibt aber auch Studien, welche dies nicht bestätigen.

Auch unsere Arbeitsgruppe fand paradoxe Befunde zu den Auswirkungen von Cannabiskonsum auf Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (alle Cannabiskonsumern waren zum Zeitpunkt der Untersuchungen mindestens drei Wochen abstinent und hatten in ihrem Leben über einen Mindestzeitraum von einem Jahr fast täglich Cannabis konsumiert).

Wir fanden, dass Patienten mit häufigem Cannabiskonsum früher an der Schizophrenie erkrankt waren als Patienten ohne Cannabiskonsum in der Vorgeschichte. Außerdem zeigte diese Gruppe höhere Konzentrationen der vor allem bei Schädigung der Nervenzellen erhöht gebildeten Nervenwachstumsfaktoren im Vergleich zu den Nichtkonsumenten. Dies könnte auf eine zurückliegende Störung der Nervenzellen hinweisen.

Andererseits fanden wir in einer Untersuchung zur geistigen Leistungsfähigkeit, dass die Patienten, welche regelmäßig Cannabis konsumiert hatten, entweder gleich gut, in einem Test sogar besser abschnitten als Patienten ohne Cannabiskonsum in der Vorgeschichte.

c) Verschiedene Wirkungen

Auf schizophrene Patienten hat regelmäßiger Cannabiskonsum wohlmöglich einen anderen Effekt als auf gesunde Personen. Dies könnte daran liegen, dass bei schizophrenen Patienten das körpereigene Cannabinoidsystem wohlmöglich verändert ist.

Auch in unseren Untersuchungen fanden wir einen unterschiedlichen Einfluss von regelmäßigem Cannabiskonsum auf schizophrene und gesunde Probanden. Im Gegensatz zu den oben referierten Wirkungen bei schizophrenen Patienten zeigten die von uns untersuchten gesunden Cannabiskonsumern keine Erhöhung der Nervenwachstumsfaktoren. Bei der Untersuchung der Gehirnströme zeigten nur die sonst gesunden Cannabiskonsumern eine Veränderung, nicht aber die schizophrenen Cannabiskonsumern.

Zusammenfassend lässt sich feststellen:

- Regelmäßiger Cannabiskonsum verschlechtert den Verlauf einer Schizophrenie.
- Auf Patienten mit einer Schizophrenie scheint Cannabiskonsum eine andere Wirkung zu haben als auf Nichtpatienten.
- In bestimmten Experimenten schneiden schizophrene Patienten mit Cannabiskonsum entweder gleich gut z. T. aber auch etwas besser ab als Patienten ohne Konsum. Insgesamt gibt es dazu aber noch zu wenige Studien. Es könnte sich also auch um ein „falsch positives“ Ergebnis handeln.

Zusammenfassung Teil I**Regelmäßiger Cannabiskonsum bei Personen ohne psychische Erkrankung kann:**

- abhängig machen,
- (bei bestimmten Personen) psychotische Beschwerden oder psychotische Erkrankungen auslösen,
- eventuell trotz Abstinenz (diskrete) Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit verursachen, obwohl die Alltagsrelevanz unklar bleibt (zu wenig Untersuchungen zum Thema).

Fazit der Risikoabwägung: Cannabiskonsum meiden. *Aber:* Seltener Konsum führt nicht notwendigerweise auch zu einer Schädigung oder psychischen Erkrankung.

Regelmäßiger Cannabiskonsum bei Personen mit einer bestehenden Schizophrenie:

- Cannabis hat auf die Schizophrenie unterschiedliche Auswirkungen!
- Es gibt eher Hinweise auf Verschlechterung des Krankheitsverlaufes mit entsprechenden negativen Folgen auf die Lebensqualität (hohe Relevanz für den Alltag).

- In bestimmten Experimenten zeigten sich aber auch positive Effekte durch Cannabiskonsum (unklare bis fehlende Relevanz für den Alltag). Diese sind eher sehr schwach ausgeprägt und eher von wissenschaftlichem Interesse. Außerdem gibt es zu wenige Untersuchungen, es könnte sich also auch um einen fälschlich positiven Befund handeln.

Fazit der Risikoabwägung: Cannabiskonsum meiden, er verschlechtert die Erkrankung und damit die Lebensqualität! Bei „Problemkonsum“ spezielle Therapieangebote nutzen!

Teil II**Ausblick: Das „Double Trouble“ Therapieprogramm**

Cannabiskonsumenten, welche gleichzeitig eine bestehende psychische Erkrankung haben, sollten spezielle Therapieangebote angeboten bekommen, die beide Felder berücksichtigen.

In Zusammenarbeit mit dem Therapieladen e.V. bietet die AG „Schizophrenie“ der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik Campus Benjamin Franklin der Charité Berlin ein spezielles Therapieangebot an: Das „Double Trouble“ Programm. Dies ist eine spezielle ambulant-stationäre Gruppentherapie für schizophrene Patienten mit Cannabiskonsum und besteht aus 10 strukturierten, aufeinander aufbauenden Sitzungen à 90 Minuten für jeweils 8-10 Teilnehmer. Das Programm soll im Folgenden kurz skizziert werden. Für mehr Informationen können Sie mit uns Kontakt aufnehmen (s. u.).

Ziele des „Double Trouble“ Programms

Die Teilnehmer sollen durch die Auseinandersetzung mit dem Thema „Cannabiskonsum und psychische Gesundheit“ im Rahmen des Programms die Fähigkeit erlernen,

- sich eine Abstinenzmotivation zu entwickeln bzw. diese zu stabilisieren;
- sich eine Medikamenten-Compliance zu entwickeln bzw. diese zu stabilisieren;

- die Interaktion zwischen Cannabiskonsum und eigenem psychisch-körperlichem Befinden zu erkennen;
- Veränderungsmotivation und Strategien zum konstruktiven Umgang mit der Erkrankung und dem Drogenkonsum zu entwickeln;
- und – ganz wichtig – eine positive Zukunftsperspektive zu entwickeln.

Prinzipien des „Double Trouble“ Programms

a) Vom Allgemeinen zum Persönlichen

Am Beginn des Programms und einer individuellen Sitzung liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Informationen, danach sollen subjektive Erfahrungen gegenseitig ausgetauscht werden, und schließlich sollen die Teilnehmer versuchen, das Gesagte persönlich zu reflektieren, um für sich ein Fazit zu ziehen. *Ablauf innerhalb einer Sitzung:* Einführung, Themenvorstellung, Gruppenarbeit, Erfahrungsaustausch; *Ablauf innerhalb des Gesamtprogramms:* Sitzung 2-6: Vermittlung von Informationen, Sitzung 7-9: eigene Standortbestimmung und Ziele.

b) Ziel: Keine Belehrung, sondern Selbstreflexion

Der Leiter soll zusammen mit den Teilnehmern eine Atmosphäre schaffen, in der jeder Klient frei über sein mögliches Problem nachdenken kann, es „ohne Druck“ von außen frei reflektieren kann. Deshalb sind Abstinenz und Medikamenteneinnahme keine unbedingten Voraussetzungen für die Teilnahme.

c) Interaktive Gruppenarbeit

Die Teilnehmer sollen durch Erfahrungsaustausch sich gegenseitig als Lernmodell dienen, als „neutrale Sicht von außen“. Da Fehleinstellungen oft bei anderen besser als bei einem selbst erkannt werden können, profitieren die Teilnehmer durch die gegenseitige Interaktion.

Themen der Sitzungen des „Double Trouble“ Programms

1. Sitzung kennen lernen
2. Sitzung Erklärungsmodelle zur Psychosenentstehung
3. Sitzung medikamentöse Behandlung
4. Sitzung Drogen: Hauptwirkung und Konsummuster
5. Sitzung Motive und Risiken des Cannabiskonsums
6. Sitzung Wechselwirkung zwischen Cannabis und Psychose
7. Sitzung individuelle Standortbestimmung
8. Sitzung Ambivalenz, Compliance und Abstinenz
9. Sitzung Veränderungswünsche, Zielbestimmung, Perspektive
10. Sitzung Hilfemöglichkeiten, Reflexion des Gruppenprojekts

Für Kontakt und mehr Informationen zum Programm:

Dr. M. Jockers-Scherübl, maria.jockers@charite.de oder <http://www.therapie-laden.de>.

Kontaktinformationen

Arbeitsgruppe:

Neurobiologische Folgen von chronischem Cannabiskonsum an den Psychiatrischen Kliniken der Charité
www.altis-verlag.de/cannabis

Projektleitung:

Dr. med. Maria C. Jockers-Scherübl,
Chefärztin der Psychiatrischen Klinik Hennigsdorf, Oberhavel; Wissenschaftlerin an der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité, Campus Benjamin Franklin
e-mail: maria.jockers@charite.de

Projektkoordination:

Dipl.-Psychologin Ada Stadelmeier (ada.stadelmeier@charite.de)

Dr. med. Johannes Rentzsch (johannes.rentzsch@charite.de)

Danksagung

Wir danken unseren (ehemaligen) Doktoranden und Diplomanden, Psychologen und ärztlichen Mitarbeitern, insbesondere auch den Mitarbeitern des Therapieladens e.V. und den Probanden, die an den Untersuchungen teilgenommen haben. Ohne die vielen Hilfen wären unsere Untersuchungen nicht möglich gewesen.



Dr. med. Lothar Franz

*Ärztlicher Direktor der Bezirksklinik
Rehau*

Doppeldiagnosen

Psychiatrie im Spannungsfeld von Wissenschaft, Klinik und lokaler Versorgungsstruktur – unter besonderer Bezugnahme auf Doppeldiagnosen

... zugegeben ein etwas verquaster Titel und an sich mehr geeignet, ein Buch darüber zu schreiben als einen Vortrag von 20 Minuten darauf aufzubauen. Dieses besagte Buch wurde knapp drei Jahre nach Eröffnung der Bezirksklinik Rehau herausgebracht, und ein Beitrag zu diesem Buch kam von unserer jungen Klinik, von Frau Elke Kauka und mir, mit dem Titel „Psychiatrie und Öffentlichkeit am Beispiel der neuen psychiatrischen Klinik in Rehau“.

Die Arbeit befasste sich mit der Einstellung der Bürger gegenüber der neuen psychiatrischen Klinik. Hierbei interessierte in besonderer Weise, inwieweit die Voraussetzungen von Seiten der Bürgermeinung für die Durchsetzung einer gemeindenahen Psychiatrie gegeben waren.

Damals ist man in der Arbeit davon ausgegangen, dass die Sichtweise der Bürger vom Grad ihrer Informiertheit abhängig ist. Wir mussten davon ausgehen, dass wir ein gehöriges Stück Arbeit vor uns hatten, um die Grundzüge der modernen Gemeindepsychiatrie zehn Jahre nach der Psychiatrieenquete 1975 der Bevölkerung nahe zu bringen.

Kurze Erklärung der Psychiatrieenquete ...

Alle Parteien hatten sich zusammengefunden, um den desolaten psychiatrischen Verhältnissen damals eine Chance zu geben, sich zu verändern, durch Entwicklung einer Gemeindepsychiatrie, Gleichstellung psychisch mit körperlich Kranken, Gemeindenähe, Kontinuität in der Behandlungskette, Schaffung von Übergangseinrichtungen und Verkleinerung der Großkrankenhäuser durch Schaffung kleinerer Behandlungseinheiten.

Obwohl dies im Jahr 1988 sicher schon zum Teil erreicht war, hinkte die Informiertheit der Bürger oder die Wahrnehmung doch beträchtlich hinterher.

Auffällig war vor allem, dass insgesamt

- 57 % der Befragten Ängste und Bedenken vor unberechenbaren Reaktionen von Patienten äußerten,
- 46 % Ängste und Bedenken, dass Kinder belästigt werden könnten bzw. auf nicht erklärbares Verhalten von Patienten reagiert werden müsste,
- 45 % Ängste und Bedenken, dass Frauen belästigt werden könnten,
- 42 % Ängste und Bedenken vor dem Umgang mit psychisch Kranken,
- 38 % Ängste und Bedenken, den Kranken nicht als solchen zu erkennen, eine außerordentlich wichtige Frage, um die Notwendigkeit der gegenwärtigen Antistigmatisierungsdiskussion richtig einschätzen zu können, darüber hinaus die Befürchtung vor Selbstbetroffenheit, das heißt, in
- 21-26 % der Antworten spiegeln sich die Ängste und Bedenken wider, dass die Bürger selbst oder Verwandte zu Psychiatrie-Patienten in der neuen Klinik werden könnten.

Letztlich waren zwei Dinge festzustellen: die Tatsache, dass bei den Bürgern Rehaus doch erhebliche Befürchtungen vorlagen, wirkte sich auch auf die Akzeptanz gegenüber der Bezirksklinik aus, und ein Mangel an Wissen über Patienten der Psychiatrie und deren unterschiedliche Verhaltensweisen führte ganz offensichtlich dazu, im psychisch Kranken eher eine Bedrohung zu se-

hen, wobei es sicherlich an der Eigen- und Einzigartigkeit verschiedener Krankheitsbilder liegt, dass mit Verunsicherung reagiert wird.

Es gilt also, Errungenschaften der Gemeindepsychiatrie, die zwar vorhanden sind, aber noch nicht im erwünschten Maße wahrgenommen werden, durch beständige Aufklärungsarbeit und Informationen zu begleiten.

Hand in Hand mit der Genugtuung, Informationen an den Bürger heranzutragen, geht jedoch oft auch ein beklemmendes Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber Vorurteilen. Vorurteile gegenüber Menschen, die sowohl an einer Suchterkrankung leiden als auch mit der Diagnose, mit der Plakette, mit dem Stigma einer schweren weiteren psychiatrischen Krankheit behaftet sind.

Ich kann nur staunen und mich allerdings auch ärgern, wenn ich in einem Internet-Artikel, der insgesamt um Wissenschaftlichkeit bemüht ist, zum Thema „Doppeldiagnose“ lesen muss, wörtlich: „wenn die Sucht verrückt spielt, der wohl unberechenbarste und für beide Seiten schwierigste Umgang ist der mit der Doppeldiagnose, d. h., wenn nebst der Sucht auch noch eine psychische Persönlichkeitsstörung besteht, welche sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussen“.

In einem anderen Artikel wird das Bemühen angestellt, durch fünf sogenannte Erklärungsmodelle eine „nosologische Einheit Doppeldiagnose“ aufzustellen.

Solche Versuche tragen keineswegs dazu bei, Vorurteile abzubauen, Ängste vor der sogenannten Unheilbarkeit oder Unnahbarkeit zu reduzieren, sie schaffen allerhöchstens ein Gefühl der Resignation oder des therapeutischen Nihilismus, und das nicht nur beim Patienten selbst, bei den Angehörigen, sondern auch bei den sogenannten Profis, die entweder in den kerntherapeutischen Einrichtungen oder in nachsorgenden Einrichtungen, wie Heimen oder soziotherapeutischen Übergangseinrichtungen oder betreuten Wohneinrichtungen, arbeiten.

Wo Therapie fast unmöglich erscheint, fängt in den Köpfen bekanntlich die Phantasie der Heilung durch Verwahren und Wegschließen an.

Ich gehe noch einen Schritt weiter – mein Wahlspruch ist von jeher:
Jeder Mensch ist eine Sensation!

Ich störe mich an der Bezeichnung „Doppeldiagnosen“ genauso wie ich mich an der Bezeichnung „Belastung“ oder in diesem Fall „doppelte Belastung“ störe.

Wir haben es mit Menschen zu tun und nicht mit Diagnosen, und Sensationen stellen allenfalls Herausforderungen dar, um Probleme des Miteinanders zu lösen.

Interessanterweise vermeiden wir es auch bei Demenzkranken, von Belastungen zu sprechen. So sollten wir auch ganz im Sinne einer Antistigmatisierung besonders Erkrankten an einer Psychose und auch Suchtkranken begegnen.

Mein früherer Chef, Prof. Böcker in Bayreuth, strafte jeden Assistenten, der bei der täglichen Konferenz, bei der zugegebenermaßen auch Diagnosen gestellt wurden, mit Verachtung, wenn beim Aufrufen eines Namens eines Patienten, der entlassen oder aufgenommen wurde, die Antwort kam, meist natürlich – zur Ehrenrettung gesagt – „unüberlegt“, „das ist eine Schizophrenie“ oder „das ist ein Alkoholismus“. Wenn das mehrmals geschah, hatte der Assistent seine Karrierechancen an der Klinik erheblich eingeschränkt und war – zumindest in den Augen meines strengen Chefs – als Psychiater zunächst ungeeignet.

Wir haben auch in den letzten Vorträgen gehört, dass der Begriff der Doppeldiagnose nach wie vor sehr unscharf definiert ist und in den Glossaren der meisten namhaften psychiatrischen Lehrbücher überhaupt nicht aufgenommen

ist. Ich spreche selbst auch lieber von Komorbidität. So bezeichnet man in der Medizin Patienten, die an zwei oder mehr Erkrankungen gleichzeitig leiden.

In der inneren Medizin ist die sogenannte Multimorbidität ein geläufiges Phänomen für Patienten, die an mehreren Erkrankungen zugleich leiden. Die Arztbriefe in der inneren Medizin bestehen auf der ersten Seite meistens nur aus einer Aneinanderreihung von Diagnosen, wobei im Zeitalter der DRG's (=Diagnosis related groups) und der herausgelösten Behandlung einzelner Krankheitsbilder, z. B. eines Entzugszustandes innerhalb ganz weniger Tage bei gleichzeitigem Vorliegen einer definierten psychiatrischen Erkrankung im Sinne der gängigen Diagnoserichtlinien nach DSM 3 oder ICD 10 sich schon erhebliche Probleme ergeben, die im Rahmen des heutigen Tages noch diskutiert werden sollten.

Sie mögen mir vorwerfen, dass dies eine philosophische Betrachtung der Tauglichkeit eines defizienzorientierten Krankheitsbegriffes in der Psychiatrie darstellt, aber ich gebe Ihnen auch zu bedenken, dass sich in dieser Problematik ausdrückt, dass Patienten, die beispielsweise an einer schizophrenen Psychose leiden oder an einer schweren behandlungsbedürftigen Depression, zwar innerhalb von wenigen Tagen von der zusätzlichen Suchtdroge entzogen werden können, deren anrechenbare DRG-Relevanz sich jedoch bisweilen auf eine fünfminütige Konsiliaruntersuchung durch einen mehr oder weniger versierten Kollegen erstreckt.

Nichtsdestotrotz oder vielleicht gerade deswegen möchte ich mich einreihen in den heutigen Verbund von Diskutanten, Referenten und Zuhörern, die den Begriff der Doppeldiagnose definieren als einen Zustand, bei dem mit hinlänglicher Sicherheit bei einem Patienten parallel eine Suchterkrankung und eine schwere psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden kann.

Wir finden unter den schweren psychiatrischen Erkrankungen vor allem schizophrene und depressive, früher sogenannte endogene Psychosen und exo-

gene Psychosen sowie Ich-strukturelle Störungen im Sinne der Borderline-Erkrankung und andere schwere Persönlichkeitsstörungen.

Ich betone bewusst das Attribut „schwer“, weil diese Krankheitsbilder – zumindest phasenweise – fast immer auch stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik erforderlich machen.

Dies ist nicht zuletzt der Grund dafür, dass wir in Deutschland nach wie vor von einer Einführung der DRG's innerhalb der Psychiatrie zunächst verschont geblieben sind.

Wie schauen die Grundzüge einer differenzierten Behandlung von Patienten mit sogenannten Doppeldiagnosen heute aus?

Ich möchte hier einige Forderungen in den Raum stellen, die auch bei der späteren Diskussion noch als Grundlage dienen dürften. Es sei mir verziehen, wenn es zu Wiederholungen zu meinen Vorrednern oder späteren Referenten kommt.

1. Eine wachsende Zahl von gleichzeitig an einer schweren psychiatrischen Erkrankung Erkrankten und an einer Sucht Erkrankten machen die Notwendigkeit zur Entwicklung eigener Konzepte an der Schnittstelle von Substanzmissbrauch und psychiatrischer Erkrankung immer drängender.
2. Die gegenseitige Beeinflussung der Störungen führt im Langzeitverlauf zu sehr komplexen, individuell sehr unterschiedlichen und mitunter schwer diagnostizierbaren Krankheitsbildern, wobei die letzte Zuordnung medizinischen Fachdisziplinen vorbehalten sein sollte.
3. Die Komorbidität besteht aus gleichzeitigen Defiziten auf verschiedenen Ebenen, nämlich der Persönlichkeitsentwicklung, lebenspraktischer Berei-

che, sozialem Verhalten, kognitiven Fähigkeiten und der emotionalen Entwicklung. Diese auf verschiedenen Ebenen stark beeinträchtigten Menschen benötigen einen möglichst niederschweligen Zugang zu Kontakt- und Behandlungsangeboten. Dem wird in der Psychiatrie Rechnung getragen durch spezielle Stationen, die diese Niederschwelligkeit besitzen und mit ihren Angeboten betont auf komorbide Störungen eingehen.

4. Gerade bei der betrachteten Patientengruppe gilt: Abstinenzbereitschaft kann nicht als absolute Behandlungsbedingung vorausgesetzt werden, sondern als anzustrebendes Ziel.
5. Dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung, Compliance, muss sehr viel mehr Beachtung, Zeit und Raum geschenkt werden als bei anderen Patienten.
6. Die zu leistende Motivationsarbeit muss noch mehr als bei anderen Patienten, insbesondere durch psychoedukative Bausteine, begleitet und ergänzt werden.
7. Standardisierte Therapieprogramme werden meines Erachtens zu Unrecht als insgesamt wenig wirksam und wenig geeignet erachtet. Diese Einschränkung gilt nur für die Anfangsphase der Behandlung, ansonsten können standardisierte Therapieprogramme durchaus auch geeignet sein, das Selbstbild des Patienten nach erfolgter Remission einer der beiden Erkrankungen aufzuwerten und sogar zur Entstigmatisierung beitragen.
8. Die Behandlungsplanung muss langfristig und auf kleinere Veränderungsschritte ausgerichtet sein. Es geht dabei tatsächlich mehr um die Stabilisierung des Zustandes und um Schadensbegrenzung als um Heilung. Diesbezüglich sei einmal ins Bewusstsein gerufen, dass wir in der Psychiatrie sehr genügsame Ärzte sind, was leider Gottes auch die Ursache zu manchen Psychiaterwitzen darstellt.

Es dürfte Ihnen bekannt sein, und hier sind wir auch mit allen Selbsthilfegruppen d'accord, der Alkoholismus stellt beispielsweise eine lebenslange Erkrankung dar, man kann sich nur vor den Symptomen schützen und das Ziel einer Psychosebehandlung ist in der Regel eine Totalremission, d. h. das Zurückdrängen fast aller Symptome, was im Übrigen nach einer akuten Exacerbation in der Regel nach frühestens einem halben Jahr erreicht werden kann. Von einer Genese oder Heilung sprechen wir gegebenenfalls seltener in diesem Zusammenhang.

So kommt es auch dazu, dass eben ein langfristiges Behandlungsziel bereits das Akzeptieren und das Verstehen des Patienten und seines Krankheitsbildes darstellt, eine Sichtweise, die anderen medizinischen Disziplinen zum Teil völlig fremd ist.

Lassen Sie mich meine Ausführungen aber noch mit noch etwas kritischeren Tönen zur Gesamtsituation beenden ...

De facto ergibt sich heute auf dem Weg zur Gemeindepsychiatrie folgendes Bild in Deutschland:

Rund 200 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen im Mittel über 144 Betten, die 220 Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben im Mittel 81 Betten, dazu über 8 000 Tagesklinikplätze. In ganz Deutschland stehen also rund 55 000 Therapieplätze zur Verfügung.

Die Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken ist auf dem Papier vollzogen, im Großen wie im Kleinen wird jedoch jeden Tag deutlich, dass hier für alle Beteiligten noch viel zu tun bleibt. Ein Beispiel ist die Unterfinanzierung der ambulanten nervenärztlichen Versorgung; und die Gemeindennähe, wie sie uns vorschwebt, ist, vor allem in Flächenländern – dazu gehören wir, ob wir wollen oder nicht – noch nicht vollständig realisiert.

Lange Anfahrtswege und immer noch fehlendes gemeindepsychiatrisches Verbunddenken sind die Folge. Das heißt, die Kontinuität in der Behandlungskette ist nach wie vor eine schwierig zu realisierende Aufgabe angesichts der Zersplitterung der Kostenträgerlandschaft, der Aufspaltung von Budgets und der vielerorts unübersichtlichen Vielzahl von Diensten mit mannigfachen Schnittstellen.

Gemeindepsychiatrie, wie wir sie heute betreiben wollen, muss als angewandte Sozialpsychiatrie verstanden werden, dann wird auch jedem klar, dass die Diskussion darüber immer eine politische Debatte war und ist, auch wenn sich diese Diskussion in den letzten 20 bis 30 Jahren erheblich gewandelt hat; das heißt, wir können in den letzten Jahren eine Entpolitisierung feststellen, was dem einen recht ist und dem andern nicht passen kann.

Als ich Ende der 1970er-Jahre mit meinem Beruf anfang, wurden immer noch der explizite Abbau von Ungleichheiten, eine gelebte Solidarität und soziale Gerechtigkeit gefordert. Sie werden mit mir schmunzeln, wenn wir die Begriffe nennen, die heute im Vordergrund stehen, wie Zielgruppenmanagement oder gar Ressourcenallokation.

Aber ist man bereits modern und fortschrittlich, wenn man moderne Begriffe verwendet? Darum sollten manche Begriffe, an die wir uns gewöhnt haben, die wir bis vor kurzem als modern anzuwenden glaubten, hinterfragt und schlichtweg abgelegt werden. Dazu gehören Begriffe wie „extramural“ oder auch das Wort von den „komplementären Diensten“.

Bei den immer kürzer werdenden Verweildauern, die uns aus den bekannten Ressourcen der Gesellschaft und von deren Verwaltern, den Krankenkassen, zugestanden werden, verbringt der psychisch Kranke – auch der chronisch psychisch Kranke – den allergrößten Teil des Lebens außerhalb des Fachkrankenhauses, so dass man in einer modernen Gemeindepsychiatrie schon die stationäre Behandlung als komplementär zu bezeichnen hätte.

Der stationäre Bereich einer psychiatrischen Klinik kann so fast nur die Funktion der Krisenintervention übernehmen. Die eigentliche Versorgung hingegen geschieht im außerstationären Bereich, zunehmend durch Tageskliniken, Institutsambulanzen und natürlich arbeitsteilig durch verschiedene Dienste, hervorzuheben besonders der sozialpsychiatrische Dienst.

Dabei kann ich Ihnen allerdings versichern, dass die Versorgungssituation für chronisch Kranke immer komplexer wird und selbst von mir als langjährigem Vorsitzenden der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) Hof/Wunsiedel oft nicht mehr restlos zu überblicken ist.

In diesem Zusammenhang ist auf die zunehmende Zersplitterung der Dienste hinzuweisen – ich zähle einfach mal wahllos auf: Betreuungsstelle, sozialpsychiatrischer Dienst, Sozialamt, Wohnungsamt, behandelnde Arztpraxis oder Klinikambulanz, der gesetzliche Betreuer, der Träger für das Betreute Wohnen, eine Rehabilitationswerkstatt, die Agentur für Arbeit, Psychotherapeuten, vorübergehend die Verantwortlichen des sogenannten Gesamtplanverfahrens, eine Krankenhausstation oder Tagesklinik; alle schreiben, verwalten und reden untereinander über den Patienten viel mehr als mit dem Patienten. Die Forderung nach einer radikalen Vereinfachung wird beantwortet meist mit noch mehr Bürokratie, noch mehr Plänen, noch mehr Formalismus.

Was bleibt uns übrig als die Vision eines Casemanagers mit weit reichenden und trägerübergreifenden Kompetenzen vor uns her zu tragen, wohl wissend, dass es dieses Monster, losgelöst von allen Gängelbändern, in einer wirklich effizienten Form wahrscheinlich nie geben wird.

Trotzdem gilt es, gerade in einer Zeit, in der der niedergelassene Psychiater gesundheitspolitisch nicht gewollt – manche sagen: drastisch stranguliert – wird und die gesamte niedergelassene Ärzteschaft meines Erachtens einen politisch gewollten Bedeutungsverlust erfährt, den Finger in die Wunde zu legen. Es fehlt an Koordination!

Natürlich beinhaltet Gemeindepsychiatrie auch die Forderung, dass sich Kommunen mitverantwortlich für die psychiatrische Versorgung ihrer Bürger fühlen. Das kann aber nicht dazu führen, dass nun erneut jede größere und kleinere Kommune ein neues Netz spannt, wenn nicht zuvor für Transparenz gesorgt ist.

Ich behaupte einfach einmal, wir haben uns ganz gehörig verstrickt, obwohl wir noch nie soviel Angebote an unsere Patienten machen konnten wie heute!

Das vorsichtige Entflechten dieses verstrickten Netzes und Offenlegen der Möglichkeiten – zunächst für uns selbst, für die sogenannten Profis – ist die Voraussetzung, dass der Patient und der Laie überhaupt das Strickmuster, das gewollt ist, begreifen kann. Das Angenehme bei dieser Reform der Reformen ist, dass sie nicht so kostspielig wäre, als jedes kleine Loch im Netz neu zu verspannen.

Synergetische Effekte, wie meist von dem uns hierarchisch übergeordneten Management gefordert, werden sich nicht automatisch einstellen, sind aber – meine ich – nicht mehr ausgeschlossen.

Öffnen wir unsere Tore – wie dies eine Tagesklinik tut –, aber öffnen wir auch unser ganzes Versorgungssystem einer kritischen Betrachtungsweise! Unseren Patienten zuliebe!



Brigitte Hauner-Münch

*Dipl.-Psychologin, Psycholog.
Psychotherapeutin, SpDi Hof*

Erfahrungen mit Doppeldiagnosen aus der Sicht der ambulanten Sozialpsychiatrie

Sehr geehrter Herr Möhrmann,
sehr geehrte, liebe Frau Popp,
sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst auch von meiner Seite ein herzliches Willkommen in Hof und ein ebenso herzliches Dankeschön für die Einladung, hier bei Ihrem Landestreffen sprechen zu dürfen.

Bevor ich mit meinem Vortrag beginne, möchte ich mich Ihnen kurz vorstellen. Mein Name ist Brigitte Hauner-Münch, ich bin Psychologin und Psychotherapeutin und Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Diakonie Hochfranken hier in Hof. Damit vertrete ich die ambulante Sozialpsychiatrie, die neben der Beratungsarbeit des SpDi auch das Betreute Wohnen für psychisch erkrankte Menschen mit zurzeit 54 Plätzen (20 in insgesamt 5 therapeutischen Wohngemeinschaften und 34 im Betreuten Einzelwohnen) umfasst. Daneben bieten wir auch ein niederschwelliges tagesstrukturierendes Angebot in Form einer sogenannten Begegnungsstätte an.

In der Vorbereitung auf diesen Vortrag habe ich auch zurückgeblickt – meine persönlichen Erfahrungen umfassen inzwischen mehr als 20 Jahre in diesem

Arbeitsbereich – und ich kann mich noch sehr gut an „meinen“ ersten Klienten erinnern, dem wir heute die Diagnose „Doppeldiagnose oder auch Komorbidität“ geben würden. Damals stand aber nicht nur in der Diagnose, sondern auch in unserer Betrachtungs- und in unserer Herangehensweise seine psychische Erkrankung – Schizophrenie – ganz klar im Vordergrund. Sofern ich mich richtig erinnere, war sein Alkoholkonsum lange Zeit überhaupt kein Thema. Das wurde er erst ab dem Zeitpunkt, als sein Trinken solche Ausmaße annahm, dass es nicht mehr zu übersehen war. Und ich erinnere mich auch noch gut an viele, immer wiederkehrende Diskussionen innerhalb des Teams, wie wir damit umgehen sollen, ob er z. B. in unserer betreuten Wohngemeinschaft noch tragbar sei. Ich erinnere mich gut an unsere Hilflosigkeit mit diesem Krankheitsbild, das damals noch kaum diskutiert wurde, das es aber auch vor 20 Jahren bestimmt nicht nur in Hof gab.

Damals gab es in der Beratungsarbeit Menschen mit einer psychischen Erkrankung, und es gab Menschen mit einer Suchterkrankung – die einen gingen ambulant zum SpDi, die anderen in die Suchtberatung. Es kam natürlich auch vor, dass bei der Anmeldung neben der psychischen Erkrankung bereits das Suchtproblem angesprochen wurde – dann haben wir gefragt, was im Vordergrund steht und je nach Antwort dann die Menschen sozusagen „behalten“ oder sie zur Suchtberatung geschickt.

Diese Vorgehensweise hat sich inzwischen geändert, und ich möchte Ihnen, wie ja schon der Titel meines Vortrages besagt, unsere Erfahrungen mit Doppeldiagnosen mitteilen – Erfahrungen mit den Betroffenen selber, mit den Angehörigen, aber auch mit dem Helfersystem, und das meint auch mit uns als Fachleuten, als Profis. Und all das vor dem Hintergrund eines ambulanten Settings, das doch andere Bedingungen und Voraussetzungen und Möglichkeiten mit sich bringt als ein stationärer Kontext.

Diese Erfahrungen sind immer persönlich, sie lassen sich zum Teil, aber bestimmt nicht vollständig verallgemeinern, sie haben mit den handelnden Menschen zu tun, aber auch mit den Rahmenbedingungen, unter denen wir hier in Hof, d. h. in Oberfranken, arbeiten.

Zunächst einige Zahlen aus Hof: Etwa 20 bis 25 % unserer Klienten haben eine sogenannte Doppeldiagnose, die allermeisten in Form einer Psychose und einer Alkoholerkrankung, illegale Drogen spielen weniger eine Rolle (wir gehen hierbei allerdings auch von einer gewissen „Dunkelziffer“ aus). Etwa 20 % dieser Klienten leiden an einer anderen psychischen Erkrankung, vor allem an einer Depression oder einer Borderline-Störung.

Diese Krankheitsbilder, das wissen Sie alle, haben zugenommen, wir werden heute viel häufiger mit Menschen konfrontiert, die in immer jüngeren Jahren unter immer schwerwiegenderen psychischen Erkrankungen leiden.

Vornweg: der Umgang, die Beratung und Betreuung von Menschen mit Komorbidität war und ist für uns „Profis“ eine Gratwanderung. Der Unterschied zu der Zeit vor ca. 20 Jahren ist, dass uns diese Gratwanderung heute viel deutlicher bewusst ist.

Aber auch für die betroffenen Menschen selber und für ihre Familien gilt dies: Doppeldiagnose als Gratwanderung, das heißt ja auch – um im Bild zu bleiben –, man kann nach zwei Seiten hin abstürzen.

Wie gehen wir also damit um, was ist aus unserer Sicht gerade im ambulanten Kontext eines Sozialpsychiatrischen Dienstes wichtig, was können wir anbieten, wie arbeiten wir, wo sehen wir Entwicklungsmöglichkeiten, wo sind aber auch die Grenzen unserer Möglichkeiten, das heißt auch, was braucht es noch, um auch ambulant eine sinnvolle und erfolgversprechende Behandlung anzubieten? Was alles heißt überhaupt „Erfolg“? Darüber möchte ich heute zu Ihnen sprechen.

Ich möchte Ihnen zunächst von Frau Müller erzählen, die natürlich in Wirklichkeit anders heißt.

Frau Müller kam vor 10 Jahren erstmals zum SpDi, sie litt an einer Psychose aus dem schizophränen Formenkreis mit paranoiden Wahninhalten, schweren depressiven Episoden mit selbstverletzendem Verhalten – sie fügte sich tiefe

Schnitte an den Armen zu – und immer wiederkehrenden Suizidgedanken. Sie war damals 35 Jahre alt und alleinerziehende Mutter einer 9-jährigen Tochter. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete sie bereits nicht mehr in ihrem erlernten Beruf als Näherin in einer Textilfabrik, sondern sie erhielt wegen ihrer psychischen Erkrankung eine Erwerbsminderungsrente.

Es hat lange gedauert, bis Frau Müller Vertrauen zu mir fassen konnte, sie war ja grundsätzlich zutiefst misstrauisch. Erst nach etwa 1 1/2 Jahren konnte sie mir aus ihrer Kindheit erzählen: das jüngste Kind, 3 ältere Brüder, der Vater Alkoholiker, die Mutter völlig überfordert mit der großen Familie, den täglichen Streitigkeiten, den existentiellen Sorgen. Ab ihrem 6. Lebensjahr ist Frau Müller von ihrem ältesten Bruder immer wieder sexuell missbraucht worden, mit 10 Jahren hat sie erstmals Alkohol getrunken und später hat sie auch angefangen, Drogen zu nehmen. Sie hat nirgendwo Hilfe gefunden, ihre Eltern haben die Augen und Ohren zugemacht, es gab keinerlei Schutzraum für sie – auch im wörtlichen Sinne nicht. Sie hat mir einmal erzählt, dass sie nie eine Tür hinter sich absperren konnte, nicht einmal die Toilettentür hatte einen Schlüssel!

Später gestalteten sich – ich möchte fast sagen „natürlich“ – ihre Beziehungen zu Männern als eine Folge von Katastrophen. Sie hat sich immer wieder genau solche Männer ausgesucht, mit denen sie ihr Bild von sich, nämlich: „ich bin nichts wert, ich habe nichts Besseres verdient“, bestätigen konnte.

Als ihre Tochter auf die Welt kam, hat sie sich ganz fest vorgenommen, ihr eine gute Mutter zu sein, ihr sollte es an nichts fehlen, für sie wollte sie alles richtig und gut machen. Nur, was war richtig und gut? Wie sollte sie das wissen, wo sie es doch selber niemals erlebt hatte?

Ich möchte jetzt nicht zu sehr ins Detail gehen, aber Sie können sich bestimmt vorstellen, wie schwierig das alles war, für die Mutter, die sich wirklich sehr bemüht hat, und natürlich auch für das Kind. Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ wurde ja gerade auch seitens der Angehörigen deutlich in die Öffentlichkeit und damit ins Bewusstsein gebracht.

Ich sagte ja schon, dass Frau Müller bereits sehr früh mit Suchtmitteln, vor allem mit Alkohol, Erfahrungen machen musste. In der ersten Zeit, als ich sie kennenlernte, war das nur am Rande ein Thema. Sie erzählte mir von früherem Alkoholmissbrauch, dieses Problem habe sie aber im Griff, schon allein wegen ihrer Tochter wolle sie nichts mehr trinken. Sie war übrigens immer ganz erstaunlich reflektiert über sich selber, über ihre Problematik, ihre Beweggründe. Ich hatte selten mit Klienten zu tun, die das in der Form konnten und können wie Frau Müller, und es hat wirklich oft Freude gemacht, mit ihr zu arbeiten.

In den ersten 3 Jahren kam sie ganz regelmäßig und zuverlässig zur Beratung. Sie konnte sich deutlich stabilisieren, sie ging auch regelmäßig zum Nervenarzt und hat erstmals auch so etwas wie Lebensfreude und Lebenszuversicht entwickelt und Pläne für eine bessere Zukunft gemacht.

Als sie dann aber einen Mann kennenlernte – er war wie alle anderen auch Alkoholiker – und als sich diese Beziehung zunehmend problematischer gestaltete, fing sie vermehrt an zu trinken, hat es dann aber wieder selber in den Griff bekommen. Schon zu dem Zeitpunkt habe ich verstärkt versucht, sie von einer ambulanten Suchttherapie zu überzeugen. Aber sie war der Meinung, das schaffe sie allein – und hatte vordergründig ja zunächst auch recht damit.

Die nächste Beziehung lief im Grunde nach demselben Muster mit denselben Problemen ab, ihr Alkoholkonsum nahm langsam aber sicher immer dramatischere Formen an, sie hat dann auch ihre Medikamente nicht mehr genommen, war selber auch zutiefst verzweifelt über das, was sie machte, war aber nicht in der Lage, etwas anderes zu tun, also zum Entzug zu gehen, eine Therapie zu machen. Sie meinte immer noch, sie schaffe das allein. Sie hatte natürlich auch große Angst, ihre Tochter zu verlieren. An diesem Punkt war sie für keinerlei Argumente und Unterstützungsangebote mehr zugänglich. Ihr Zustand verschlimmerte sich zunehmend, es war die klassische Alkoholikerentwicklung mit Selbstverleugnung, sich selber und anderen etwas vormachen, das Suchtproblem herunterspielen. Wir haben zu diesem Zeitpunkt auch offen darüber gesprochen, welchen Sinn die Beratung bei mir noch hat. Und ich selber habe

mir durchaus auch immer wieder die Frage gestellt, inwieweit ich mich inzwischen möglicherweise zur Co-Abhängigen mache. Ich war ja, trotz allem immer als Ansprechpartnerin für sie da. Nur – was wäre die Alternative gewesen? Den Kontakt abzubrechen? Ich weiß wirklich nicht, was sozusagen „richtig“ oder „die perfekte Lösung“ gewesen wäre.

Es gab noch einige ziemlich dramatische Entwicklungen, z. B. mussten wir auch eine Unterbringung in die Bezirksklinik Rehau veranlassen, als Folgederer sie sich dann einverstanden erklärte, Betreutes Einzelwohnen zu beantragen. Zu diesem Zeitpunkt brauchte Frau Müller in vielen Bereichen deutlich mehr Unterstützung als „nur“ Beratungsgespräche, sie brauchte sehr regelmäßige Hausbesuche, teilweise auch Unterstützung in lebenspraktischen Angelegenheiten, ihr persönliches Umfeld wurde verstärkt mit einbezogen und auch ein gesetzlicher Betreuer berufen. Das hat zunächst natürlich starke Ängste bei ihr ausgelöst, aber trotzdem hat sie sich dann auf diesen Weg eingelassen, weil ihr selber klar wurde, dass das noch eine Chance für sie sein kann.

Sie ist jetzt seit 3 Jahren im Betreuten Wohnen, sie hatte seither auch noch mehrere Klinikaufenthalte. Ihre Tochter ist inzwischen 19 Jahre alt, hat die Mittlere Reife bestanden und macht seit 2 Jahren eine Ausbildung. Frau Müller hat es also trotz aller eigenen Schwierigkeiten geschafft, ihre Tochter auf einen guten Weg zu bringen.

Frau Müller trinkt immer noch zeitweise, sie nimmt aber auch ihre Medikamente und sie nimmt wieder vermehrt am Leben teil. Es waren oft ganz schwierige Zeiten – für sie und auch mit ihr. Meine Kollegin vom Betreuten Wohnen könnte hier ein sehr langes Lied darüber anstimmen. Es war und ist klar, dass es ihr im Moment nicht gelingen wird, mit dem Trinken aufzuhören. Hätten wir sie also vor die Alternative stellen sollen: entweder unsere Unterstützung oder der Alkohol? Wir haben das in dieser Form nicht getan, weil wir sehen, wie wichtig für Frau Müller diese Hilfe ist, um sich in ihren Möglichkeiten im Leben, ich möchte sogar sagen, am Leben, halten zu können. Das gelingt seit längerem auch ganz gut: Frau Müller ist deutlich stabilisiert, aber sie trinkt, wie gesagt, immer noch und ist eben auch nicht abstinent.

Ich habe hier bewusst keine reine „Erfolgsgeschichte“ erzählt. Mir war es wichtig, genau eine solche Geschichte zu erzählen, bei der nicht alles „rund“ läuft und die kein klassisches Happy End liefern kann. Denn diese Geschichte zeigt sehr realistisch viel von den Problemen von Menschen mit Doppel-diagnosen, sie zeigt auch viel von den Problemen der Helfer, sie zeigt meines Erachtens aber auch einen Weg, mit diesem vielschichtigen Krankheitsbild umzugehen.

Welches sind also die Schlussfolgerungen, die man aus der ambulanten Beratung und Betreuung von Menschen mit sogenannte Doppel Diagnosen ziehen kann:

- Der unseres Erachtens wichtigste Grundsatz lautet: „Abstinenz ist das Ziel, aber nicht die Voraussetzung“. D. h. ambulante Hilfen sind auch dafür da, um Menschen einen Zugang zu weiterführenden Hilfen zu verschaffen. Und mit Zugang meine ich auch einen inneren, persönlichen Zugang, also die Bereitschaft oder besser gesagt die Fähigkeit, sich weiteren Hilfen zu öffnen. Das braucht Zeit und Geduld und Durchhaltevermögen und bisweilen durchaus auch eine gewisse Frustrationstoleranz – und zwar von allen Beteiligten.
- Eine Grundfrage beim Umgang mit Menschen mit Doppel Diagnosen, die man sich als Berater/Therapeut immer wieder stellen muss, lautet: „Wann ist es nötig, beschützend und eher fürsorglich zu handeln und wann muss eher konfrontativ, fordernd und auch begrenzend gearbeitet werden?“ Mit diesem Spagat hat man es immer zu tun – und ich bin mir übrigens auch sicher, dass Sie als Angehörige dieses Dilemma nur zu gut kennen.
Denn therapeutische Handlungsanweisungen, die sich für je eine der beiden Störungsbilder als wirksam erwiesen haben (z. B. der Schutz vor zu hohen Anforderungen des Alltagslebens bei Menschen mit einer Schizophrenie gegenüber der Realitätskonfrontation bei Menschen mit einer Substanzstörung) widersprechen sich oft und stellen Therapeuten und Berater dann vor scheinbar nur schwer zu überwindende Schwierigkeiten.

- Und was ist und wie geht es weiter, wenn es jemand nicht schafft, vom Alkohol/vom Suchtmittel wegzukommen?

Ich denke gerade an eine Klientin im Betreuten Wohnen, die neben ihrer psychischen Erkrankung (Depression, Bulimie mit extremem Untergewicht) eine jahrelange Alkoholerkrankung hat, diese aber vehement bestreitet. Zu diesem Thema ist immer noch keinerlei Zugang zu ihr möglich, und wir wissen nicht, wie lange das noch dauern wird (und da half bisher auch keine Konfrontation). Aber auch bei ihr brechen wir den Kontakt nicht ab, denn sie braucht dringend diese Unterstützung. In diesem Fall ist das tatsächlich im Moment vor allem Überlebenshilfe (in Bezug auf ihr Gewicht). Und das ist unseres Erachtens in solchen Fällen durchaus legitim – es muss aber auch klar sein, dass es darum geht.

- Überhaupt ist die Auftragsklärung – ich benutze jetzt mal diesen eher technischen Begriff – am Anfang und auch deren Überprüfung im Laufe der Betreuung eine wichtige Basis, gerade im Umgang mit Menschen mit Doppel Diagnosen. Gerade hier muss offen ausgesprochen sein, wohin der Klient will, und was er als Betroffener und was wir als Fachleute dafür tun können und müssen. Falls das nicht passiert, besteht nämlich die große Gefahr, dass wir z. B. in Richtung Abstinenz arbeiten, uns wundern, vielleicht sogar ärgern, wenn das nicht einmal annähernd erreicht werden kann, und der Klient will vielleicht nur in Ruhe gelassen werden und eine Anlaufstelle haben, wenn es mal ganz schlimm wird. Dann muss offen verhandelt werden, ob diese durchaus unterschiedlichen Vorstellungen von Hilfe in dem Rahmen, den wir anbieten können, wirklich zusammenpassen.
- Eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten, mit der Suchtberatung und anderen Therapeuten oder Helfern, aber auch – ganz wichtig – mit den Angehörigen ist dabei unbedingt notwendig.
- Sogenannte Rückfälle sollten nicht als Katastrophe gesehen werden, sondern bestenfalls als „Vorfälle“, die passieren und aus denen alle Beteiligten lernen können. Dazu gehört es auch, mit den Enttäuschungen, oft auch mit der daraus resultierenden Mutlosigkeit umzugehen, übrigens auch mit der eigenen.

Viel wichtiger aber mit der des Betroffenen. Immer wieder Mut zu machen, ohne in einen unrealistischen „das wird schon wieder, das ist doch alles nicht so schlimm“-Tonfall zu verfallen – auch das ist eine Gratwanderung. Ehrlichkeit und Authentizität seitens des „Profis“ sind die Basis des Umgangs mit den Klienten – das gilt natürlich nicht nur für Menschen mit Doppeldiagnosen.

- Die psychische Erkrankung darf dabei nicht aus den Augen verloren werden. Nicht selten ist ja der Substanzmissbrauch eine Folge der psychischen Erkrankung und er stellt oft eine Form der Selbstbehandlung, der Selbstmedikation, dar.

Das heißt auch, der zu starre Blick auf den Suchtmittelmissbrauch darf nicht dazu führen, dass z. B. der Druck auf den Klienten zu stark erhöht wird. Das halten diese Menschen nach unserer Erfahrung ganz schlecht aus, es kann dann zu einer psychischen Dekompensation führen und infolge dessen auch zu einem vermehrten Konsum. Eine gewisse Gelassenheit des Umfeldes kann also durchaus hilfreich und letztendlich weiterführend sein. Mir ist natürlich bewusst, dass das oft leichter gesagt als getan ist. *Auch hier gilt also:* es ist eine Gratwanderung.

- Es braucht auch einen stützenden Halt im Alltag, was überhaupt nicht bedeutet, dass den Klienten die Verantwortung für sich und ihr Leben abgenommen wird. Dieser stützende Halt ist manchmal schon dann für die Klienten gegeben, wenn sie wissen, da ist jemand, der regelmäßig zu ihnen kommt (z. B. im Rahmen des Betreuten Wohnens), da gibt es einen SpDi, zu dem sie gehen können und wo jemand da sein wird.

Für eine unserer Klientinnen – mit der Doppeldiagnose Psychose und Alkohol – war dieses Wissen der erste Schritt ins Leben zurück. Und dass da jemand war, der regelmäßig und zuverlässig zu ihr gekommen ist. Das sagt sie heute noch so, wenn wir über ihre schlimmen Jahre sprechen.

- Dieser stützende Halt im Alltag meint aber auch „Beschäftigung“. Aus unserer Erfahrung sind ambulante Hilfen bei Menschen mit Doppeldiagnosen auf Dauer nicht erfolgversprechend, wenn es keine sinnvolle Tagesstruktur gibt. Die Klientin, von der ich gerade gesprochen habe, hat inzwischen wieder

eine feste Anstellung in ihrem erlernten Beruf (der Weg dahin ging zunächst über ehrenamtliche Arbeit und dann einen 1-Euro-Job, und eine solch positive Entwicklung ist natürlich nicht unbedingt die Regel, aber sie passiert eben manchmal Gott sei Dank doch!) – und diese Arbeit gab und gibt ihr Halt, Selbstvertrauen und Lebensfreude und ist die wichtigste Basis dafür, dass es ihr inzwischen wirklich gut geht. Sie ist seit mehreren Jahren trocken – es war ein harter und langer Weg bis dahin, und sie weiß auch heute noch um ihre Gefährdung; sie nimmt ihre Medikamente regelmäßig und kommt inzwischen alleine zurecht. Sie weiß aber, dass sie jederzeit wieder kommen kann – und sie würde es, wenn nötig, auch tun.

- Die Angehörigen müssen, soweit der Klient es will – und wir werden immer in dieser Richtung mit ihm sprechen –, mit einbezogen werden, ihre Ängste, Sorgen, aber auch ihr Wissen müssen ernst genommen werden. Es braucht Psychoedukation, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen von Menschen mit Doppeldiagnosen, in der dieses ganz spezielle Krankheitsbild erklärt wird. Bei der gerade angesprochenen Klientin war es übrigens die erwachsene Tochter, mit der wir sehr eng und für die Mutter hilfreich zusammengearbeitet haben.
- *Es braucht natürlich auch Grenzen:* Empathie heißt nicht zwangsläufig, dass wir jeden Weg, den der Klient vorgibt, mitgehen. Wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, im ambulanten Setting ausreichend für sich selber zu sorgen, müssen wir auch über eine stationäre Unterbringung sprechen und gegebenenfalls – das geschieht bestimmt nicht von heute auf morgen, sondern nach einem meist langen Diskussionsprozess mit vielen Versuchen – jemanden in einer stationären Einrichtung eingliedern. Ein wichtiges Kriterium ist dabei auch, wie sehr ein Klient noch bereit und in der Lage ist, Kontakt zu halten und Absprachen zu treffen.
- Suchtmittel, illegale sowieso, aber auch legale, kosten Geld. Und der Suchtdruck kann dazu führen, dass man es auch mit Beschaffungskriminalität zu tun hat. Diese mögliche Problematik muss im Blickfeld sein, und es müssen entsprechende Vorgehensweisen abgesprochen und Regeln aufgestellt werden.

- Einen „Sonderfall“ stellen noch unsere Wohngemeinschaften dar. Hier muss das Wohl der Mitbewohner deutlich mit berücksichtigt werden, hier gibt es auch strengere Kriterien, vor allem, um die anderen Bewohner zu schützen. Ein wiederholter schwerer Verstoß gegen die Hausordnung, z. B. durch Bedrohung, Diebstahl oder Erpressung der Mitbewohner (das hatten wir alles schon), führt letztendlich zu einer Kündigung unsererseits.
Wir haben inzwischen übrigens auch die Erfahrung gemacht, dass es ziemlich schwierig ist, Menschen mit einer Doppeldiagnose und Menschen mit einer ausschließlich psychischen Erkrankung gemeinsam in einer WG zu betreuen.
- Wir haben hier in Hof bisher jedoch noch keine WG nur für Menschen mit Doppeldiagnosen, sind aber dabei, eine zu planen – die Konzeption gibt es bereits. Wir hoffen, dass wir das in absehbarer Zeit verwirklichen können. Was uns dabei selber noch ein bisschen zögern lässt, sind die viel zu wenigen tagesstrukturierenden Angebote und Beschäftigungsmöglichkeiten in unserer Region. Eine Wohngemeinschaft mit 4 oder 5 Menschen mit Doppeldiagnosen, die alle keine Beschäftigung haben und den ganzen Tag nur miteinander in einer Wohnung sitzen, dürfte ziemlich schnell zum Scheitern verurteilt sein.
- **Um das alles noch mal zusammenzufassen:** Klienten oder Patienten mit Doppeldiagnosen benötigen sehr individuell zugeschnittene integrative Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungsansätze, die alle relevanten Faktoren mit berücksichtigen.
- Es braucht dazu auch eine aufsuchende, flexible, langfristige und niederschwellige Beratung und Betreuung.
Es braucht ein transparentes und gleichzeitig empathisches, also einfühlen-des Setting und auch eine solche Grundhaltung, aber auch klare Absprachen und Regeln und Grenzen.
- Eine ambulante Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnosen erfordert also ein vielschichtiges, sehr differenziertes Vorgehen, es erfordert das Einbeziehen des gesamten Netzwerkes – **heißt also auch:** es erfordert Zeit! Und

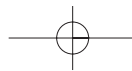
das heißt vor allem im Bezug auf das Betreute Wohnen bessere Personalschlüssel. In Oberfranken liegt der durchschnittliche Schlüssel bei 1:10 mit der Tendenz zu 1:12, das bedeutet insgesamt höchstens 4 Stunden pro Woche. Für alle Tätigkeiten, nicht nur den direkten Kontakt mit dem Klienten. Und das ist oft viel zu wenig.

Um Menschen mit Doppeldiagnosen adäquat betreuen zu können, braucht es also neben der fachlichen und menschlichen Eignung der Profis, der Einbeziehung des professionellen und des persönlichen Umfeldes auch die passenden sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Dafür brauchen diese Menschen mehr Öffentlichkeit für ihr Krankheitsbild – und dafür leisten Sie als Landesverband heute einen wichtigen Beitrag.
Dafür danke ich Ihnen sehr!

Und ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

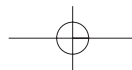
Brigitte Hauner-Münch
Sozialpsychiatrischer Dienst
Luitpoldstraße 18
95028 Hof

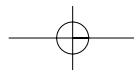
Tel. 092 81 / 81 91 63
Fax 092 81 / 8 19 16 50
sozialpsychiatrischerdienst@diakonie-hochfranken.de



PROGRAMM

- 10:00 Uhr: Grußworte
Karl Heinz Möhrmann;
Prof. Dr. med. Helmfried E. Klein, Ärztlicher Direktor
der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie am Bezirks-
klinikum Regensburg
- 10:15 – 11:15 Uhr: **„Was ist das eigentlich: psychisch krank?“**
Dr. med. Dipl.-Psychologe Dieter Schön,
Bezirksklinikum Regensburg
- 11:15 – 12.15 Uhr: **„Behandlung von psychischen Erkrankungen mit
Medikamenten“**
Prof. Dr. med., Dr. rer. nat. Ekkehard Haen, Bezirks-
klinikum Regensburg
- 12:15 – 13:15 Uhr: Mittagspause
- 13:15 – 14:15 Uhr: **„Psychopharmaka – Wohl oder Übel? Aus Sicht
der Angehörigen“**
Eva Straub, Vorsitzende des Bundesverbandes der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- 14:15 – 14:30 Uhr: Kaffeepause
- 14:30 – 16:00 Uhr: **„Sie fragen – wir antworten“**
Erfahrene Angehörige und Profis stehen für Ihre
Fragen zur Verfügung





Liebe Angehörige!

Unterschiedliche psychische Erkrankungen erfordern unterschiedliche medikamentöse Behandlung.

Häufig setzen Betroffene nach Abklingen der Krise ohne Rücksprache mit Arzt oder Angehörigen die Medikamente ab, da sie die Notwendigkeit weiterer Einnahme von Medikamenten nicht einsehen.

Von mancher Seite wird die medikamentöse Behandlung der Betroffenen generell in Frage gestellt oder sogar als „chemische Keule“ angegriffen. Dies erzeugt Schuldgefühle bei Angehörigen, da diese verständlicherweise eines-teils daran interessiert sind, dass der Betroffene seine Medikamente regelmäßig nimmt, um seinen Zustand zu bessern oder stabil zu halten, sie andererseits aber die unerwünschten Nebenwirkungen wahrnehmen und sich fragen, was sie ihrem Betroffenen eigentlich damit antun. Auch gibt es immer noch die Meinung, dass Psychopharmaka abhängig machen.

Atypische Neuroleptika sind allerorten in der Diskussion. Sind sie wirklich besser als die älteren, billigeren Medikamente? Wie sieht es hier mit den Nebenwirkungen aus?

Zu solchen und anderen im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung psychischer Erkrankungen auftretenden Fragen wollen wir Sie bei dem diesjährigen Regionaltreffen informieren.

Und wie immer bieten wir Ihnen am Nachmittag eine Plattform für Fragen und Diskussionen.

Ich freue mich darauf, Sie zu dieser interessanten Veranstaltung in Regensburg begrüßen zu dürfen!

Ihr

1. Vorsitzender



**Prof. Dr. med., Dr. rer.
nat. Ekkehard Haen,**

*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie der
Universität Regensburg*

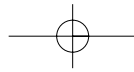
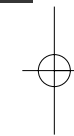
Behandlung von psychischen Erkrankungen mit Medikamenten

Es war geradezu ein epochaler erster Schritt zur modernen Psychiatrie, als der große französische Nervenarzt und Internist Philippe Pinel (1745-1826) als Leiter der berühmten Pariser Heilanstalt „Hôpital de Bicêtre“ im Jahre 1793 seine unruhigen Patienten buchstäblich von den Ketten befreite.

Seit den Pionieren um Pinel gab es eine ganze Reihe bahnbrechender Neuerungen im Bereich der therapeutischen Medikamente und Methoden, die jeweils Verbesserungen für Betroffene und Helfer bedeuteten, die aber fast immer auch mit mehr oder minder unangenehmen Nebenwirkungen bezahlt werden mussten. Es sei nur an die wichtigsten dieser Schritte erinnert.

Medikamente und Behandlungsmethoden vor dem Aufkommen der Neuroleptika („Vorneuroleptische Zeit“)

Opium	1844	Engelke
Barbiturate	1864	von Baeyer
Chloralhydrat	1869	
Paraldehyd	1882	
Diäthylbarbiturat	1903	
Somnifen-Schlafkur	1920	Klaesi
Malaria-Infektion	1927	Wagner von Jauregg



Insulinkoma	1933	
Cardiazolschock	1935	Meduna
Elektrokrampf	1938	Cerletti
Lithium	1949	Cade

Entwicklung der Neuroleptika

In den 1930er-Jahren wurden Phenothiazine als Wurmmittel entwickelt. Es stellte sich bald heraus, dass dieses Mittel auch bei psychischen Erkrankungen wirksam eingesetzt werden konnte. 1938 kam Promethazin (Handelsname Atosil®), ein stark sedierendes Antihistaminikum, auf den Markt. 1952 wurde mit Chlorpromazin (Propaphenin®) ein erstes „Neuroleptikum“ eingeführt.

1958 wurde mit Haloperidol (Haldol®) das erste Butyrophenon-Präparat verfügbar, ein Mittel, welches auch heute noch vielfach eingesetzt wird.

Im Jahre 2002 waren schließlich 28 Wirkstoffe verfügbar, zwei weitere standen vor der Zulassung. Sechs dieser Wirkstoffe sind Depot-Wirkstoffe, erfordern also keine regelmäßige Tabletteneinnahme mehr.

Die Entwicklung der Neuroleptika war sicher seit Philippe Pinel ein epochaler Schritt in der medizinischen Betreuung von Psychosepatienten. Mit ihrer Hilfe erwiesen sich Zwangsmaßnahmen, wie Fixierungen, wesentlich seltener für notwendig und nahmen erheblich ab. Psychopharmaka ermöglichen heute vielfach erst die Wiedereingliederung schizophrener Patienten in die Gesellschaft.

Nebenwirkungen von Neuroleptika

Allerdings haben wirksame Medikamente neben den erwünschten in der Regel auch unerwünschte Wirkungen. 1986 schrieben der aus Funk und Fernsehen bekannte Bremer Pharmakologe P. S. Schönhöfer und sein Kollege U. Schwabe:

„Da die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika nicht von Wirkungen auf die extrapyramidale Motorik zu trennen ist, andererseits psychotische Reaktionen des schizophrenen Typs nur durch antipsychotisch wirksame Dosen zu durchbrechen sind, muss das Auftreten von EPM-Störungen (extrapyramidal-motorische Störungen des Bewegungsablaufs) in Kauf genommen werden.“ Gemeint war das sogenannte „Dogma von Haase“, eines 1961 in München arbeitenden Psychiaters über die fixe Koppelung der antipsychotischen Wirkung an die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen Zittern, Muskelsteifigkeit und Eingebundensein. Die Patienten erleben das Phänomen aus ihrer Sicht so:

„Das Gefühl, während der Langzeittherapie mit Haldol® (später mit Fluanxol®Depot) als seelenloser Fleischklumpen zu existieren, lässt sich folgendermaßen beschreiben:

... Als sehr schwerwiegend erlebte ich die zunehmende Lethargie, Interessenlosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber mir selbst und dem Leben. ... Mein Wille und meine Entscheidungsfähigkeit waren größtenteils platt gewalzt ... Erschwerend waren außerdem die motorischen Störungen, die Langsamkeit, die Steifheit, die Schwerfälligkeit, Lähmungsgefühle und die Empfindung, kein wirklicher Mensch zu sein, sondern ein beliebig austauschbarer Automat, ... wodurch ich im Endeffekt auf reines physisches Überleben und Bedürfnisbefriedigung reduziert war.“ (Eindrücke einer Patientin. Quelle: PPT 9, 50-52, 2002, nach einem Beitrag auf dem 2. Regensburger Symposium zur Klinischen Pharmakologie.)

1975 wurde Clozapin (Handelsname Leponex®) eingeführt. Dieses stellte wegen der guten Wirksamkeit und Durchbrechung des Dogmas von Haase eine weitere Sensation in der Psychopharmaka-Entwicklung dar.

Amüsant, aber möglicherweise nur hinterher gut erfunden, ist in diesem Zusammenhang die Geschichte der Entstehung des Namens dieses Medikaments:

„Jepus, leporis“ bedeutet lateinisch „der Hase“, „ex“ bedeutet „aus“. Somit kann der Name „Leponex“ gedeutet werden als „aus ist's mit Haase“ und seinem oben wiedergegebenen Theorem. Clozapin wurde aus diesem Grund als „atypisches“ Neuroleptikum bezeichnet. Aufgrund dieser Historie wäre Clozapin aber auch als das einzige atypische Neuroleptikum zu bezeichnen! Jede weitere Neuentwicklung musste jetzt aus markttechnischen Gründen ebenfalls als „atypisch“ bezeichnet werden, was heute eine Gruppe höchst unterschiedlicher Medikamente etwas irreführend zu einer vermeintlich einheitlichen Gruppe zusammenfasst:

	Wirkstoff	Handelsname
1990	Zotepin	Nipolept®
1993	Risperidon	Risperdal®
1996	Olanzapin	Zyprexa®
	Sertindol	Serdolect® (nur in Studien)
1999	Amisulprid	Solian®
2000	Qetiapin	Seroquel®
2002	Ziprasidon	Zeldox®
2004	Aripiprazol	Abilify®
ante portas:	Bifeprunox	

Auch der Fortschritt von Clozapin musste leider wieder mit einer unerwünschten Arzneimittelnebenwirkung erkauft werden. Bei Einnahme von Leponex® muss das Blutbild wegen möglicher Blutbildveränderungen sorgfältig und kontinuierlich überwacht werden. Andere Wirkstoffe haben andere Vorteile und andere Risiken. Einige, wie Clozapin und Olanzapin, können bei den Patienten zu einer erheblichen Gewichtszunahme führen. Andere tragen kardiale oder hormonelle Risiken in sich, sodass im Einzelfall die Medikation

heute immer auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden muss.

Laut der amerikanischen „CATIE“ Studie, in welcher insgesamt 1493 Patienten mit verschiedenen neueren und älteren Neuroleptika behandelt wurden, gab die Mehrzahl der betrachteten Patienten die Einnahme der verordneten Medikamente wegen Unwirksamkeit oder wegen intolerabler Nebeneffekte wieder auf. Die Verbesserung der Verträglichkeit der Medikamente und damit zusammenhängend die Verbesserung der Compliance ist heute Gegenstand der psychopharmakologischen Bemühungen. Das Ergebnis wird sicherlich kein Quantensprung sein, der den historisch geschilderten entsprechen kann. Für den individuellen Patienten ist aber gerade diese Entwicklung von besonderer Bedeutung, weil nicht nur er heute nach seiner Meinung gefragt wird, die Therapie der Zukunft wird die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen sehr viel mehr einbeziehen können als in der Vergangenheit.

Ein Problem für eine effiziente Weiterentwicklung von Arzneimitteln sind die rasant gestiegenen Entwicklungskosten. Diese stiegen im Mittel pro Arzneimittel von ca. 100 Millionen Euro in 1980 auf ca. 800 Millionen Euro in 1998. **Generell gilt:** neue Medikamente sind teuer, weil sie patentgeschützt sind. Der Preis ist marktkonform und daher veränderbar, d.h. nach Ablauf der Schutzfrist sinkt im Allgemeinen der Preis aufgrund des Erscheinens von Generika (Nachahmungsprodukten von Drittherstellern) am Markt. [Der Hersteller versucht deshalb, während der Laufzeit des Patentschutzes die Entwicklungskosten möglichst wieder hereinzubekommen.]

In der Vergangenheit wurden offensichtlich Nebenwirkungen von Medikamenten systematisch übersehen. Jedes 4. bis 5. Medikament musste nach der Zulassung von unerwarteten Nebenwirkungen bereinigt werden. Der „Informationsdienst Wissenschaft (idw)“ forderte daher 2006: „Studien müssen auf

die Erfassung von Nebenwirkungen ausgerichtet werden“. *Problem ist jedoch:* Wer soll das bezahlen? Darum ist es hilfreich, sich einmal die Phasen der Entwicklung und der klinischen Prüfung eines Medikaments und vor allem dessen Kosten zu vergegenwärtigen.

Phasen der Klinischen Prüfung

	<i>Probanden:</i>	<i>Studienziel:</i>
Phase I	Gesunde	Pharmakokinetik ¹ Dosisfindung (Verträglichkeit)
Phase II	Patienten	Pharmakokinetik Dosisfindung (Verträglichkeit) (Wirksamkeit)
Phase III	Patienten	Wirksamkeit in der beanspruchten Indikation Verträglichkeit
Zulassung		
Phase IV	Patienten	Anwendung in der Praxis Pharmakovigilanz ² über UAW Meldungen AMÜP-AGATE AkdÄ ³
Phase V	Patienten	Wirksamkeit in neuer Indikation Verträglichkeit

¹ Die Pharmakokinetik beschreibt, wie rasch und in welchem Ausmaß nach der Verabreichung eines Stoffes dieser anschließend im Blutplasma und in den verschiedenen Körpergeweben auftritt und wo und in welcher Weise er wieder ausgeschieden wird. Anwendung in der Arzneimittelentwicklung, wenn es gilt, für einen Arzneistoff eine passende Darreichungsform und sinnvolle Dosierungsempfehlungen zu entwickeln.

² Pharmakovigilanz bedeutet die laufende und systematische Überwachung der Sicherheit eines im Handel befindlichen Arzneimittels mit dem Ziel, dessen unerwünschte Wirkungen zu entdecken, zu beurteilen und zu verstehen, um entsprechende Maßnahmen zur Risikominimierung ergreifen zu können.

³ Arzneimittelüberwachung der Psychiatrie (AMÜP)
Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE)
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Kosten der Entwicklung eines Arzneimittels

<i>Entwicklungsphase:</i>	<i>Dauer:</i>	<i>Kosten 1990:</i>
Basisforschung	1 Jahr	43 Mio €
Präklinik	1 Jahr	43 Mio €

Klinische Forschung

Phase I	2 Jahre	69 Mio €
Phase II	1 Jahr	86 Mio €
Phase III	3 Jahre	95 Mio €
Zulassung	1 Jahr	Σ: 336 Mio €
Phase IV	offen	
Phase V	3 Jahre	95 Mio €

Klinische Prüfung: Probandenzahl

	<i>Probanden:</i>	<i>Zahl der Studien:</i>	<i>Probanden pro Studie:</i>
Phase I	Gesunde	2-3	*10-20
Phase II	Patienten	2-3	*10-20
Phase III	Patienten	4-5	*100-1 000
Zulassung			Σ: 5 000-10 000
Phase IV	Patienten		x *1 000 000

Während der Entwicklung eines Arzneimittels kommt nur eine im Vergleich zu den späteren Nutzern sehr kleine Zahl von Menschen in Kontakt mit dem

neuen Wirkstoff. Aus rein statistischen Gründen können daher keine „seltenen“ Arzneimittelrisiken erkannt werden.

UAW-Häufigkeit

Agranulozytoserisiko⁴:

Metamizol	0,003 %	1/30 000 Anwender
Clozapin	0,2-0,3 %	2-3/1 000 Anwender
1/10 000-1/20 000 Anwender in klinischen Prüfungen = 0,01-0,005 %		

⁴ Eine Agranulozytose ist eine starke Verminderung der Granulozyten, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen (Leukozyten).

Medikamente müssen daher nach ihrer Zulassung überwacht werden im Sinne der „Pharmakovigilanz“. Aber: nur etwa 5 % aller schweren UAW werden dem Pharmakovigilanzsystem tatsächlich gemeldet!

Wie sicher ist ein zugelassenes Arzneimittel?

Beispiele für erst nach längerer Einnahme aufgetretene UAW:

Agranulozytose	Clozapin	> 7 Jahre
Leberschäden	Trovafloxacin	> 1 Jahr
Herzrhythmusstörungen (QTc-Verlängerung im EKG)	Terfenadin	> 20 Jahre rezeptfrei
Agranulozytose	Metamizol	> 40 Jahre rezeptfrei

Offensichtlich lassen sich UAW oft mit Sicherheit erst nach Jahren nachweisen. Eine Verkürzung dieser Zeitspanne ist nur möglich, wenn sich alle aufmerksam an der Beobachtung der Wirkung neuer Medikamente, sei sie erwünscht, aber vor allem auch unerwünscht, beteiligen. Das dafür notwendige Pharmakovigilanzsystem fiel aber schon immer den Sparzwängen im Gesundheitswesen zum Opfer, würde in Wirklichkeit aber sehr viel Geld sparen helfen, wenn es wirklich ernst genommen würde.

Bayern ist hier mit dem Klinikverbund AGATE vorbildlich, in dem sich flächendeckend alle psychiatrischen Versorgungskliniken zusammengeschlossen haben, um die Sicherheit und Effektivität der Arzneimittelanwendung in ihren Häusern nicht nur auf dem heutigen Stand sicherzustellen, sondern nach Möglichkeit zu verbessern. Leider wird aber auch die AGATE nur durch das individuelle Engagement seiner Mitarbeiter getragen. Für einen wirklich professionellen Betrieb fehlen auch der AGATE die notwendigen Personal- und Sachmittel. *Ja schlimmer noch:* Das Erreichte steht unter der beständigen Gefahr, den Sparzwängen im Gesundheitswesen und Zuständigkeits-Eitelkeiten geopfert zu werden.

Dabei ist die Zahl der Todesfälle durch unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln (UAW) vierfach so hoch wie die Zahl der Verkehrstoten. UAW gehören zu den häufigsten und teuersten Krankheitskomplexen. Schätzungsweise die Hälfte aller UAW sind vermeidbar. Insbesondere die pharmakologischen Wechselwirkungen bei Multimedikation (Psychopharmaka mit internistischen und allgemeinmedizinischen Medikamenten) bereiten Probleme. Die sich daraus ergebenden „Kunstfehler“ können zu strafrechtlichen und haftungsrechtlichen Konsequenzen für die behandelnden Ärzte, aber auch für die Krankenhäuser führen.

Die leitenden Ärzte der Bezirkskrankenhäuser haben schon sehr frühzeitig diese Problematik erkannt und sich Ende der 1980er-Jahre nach einem Pilotprojekt der Ludwig-Maximilian-Universität München unter dem Dach des Verbandes der bayerischen Bezirke zu dem Klinikverbund AMÜP Bayern (Arzneimittelüberwachung in der Psychiatrie) zusammengeschlossen. Die AMÜP-Beauftragten der Kliniken treffen sich regelmäßig alle zwei Monate in der Verbandsgeschäftsstelle zum Erfahrungsaustausch und zur Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente des Systems zur Vermeidung von UAW.

Zwischenzeitlich hat sich die AMÜP Bayern zur Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE) weiterentwickelt, in dem neben den Versorgungskrankenhäusern auch zwei Qualitätszirkel niedergelassener Psychiater an der Erfassung und Dokumentation schwerer UAW eingebunden sind.

Die AGATE ist ein Verbund aus derzeit 38 teilnehmenden Kliniken, der durch Dokumentation von UAW und Ordnungsverhalten, regelmäßige Fallbesprechungen, Durchführung von klinischen Studien und Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen sowie einen Arzneimittelinformationsdienst und eine Bildungsakademie ein effektives Pharmakovigilanzsystem bildet. Die AGATE meldet die von ihr dokumentierten UAW regelmäßig an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

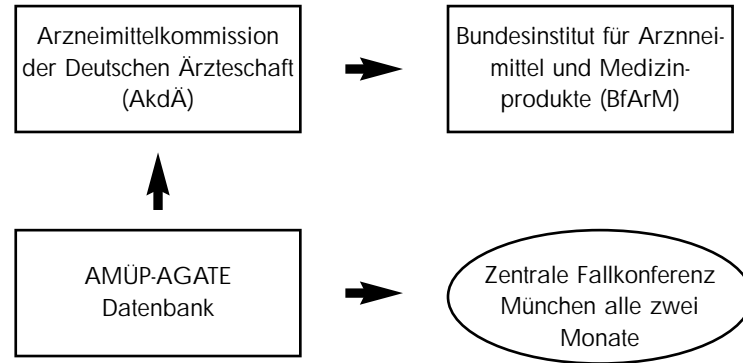
Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE). Beteiligte Kliniken (Stand Januar 2007):

- KH Agatharied
- BKH Ansbach
- SLK Arnsdorf
- BKH Augsburg
- KH St. Getreu Bamberg
- BKH Bayreuth
- TK Cham
- Klinikum am Europakanal Erlangen
- BKH Engelthal
- Furtbachkrankenhaus Stuttgart
- BKH Gabersee
- Christophsbad Göppingen
- BKH Günzburg
- BKH Haar
- NLK Hildesheim
- Psychosomatische Klinik Höhenried
- Danuviusklinik Ingolstadt
- BKH Ingolstadt
- Isarklinik Bad Tölz
- BKH Kaufbeuren
- BKH Kempten
- Bavaria Klinik Kreischa/Sachsen
- BKH Landsberg/Lech
- BKH Landshut
- BKH Lohr am Main
- BKH Mainkofen
- BKH Memmingen
- Klinikum Nürnberg
- BKK Obermain
- BKH und Universität Regensburg
- BKH Rehau
- BKH Straubing
- BKH Taufkirchen
- ZFP Weissenau
- BKH Werneck
- BKH Wöllershof
- WKH Köppern

Qualitätszirkel niedergelassener Psychiater:

- Regensburg
- Straubing/Bogen

UAW -Meldeweg



Zusammenfassung:

Die Anwendung von Psychopharmaka erfordert sehr viel Geduld, Finger-spitzengefühl und Abstimmung zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen.



Eva Straub

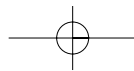
1. Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Psychopharmaka – Wohl oder Übel?

Aus der Sicht der Angehörigen

Medikamente werden verschrieben und eingenommen, weil sie etwas bewirken sollen. Schmerzmittel, das leuchtet ein, vertreiben den Schmerz. Jeder weiß, dass damit die Krankheit nicht beseitigt ist. Das nehmen wir in Kauf. Medikamente, die fehlende Körpersubstanzen ersetzen, wie bei Diabetes, schlucken wir oder lassen sie spritzen, auch wenn wir wissen, dass wir das ein Leben lang tun müssen. Antibiotika bekämpfen Bakterien. Die meisten Menschen akzeptieren Antibiotika bei einer Infektion, auch wenn diese Nebenwirkungen haben. Ein Mensch mit Bluthochdruck muss blutdrucksenkende Mittel nehmen, auch wenn sie ihn müde machen. Nicht so bei Psychopharmaka. Ihre Akzeptanz ist problematisch. Bloße Abneigung kann es nicht sein. Sind es Vorurteile oder tiefer sitzende Gründe?

Könnte man die Wirkung von psychiatrischen Medikamenten auf dem Bildschirm ablesen, wäre die Entscheidung für oder wider wohl einfacher. So aber müssen die Angehörigen glauben, was der Arzt sagt, was die Statistiken zeigen, was der Patient sagt, was sie irgendwo gehört haben. Daraus ergibt sich ein Gemisch aus Vorurteilen, Halbwissen, Unsicherheiten, Hoffnungen und Ängsten. Diese psychische Konstellation begleitet Angehörige über lange Zeit und macht ihnen schwer zu schaffen.



Woher stammen die Vorbehalte gegenüber medikamentöser Behandlung bei psychischen Erkrankungen? Warum wehren sich Betroffene und Angehörige, die Pillen gegen Schmerzen schlucken und Spritzen über sich ergehen lassen, gegen Psychopharmaka? Oder setzen sie so schnell wie möglich ab? Hat das vielleicht mit dem „schlechten Ruf“ der Psychopharmaka zu tun, mit der Propaganda der „Antipsychiatrie“? Oder steckt dahinter auch das Unbehagen, in seelische Zusammenhänge von außen mit chemischen Mitteln einzugreifen?

Ich versuche einmal, mir vorzustellen, was im Unterbewusstsein bei noch psychiatrie-unerfahrenen Angehörigen abläuft, wenn das Thema „Behandlung mit Medikamenten“ zum ersten Mal angesprochen wird.

„Die Seele ist etwas sehr Empfindliches. Wer weiß, sie gerät vielleicht für immer aus dem Gleichgewicht, wenn in die Selbstheilungskräfte eingegriffen wird. Was dann? Weiß man denn, wie sie auf Eingriffe von außen reagiert? Und was sind Medikamente anderes, als Eingriffe in die komplizierten Abläufe der Seele? Da fallen mir Geschichten ein von Gehirnwäsche, von manipulierter Seele und von unwiderruflich veränderter Persönlichkeit, von Psychodrogen, mit denen Menschen politisch gefügig gemacht wurden und werden.“

Fürwahr ein Horrorszenarium. Ohne fachliche Informationen über Wirkungsweisen von Psychopharmaka und über Ziele medikamentöser Behandlungen setzen sich solche Gedanken fest, und Ängste und Zweifel bestimmen die Einstellung der Angehörigen zu Psychopharmaka vielleicht für immer. Nicht immer sind die sichtbaren Ergebnisse dazu angetan, die Befürchtungen der Nahestehenden zu beseitigen. Dennoch kann man ganz allgemein sagen, dass zwei Drittel aller Angehörigen die medikamentöse Behandlung befürworten, wenn auch mit Bedenken und Einschränkungen.

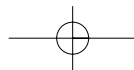
Krankheit und Gesundheit

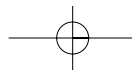
Nachdenken über Psychopharmaka als Wohltat oder Übel setzt voraus, dass wir uns einig sind, es mit einer Erkrankung, die sich als Verhaltensänderung, als Aggression, als selbst- oder fremdschädigendes Verhalten äußert, zu tun haben. Halten wir es nicht für eine Krankheit, sondern für bewusst herbeigeführtes Unruhestiften, Angstmachen, Leistungs- oder Schul-Verweigerung, das/die von dem Betroffenen an- und abgestellt werden kann, dann erübrigt sich eine Diskussion über Medikamente.

Nicht selten ist es diese unterschiedliche Sichtweise – Krankheit oder gewolltes Verhalten –, die in den Familien für Missverständnisse und Auseinandersetzungen zwischen den Angehörigen und dem Betroffenen aber auch unter den Angehörigen in der betroffenen Familie führt.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert seelische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beitragen zu können.“ Mir fällt dabei auf, es ist nicht von Glück oder Zufriedenheit die Rede, sondern von Leistungen, von Rollen und Aufgaben. Jemanden seelisch gesund machen, hieße also, für den einzelnen Menschen Voraussetzungen zu schaffen, dass er seine Rolle in der Gesellschaft, in der Familie, in der Schule und im Arbeitsleben finden und erfüllen kann.

Alle Fürsorge und alle Unterstützungsanstrengungen der Angehörigen haben letztlich zum Ziel, dass das psychisch kranke Familienmitglied wieder fit fürs Leben wird. Über allem jedoch steht ihr Wunsch, dass der Betroffene eine selbst empfundene Lebensqualität mit Zufriedenheit und Wohlbefinden erreicht. Diese subjektive Lebensqualität unterscheidet sich häufig von dem, was Angehörige und Psychiater für eine erstrebenswerte Lebensqualität halten. Sehr deutlich zeigt sich diese unterschiedliche Vorstellung, wenn es um





die allgemeine psychiatrische Behandlung und ganz besonders, wenn es um die medikamentöse Behandlung geht. In vielen Familiendiskussionen prallen die gegensätzlichen Meinungen über Notwendigkeit oder Schädlichkeit von Psychopharmaka aufeinander. So schwierig und gelegentlich verletzend solche Auseinandersetzungen in den Familien auch sein mögen, ich sehe darin die große Anteilnahme der Angehörigen für ihr psychisch erkranktes Familienmitglied. Ihnen ist es nicht gleichgültig, was aus dem geliebten Familienmitglied wird, daher wollen sie Einfluss nehmen und mitreden. Dennoch, und das müssen alle lernen, die mit psychisch kranken Menschen zusammenleben und sie therapeutisch begleiten, das Wohlbefinden des psychisch Kranken ist gebunden an das Gefühl, selbst bestimmen oder zumindest mitbestimmen zu können, was Lebensqualität bedeutet. Aus dieser Diskrepanz der Vorstellungen von einem gelungenen Leben erklärt sich die Kritik so mancher psychisch Kranker an ihren Angehörigen, denen sei nur an ihrem „Wiederfunktionieren“ gelegen.

Für etliche Angehörige geht dieser Wunsch auch wirklich in Erfüllung, aber beileibe nicht für alle. Warum einige der Betroffenen auf Dauer stabil, andere teilweise krisenfrei bleiben und wieder andere ständig mit der Krankheit zu kämpfen haben, kann auch ein Psychiater trotz langen Studiums nicht mit Sicherheit sagen und schon gar nicht voraussagen.

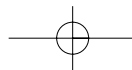
Daher verwundert es nicht, dass Angehörige sich Gedanken machen, inwieweit Medikamente helfen können, die Symptome zum Verschwinden zu bringen und den Erkrankten aus seiner seelischen Einsamkeit zu befreien, seine Wahnvorstellungen zu beenden und die Stimmen zum Schweigen zu bringen. Und der Patient? Oftmals haben Angehörige den Eindruck, ihm sei nicht sehr daran gelegen. Er muss das doch auch wollen! Er muss doch wieder reden, ausgehen, feiern, arbeiten, eben wieder richtig leben wollen! Das verstehen wir Angehörigen unter „sein Leben meistern können“. Was aber versteht der Betroffene darunter? Was will er selbst?

Individuelle Vorstellungen von Lebensqualität

Die Antwort kann äußerst überraschend ausfallen. Die einen überschätzen sich und ihre wiedergewonnene Belastbarkeit, und andere wollen gar keine Veränderung des, wie wir meinen, kärglichen, von psychischer Krankheit geprägten Lebens. Der Patient aber hat sich in dieser Situation vielleicht eingerichtet und sieht keinen Sinn in einer Veränderung. Er lebt gern in seinen Wahnvorstellungen, fühlt sich als Mensch mit ganz besonderen Fähigkeiten und hat Angst vor dem normalen Leben. Nur er hört Dinge, die andere nicht hören können, nur er erkennt Gefahren, die seine Angehörigen und sein Psychiater, seine Freunde nicht wahrnehmen. Er ist zum Retter der Welt berufen. Wieso sollte er die Pillen schlucken, die ihm diese Fähigkeiten rauben und noch dazu Beschwerden machen, die er nie hatte? Er wäre ein Nichts danach, nur noch ein kranker Mensch, den alle bemitleiden, einer der von Sozialhilfe lebt und den alle schief anschauen.

Manche Angehörige fragen sich ab und an, ob sie ihrem schwerkranken Familienmitglied etwas Gutes tun, wenn sie es nach etlichen Jahren Krankseins dazu bewegen wollen, diese oder jene Therapie mitzumachen, sich furchtbar anzustrengen, damit er oder sie wieder teilhaben kann am Leben? Ja, an was soll der Kranke denn teilhaben? An einem Leben ohne Freunde, ohne Arbeit, ohne Familie? Was bietet die Gesellschaft diesen Menschen für Chancen? Von den Vorurteilen, denen er begegnen muss, gar nicht zu reden!

Es ist keine Hoffnungslosigkeit und keine Resignation, die mich bei solchen Gedanken überfällt. Ich halte eine solche Einstellung der Angehörigen für ein positives Akzeptieren der Situation, für eine Umwandlung von Angst vor der unsicheren Zukunft in Vertrauen in eine für den Betroffenen lebbarere Zukunft. Der Wunsch, ihm zu helfen, und die Hoffnung, dass er sich ein Leben einrichtet, wie er es ertragen kann, sollte uns Angehörigen von psychisch Langzeitkranken wichtiger sein als das alleinige Ziel der „Teilhabe“ an Arbeit und Gesellschaft. Es geht nicht nach unseren Wertvorstellungen.



Wir erleben z. B., wie unser Angehöriger völlig allein, ohne menschlichen Kontakt, ohne Ansprache Woche für Woche, Monat für Monat allein in seinem Zimmer lebt. Er tut uns schrecklich leid. Wir drängen ihn, dieses Alleinsein aufzugeben und sich behandeln zu lassen. Und er antwortet: „Aber ich bin doch gar nicht allein!“ Jeder Psychiater würde sagen, er muss Medikamente nehmen, dann gehen seine Wahnvorstellungen vorbei, seine Kontaktängste schwinden. Der Psychiater hat wahrscheinlich Recht. Aber was ist zu tun, wenn der „Einsiedler“ eine medikamentöse Behandlung ablehnt? Ehe wir verzweifeln und uns und ihn aufreiben mit erfolglosem Bitten und Drängen, ist es ratsam zu überlegen, ob nicht das, was wir für ihn als erstrebenswert halten, für ihn ein Verlust wäre. Dabei – auch das gehört zu diesem Kranksein dazu – wünscht derjenige sich im Unterbewusstsein wahrscheinlich auch, arbeiten zu können, einen Partner zu haben, sich mit anderen anstatt mit seinen Stimmen zu unterhalten. Als Laie frage ich mich, was ist an seinem Leben so anders, als am Leben eines Eremiten, einsam hoch droben auf einem Berg?

Diese Gedanken sind kein Plädoyer für „in Ruhe lassen“ oder Befürwortung von Therapieablehnung. Im Gegenteil, es soll Sie alle, liebe Angehörige, sensibilisieren für die Lage der schwerkranken Betroffenen und Ihnen den Umgang mit der Therapieverweigerung leichter machen. Mehr Verständnis und mehr Verstehen ist auch in Ihrem eigenen Interesse.

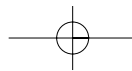
Die Beispiele zeigen, wie schwierig es für einen Außenstehenden ist, der selber nie in einem solchen Bewusstseinszustand war, sich in den Kranken und seine Zukunftsvorstellungen hineinzufühlen. Eine Behandlung mit Psychopharmaka eröffnet dem Betroffenen u. U. neue Zukunftschancen. Passen diese hinein in die Vorstellungen des Betroffenen? Man sagt so leicht dahin, der Patient ist nicht „compliant“, und meint damit, nicht behandlungsbereit oder er nimmt die Ratschläge nicht an. Aber was bieten wir diesen Menschen als Ersatz für Ihre „Sonderfähigkeiten“?

In Bezug auf psychische Krankheit haben die meisten Angehörigen anfangs kaum Wissen, wenig Erfahrungen und so gut wie keine Beispiele aus dem Bekanntenkreis. In der Regel haben sie mal etwas gehört von der einen oder anderen psychischen Erkrankung, haben in den Medien von spektakulären Taten psychisch Kranker erfahren. Ängste und Abwehrhaltung gegenüber psychischen Erkrankungen und der Psychiatrie sind die Folgen. Das heißt, ihre Haltung ist vorwiegend gefühlsgesteuert durch Unwissenheit, Vorsicht und Ablehnung. Das trifft in besonderem Maße auf Psychopharmaka zu. In der Körpermedizin ist die Wirkung von Medikamenten oftmals schnell spürbar oder sichtbar. Die Wirkung tritt in einem überschaubaren Zeitraum ein, und Nebenwirkungen lassen sich relativ eindeutig dem Medikament zuordnen. Bei psychiatrischen Medikamenten dauert es häufig eine ganze Weile, bis sich positive Veränderungen bemerkbar machen, aber die unangenehmen Nebenwirkungen treten schon bald auf. Aus Enttäuschung kommt es zum frühen Abbruch der Behandlung, ehe die eigentliche Besserung eintreten kann. Auch dieser Umstand trägt zu den Zweifeln am Sinn einer medikamentösen psychiatrischen Behandlung bei.

Passiert so etwas bei körperlichen Erkrankungen, gibt es meist im eigenen Umfeld Menschen mit Erfahrung, die erklären und Rat geben können. Das ist anders bei psychiatrischen Dingen. Es redet kaum jemand über psychische Gesundheit und über psychische Krankheit schon gleich gar nicht.

Die Seele heilen durch Tabletten?

Der Laie geht davon aus, dass nur körperliche Vorgänge biochemisch-physiologische Abläufe sind und dass Krankheiten eben aus dem Ruder gelaufene biochemische Vorgänge sind, ob die nun ausgelöst werden durch den Schlag mit dem Hammer auf den Daumen, oder weil Zellen verrückt spielen und nicht mehr aufhören zu wachsen. Es leuchtet ein, dass diese Fehlentwicklungen durch chemische Eingriffe wieder in Ordnung gebracht werden können. Seelische Vorgänge aber seien etwas anderes, meinen viele, da könne man mit



Chemie nichts ausrichten. Nachgewiesen ist, dass auch seelische Vorgänge auf biochemischen Abläufen beruhen und dass eine seelische Erkrankung unter anderem auf einer Fehlsteuerung der Botenstoffe im Gehirn beruht. Wie diese Fehlsteuerung ausgelöst wird, weiß die Wissenschaft noch nicht so genau. Wohl aber ist bekannt, dass die Symptome, d. h. dass das, was den Menschen so anders erscheinen lässt als bisher, durch eben diese Fehlentwicklungen im „Transmitterhaushalt“ entstehen. Von daher scheint es einleuchtend, dass Symptome einer psychischen Krankheit mit Medikamenten beeinflusst werden können. Einigermaßen abgesichert scheint die Rückfall verringemde Wirkung von Neuroleptika zu sein, und erwiesen ist, dass parallel dazu psychosoziale und psychotherapeutische Behandlungen, Arbeitseinbindung und tagesstrukturierende Hilfen kommen müssen, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

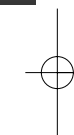
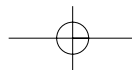
Psychiatrische Medikamente sind oftmals die Voraussetzung dafür, den psychisch kranken Menschen überhaupt erst ansprechbar und aufnahmebereit zu machen für Therapien, wie z. B. für Psychotherapie und für sozialpsychiatrische Behandlung. Eine solche komplexe Behandlung hat zum Ziel, den psychisch kranken Menschen in seiner Persönlichkeit zu festigen, ihm sein Selbstbewusstsein zurückzugeben und ihn wieder in den Kreis der Familie, der Freunde und Bekannten zurückzubringen. „Empowerment“ ist der Fachausdruck für dieses Wiederstarken, das Eigenverantwortung, ein sinnerfülltes Leben zurückgeben kann. Das sind freilich alles Ziele, die mit Medikamenten allein nicht zu erreichen sind. Wie bei einem guten Kuchen braucht man zum Gelingen auch hierbei viele Zutaten. Und was die Hefe im Teig, ist die ausreichende Zeit für Zuwendung und Aufmerksamkeit, für das Einüben von sozialen Kontakten und von Krankheitsverständnis für die Therapie eines psychisch kranken Menschen. Aber „Zeit ist Geld“ heißt es auch in der Psychiatrie. Bei psychiatrischer Behandlung, bei der niederschweligen Basisversorgung, bei Rehabilitation und bei Pflege wird die Behandlungszeit deshalb gegenwärtig immer weiter gekürzt, und für Zuwendungszeit und Kontakttraining ist leider kaum noch politisches Verständnis zu erreichen.

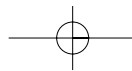
Gestern und heute

Eigentlich, so sollte man meinen, müssten Angehörige von psychisch Kranken sehr froh sein, dass es Medikamente zur Behandlung von Depressionen, Manien, Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis, gegen Ängste usw. gibt, die die Leiden ihrer kranken Familienmitglieder verringern und die verhindern, dass die Betroffenen in Langzeit-Verwahrstationen ihr Leben fristen müssen. Wir alle kennen Bilder von den Stationen von vor 100 Jahren aus den damaligen Anstalten. Es gibt Schilderungen, wie die unbeschäftigten, in riesigen Sälen zusammengepferchten Kranken dahindämmerten, sich vor Angst in die hinterste Ecke verkrochen, ohne Chance auf Besserung Jahr um Jahr dort verbrachten, von einer ununterbrochenen Unruhe geplagt. Es gibt aber auch Beschreibungen von Patienten, die mit zu den Ersten gehörten, die mit Neuroleptika behandelt wurden und die von Erlösung und von einem neuen Leben sprachen, das ihnen durch die Pillen geschenkt wurde.

Durch überspannte Erwartungen, unkritische Verordnungsweisen und missbräuchlichen Umgang gerieten Psychopharmaka in der Bevölkerung in der Zwischenzeit in Verruf. Bei den Wissenschaftlern lösten die Erfolge – denn verglichen mit den bedrückenden Dauer-Verwahrzeiten war jede Linderung der Symptomatik bereits ein Erfolg – anfangs eine große Euphorie und einen mächtigen Forschungsschub aus. Mit der Zeit zeigten sich aber auch deutlich die Nebenwirkungen und Grenzen der Psychopharmako-Therapie.

Immerhin, die Einführung der Psychopharmaka veränderte die Psychiatrie fundamental und ermöglichte erst die Psychiatriereform. Die neuen Therapiemöglichkeiten führten zu den Standardforderungen der Psychiatriereform, d. h. gemeindenahe Psychiatrie, Wiedereingliederung ins gewohnte soziale Umfeld, Versorgung mit Schwerpunkt auf ambulanter psychiatrischer Behandlung. Im Verlauf dieser Reform entstanden dann auch zuerst die Angehörigen- und dann die Betroffenen-Selbsthilfebewegung. Freilich sind Psychopharmaka noch sehr unvollkommen und bedürfen der Weiterentwicklung, sie eröffnen





aber Möglichkeiten, krankhaftes menschliches Verhalten zu beeinflussen und die Betroffenen zu einem selbstständigen Leben gelangen zu lassen. So betrachtet sind Psychopharmaka ein Segen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen.

Trotzdem gibt es eine ganze Fülle von Gründen, warum nicht alle Angehörigen die Psychopharmaka als reinen Segen ansehen. Und selbst diejenigen, die froh sind, nicht in der Vor-Psychopharmaka-Zeit in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und davor gelebt zu haben, betrachten die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung mit ambivalenten Gefühlen, so nach dem Motto: „Wenn’s denn sein muss, dann ja.“

Psychopharmaka – Wohl oder Übel?

Welche Gründe sind es, die Angehörige und ihre psychisch Kranken so zurückhaltend auf die Arztempfehlung einer medikamentösen Behandlung reagieren lassen –, d. h. sie auch rigoros ablehnen lassen:

- grundsätzliche Einstellung zu Medikamenten
- Nebenwirkungen
- fehlende Erfahrung mit der Krankheit
- eigenes Krankheitsverständnis und das des Patienten
- Informationsmangel
- fehlende Compliance des Betroffenen
- Anti-psychiatrische Mundpropaganda
- Rollenverständnis der Angehörigen
- Vorstellungen und Erwartungen an die eigene Lebensqualität
- unterschiedliche Vorstellung von der Lebensqualität und der Zukunft des Patienten
- emotionale Nähe zum Patienten und wechselnde Gefühle.

So schwer zu klären diese Fragen auch sein mögen, Angehörige müssen sich ihnen stellen. Helfen kann ihnen dabei eine intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen krankheitsbezogenen Fakten. Dazu bietet sich Psychoedukation für Angehörige an, die in mehrstufigen Seminaren Kenntnisse über einzelne psychische Krankheiten vermittelt. Das Psychoedukations-Selbsthilfeprogramm „AiA“ – „Angehörige informieren Angehörige“ – ist dabei ein gern angenommenes, in weiten Teilen Bayerns vorgehaltenes Angebot.

Pillen und was noch?

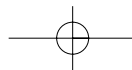
Es gibt nichts, was nur Vorteile hätte und nichts, mag es auch noch so gut sein, das nicht auch Missbrauch zuließe und Warner und Kritiker auf den Plan rief. Und diese Kritiker hätten Recht, wenn die Therapie psychischer Erkrankungen einzig und allein aus Psychopharmako-Therapie bestünde. Spritzen und Pillen allein haben noch keinen psychisch kranken Menschen sozial integriert und sozial stabilisiert, weil sie seine ursprünglichen Probleme nicht lösen. Spritzen und Pillen ohne menschliche Zuwendung, das ist wie ein Motor ohne Benzin: Das Material ist gut, aber der Treibstoff fehlt.

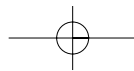
Eine medizinische Weisheit: Was wirkt hat auch Nebenwirkungen. Nahezu alle in der Medizin angewandten Medikamente zeigen neben der erwünschten Hauptwirkung auch Nebenwirkungen. Viele dieser Nebenwirkungen von Psychopharmaka verursachen erhebliche Bewegungs- und Befindlichkeitsstörungen, einige davon sind irreversibel, wenn nicht rechtzeitig darauf reagiert wird.

Keine Wirkung ohne Nebenwirkungen?

Nebenwirkungen sind häufig der Grund für den Abbruch einer Therapie. Deshalb wurde bei der neuen Generation von Neuroleptika, den „atypischen Neuroleptika“, vor allem an der Reduzierung der Nebenwirkungen gearbeitet.

Besonders unangenehm für den Patienten sind Müdigkeit, Verkrampfungen der Muskulatur, Armut in den Bewegungen, aber auch Sitzunruhe, Störungen bei der Bildung weißer Blutkörperchen, Gewichtszunahme, Trockenheit der





Mund- und Nasenschleimhäute, Sehstörungen, sexuelle Störungen usw. Heute muss niemand Nebenwirkungen, die ihn sehr beeinträchtigen, ertragen. Vor allem dann nicht, wenn die Nebenwirkungen den Betroffenen äußerlich stigmatisieren.

Viele Patienten spüren aber gar keine Nebenwirkungen von den eingenommenen neuroleptischen Medikamenten. Andere müssen mäßig ausgeprägte Nebenwirkungen für die stabilisierende Wirkung in Kauf nehmen. Jeder einzelne Patient sollte selber abwägen zwischen den Vorteilen einer medikamentösen Therapie und den Nebenwirkungen und sollte die Vor- und Nachteile mit den ihm nahestehenden Personen besprechen.

Jeder psychisch Kranke braucht einen ihm wohlgesonnen, gut informierten Berater und Beobachter des Krankheitsverlaufs. Der Betroffene selber verliert schnell den Überblick: „Geht es mir nun heute besser als vor einer Woche oder vielleicht eher schlechter?“ Diese Aufgabe können Angehörige gut übernehmen und erhalten damit sogar die Möglichkeit zu loben und anzuerkennen.

Angehörige als Partner

Der Anspruch, als Angehöriger neben dem behandelnden Psychiater „Beobachter“ in Bezug auf die Verträglichkeit der Medikamente sein zu wollen, mag vielen übertrieben vorkommen. Aber wir kannten unsere kranken Familienmitglieder vor der Erkrankung, wir erlebten, wie die Krankheit sich anschlich, wie sie nach und nach von dem ganzen geliebten Menschen Besitz ergriff, ihn schließlich dominierte und ihn sehr veränderte – und übrigens uns mit ihm. Wir sahen ihn leiden und erlebten mit, wie das Leiden abnahm unter der Medikamententherapie. Wir erleben die Wirkungen unterschiedlicher Medikamente mit, sehen die unterschiedlichen Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente. Wir registrieren erfreut, wenn auf Grund von Therapien verloren geglaubte Fähigkeiten wieder zum Vorschein kommen, weil die Symptome zurückgedrängt werden, und bemerken, wie die Belastbarkeit unter bestimmten Medi-

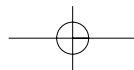
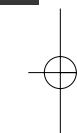
kamenten wächst oder sinkt. Wir hören uns die Klagen unserer Patienten über die Nebenwirkungen an und lernen einzuschätzen, wie schwer sie sie belasten. Außerdem übernehmen die Angehörigen in der Regel einen wesentlichen Beitrag der Aufrechterhaltung der Behandlungsbereitschaft. Sie merken eher – nicht immer – als z. B. der Sozialpädagoge in der Tagesstätte oder der Arzt in der Institutsambulanz, ob die Tabletten genommen werden. Angehörige lernen, Frühwarnzeichen für eine Krise zu erkennen und könnten, wenn ihnen geglaubt würde, rechtzeitig Hilfe erbitten. Das sind überzeugende Argumente für eine Miteinbeziehung in die Behandlungsplanung und Behandlungsbegleitung.

Ermutigung durch Erfahrungsaustausch

Aber das alles kann auch zu einer großen Belastung für die Angehörigen werden, die sie allein nur schwer schultern können. Dafür gibt es Angehörigen-Selbsthilfegruppen, dafür ist ein Erfahrungsaustausch unter Angehörigen in der Gruppe hilfreich. Die Selbsthilfegruppen informieren und beraten und stärken den Mut zur Selbsthilfe.

Aus den eigenen Erfahrungen und aus dem Austausch von Erfahrungen in Angehörigen-Selbsthilfegruppen und Seminaren ziehen Angehörige die Kraft und den Mut, sich eine eigene Meinung zu bilden über das Für und Wider von Psychopharmaka in ihrem jeweiligen Einzelfall.

Was für uns zählt, ist ja nicht die Statistik der Erfolge oder Misserfolge laut wissenschaftlicher Studien, sind nicht die statistischen Anteile dieser oder jener Nebenwirkungen an der Gesamtmenge der Nebenwirkungen. Für die Angehörigen ist entscheidend, wie ihr krankes Familienmitglied auf die Therapie reagiert, unter welchen Nebenwirkungen es zu leiden hat, wie die Medikamente seine Motivation, seine kognitiven Talente, seine Belastbarkeit, seine Stimmung, seine sozialen Fähigkeiten, seine Symptome beeinflussen. Das, nur das ist wichtig für die Bewältigung seiner Krankheit und für seine Aussichten, wieder ins Leben zurückzukehren und dort wieder Fuß zu fassen.



Was können Psychopharmaka und was können sie nicht?

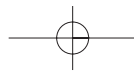
Medikamente sind aus dem heutigen psychiatrischen Alltag nicht wegzudenken. Psychopharmaka unterdrücken Symptome psychischer Störungen wie Angst, Depressivität oder Halluzinationen. Ein neues Bewusstsein können sie nicht vermitteln. Sie füllen nicht das „Sinn-Loch“ im Leben der Betroffenen. Sie haben Nebenwirkungen, die oft schwer erträglich sind und unter Umständen Langzeitfolgen haben. Medikamente können Leben retten, sie können dem Erkrankten und seinen Angehörigen das Leben erträglicher machen, ihnen eine befriedigende Lebensqualität geben und einen normalen Alltag mit Privatleben und Arbeit ermöglichen.

Fazit

Das Problem vieler Angehörigen besteht in einem Informationsdefizit. Sie wissen nicht, dass Psychopharmaka anders wirken als z. B. Schmerztabletten. Niemand hat ihnen gesagt, dass Nebenwirkungen u. U. eher eintreten als die Wirkung. Niemand hat ihnen die unterschwellige Angst vor Psychopharmaka dadurch genommen, dass mit ihnen verständnisvoll über diese Ängste gesprochen wurde, dass Nutzen und Schaden mit ihnen abgewogen wurde. Kaum ein Angehöriger erfährt von Ärzten, dass Psychopharmaka nicht wieder ganz gesund machen, wohl aber ein „normales“ Leben damit möglich sein kann. Kaum einer hört, dass vielleicht mehrere Medikamente ausprobiert werden müssen, ehe das jeweils wirksamste und verträglichste gefunden wird, und kaum jemand erfährt, dass im Laufe der Zeit Nebenwirkungen vom Patienten auch unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Eine Aufklärung über das alles gehört eigentlich an den Anfang einer Behandlung. Als Notfallmaßnahme, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist, d. h. wenn der Patient und seine Angehörigen bereits das Vertrauen in den Arzt und seine ärztliche Kunst und in die Medikamente verloren haben, ist sie ziemlich unwirksam.

Ehrliche Information über Medikamente

Wenn wir Angehörigen und wenn die professionellen Helfer therapietreue Patienten und Rekonvaleszenten für notwendig halten, müssen wir mit offenen Karten spielen und unser Wissen über Wirkungen, Nebenwirkungen und womöglich langfristige Folgen mit ihnen besprechen. Mit überzogenen Hoffnungen und falschen Erwartungen auf ein schnelles Ende der Krankheit sind Enttäuschungen vorprogrammiert. Die Botschaft, dass es sich um eine ernste, aber therapierbare Krankheit handelt, an der jeder Kranke mitarbeiten kann und muss, bedeutet, den Patienten und die Angehörigen ernst zu nehmen und ihnen einen Teil ihres verloren gegangenen Selbstvertrauens wiederzugeben.




Neue Modelle der psychiatrischen Versorgung. Was bedeuten sie für die Angehörigen?

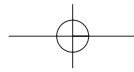
Regionaltreffen der Angehörigen psychisch Kranker

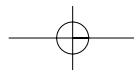
Bezirkskrankenhaus Günzburg
21. Juli 2007

Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7 · 80535 München
Tel: 089 / 51 086 325
Fax: 089 / 51 086 328
E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de

PROGRAMM

- 10:00 Uhr: Grußworte
10:30 Uhr: **„Entwicklungsperspektiven der psychiatrischen Versorgung“**
Prof. Dr. Thomas Becker, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am BKH Günzburg
- 11:00 – 11:30 Uhr: **„Home Treatment – Fluch oder Segen für die Angehörigen?“**
Karl Heinz Möhrmann, Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- 11:30 – 11:45 Uhr: Kaffeepause
11:45 – 12:45 Uhr: **„Home Treatment oder mobiles Krisenteam am BKH Günzburg – Konzept und Erfahrungen“**
Dr. med. Karel Frasch, Oberarzt; Hannes Müller, Stationsleiter und Krankenpfleger für Psychiatrie. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am BKH Günzburg
- 12:45 – 13:15 Uhr: **„Home Treatment – und was kommt danach?“**
Frau Beate Ringel-Braun, Sozialpädagogin (FH), Begegnungsstätte „Lichtblick“ des SpDi Günzburg (Diözesan-Caritasverband Augsburg) und Betreutes Einzelwohnen (Caritasverband für den Landkreis Günzburg und Neu-Ulm)
- 13:15 – 14:15 Uhr: Mittagspause
14:15 – 15:45 Uhr: **„Sie fragen – wir antworten“**
Erfahrene Angehörige und Profis stehen für Ihre Fragen zur Verfügung
- 15:45 – 16:00 Uhr: Kaffeepause
16:00 – 16:30 Uhr: Zusammenfassung der Ergebnisse
16:30 Uhr: Ende der Veranstaltung





Liebe Angehörige!

Wir wollen Sie mit dieser Veranstaltung über Entwicklungsperspektiven in der psychiatrischen Versorgung informieren. Ein interessanter Aspekt ist Home Treatment (Behandlung zu Hause). Das bedeutet, dass bei einer psychischen Erkrankung die Akutbehandlung zu Hause als Alternative zur Krankenhausbehandlung stattfindet. Ein multiprofessionelles Behandlungsteam versorgt den Patienten in seiner gewohnten Umgebung.

Als Angehöriger sieht man das zwiespältig: Das Thema trifft uns hautnah. Zwar wird der Patient nicht aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen, die Belastung für die Angehörigen kann sich aber u. U. erheblich erhöhen. Seien wir doch ehrlich: In der akuten Krise wären die Angehörigen vielleicht froh, den Kranken nicht ständig um sich haben zu müssen, sondern ihn in einer Fachklinik versorgt zu wissen, um selbst einmal wieder Luft holen zu können. Und was ist, wenn der Patient aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht mitspielt? Es gibt auch durchaus Hinweise, dass sich Home Treatment nicht für alle eignet. Ist das Ganze also womöglich nur ein Sparmodell, das auf dem Rücken der Angehörigen ausgetragen wird?

Diese Tagung soll versuchen, Antworten auf diese Fragen zu finden. Ferner wird Ihnen eine Vertreterin des SpDi weiterführende Hilfemöglichkeiten nach Beendigung der Betreuung im Rahmen des Home Treatments vorstellen. Und natürlich haben Sie, wie immer, Gelegenheit, Fragen zu stellen zu allen Problemen, die Sie berühren.

Ich freue mich darauf, Sie zu dieser interessanten Tagung in Günzburg begrüßen zu dürfen.
Ihr

Ralf Heinz Möhrmann

1. Vorsitzender



*Prof. Dr. Thomas
Becker*

*Ärztlicher Direktor der Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik am BKH Günzburg*

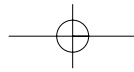
Entwicklungsperspektiven der psychiatrischen Versorgung – eine Zusammenfassung

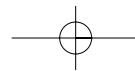
Die wesentlichen Ziele der psychiatrischen Versorgung bestehen in:

- Symptomlinderung,
- Vermeidung von Nebenwirkungen,
- Rezidivprophylaxe (Vorbeugung gegen Rückfälle),
- Verminderung von Funktionsbeeinträchtigung,
- familiärer, sozialer und beruflicher Integration,
- Erweiterung individueller Ressourcen,
- Förderung der Selbständigkeit,
- Förderung der subjektiven Lebensqualität.

Grundsätze der psychiatrischen Versorgung:

- evidenzbasiert; evidenzbasierte Medizin ist diejenige Form von medizinischer Behandlung, bei der patientenorientierte Entscheidungen auf Basis von bewiesener Wirksamkeit getroffen werden
- ökonomisch
- subjektorientiert; auf die Belange der betroffenen Personen ausgerichtet
- partizipativ; unter Beteiligung der betroffenen Personen.





Dabei spielen die folgenden Gesichtspunkte eine wesentliche Rolle:

- Lebensqualität (quality of life, QoL),
- Patienten-(Nutzer)Zufriedenheit,
- Hilfebedarf,
- Kosten,
- Angehörigen-Perspektive,
- Nutzer-Perspektive.

Die Lebensqualität wird bei einer psychischen Erkrankung durch folgende Faktoren beeinflusst:

- Familie,
- Sicherheit,
- soziale Beziehungen,
- Freizeit,
- Spiritualität,
- berufliche Integration,
- materielle Lebensbedingungen,
- Gesundheitsversorgung,
- psychische Gesundheit,
- physische Gesundheit.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Ziel von EbM ist es, Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen in systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu sammeln und so aufzubereiten, dass man sich bei ärztlichen Entscheidungen verstärkt am Stand der Forschung orientieren kann. EbM gilt als gut etabliert, Beginn in den 1980er-Jahren.

Kritische Aspekte von EbM:

- Nicht ohne Weiteres quantifizierbare Aspekte, wie z. B. subjektive Bewertung der individuellen Lebenssituation, sind nicht leicht zu erfassen und bleiben möglicherweise unberücksichtigt.

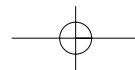
- Fokussierung auf Wirksamkeit einer Intervention unter Ausschluss weiterer (z. B. moralischer, Erfahrungs-)Aspekte,
- passive Rolle des Patienten,
- Praktikabilität: Jährlich werden in ca. 10 000 medizinischen Zeitschriften etwa 2 Mio. Artikel publiziert. Ein Allgemeinmediziner, der alle für sein Fach relevanten Beiträge lesen möchte, müsste täglich etwa 19 Publikationen lesen – und dies 365 Tage im Jahr.

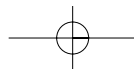
Nutzer-/Subjektorientierung

„Patient centeredness shifts health care away from an exclusive focus on symptoms (Konzentration auf Symptome) and physiological outcomes, because patients often value functional outcomes (Betonung Funktions-Niveau) and quality of life (Betonung Lebensqualität) more highly than illness management“. (Patientenorientierung verschiebt die Gesundheitsversorgung weg von einem ausschließlichen Fokus auf Symptome und physiologische [auf normale Lebensvorgänge im Organismus und auf Abläufe der Körperfunktionen bezogene] Ergebnisse, da die Patienten oftmals die Bedeutung funktionaler [den erwünschten Funktionen angepasste] Ergebnisse und die Lebensqualität für wichtiger einschätzen als Krankheitsmanagement.) Drake et al 2003

Kritische Aspekte der Subjektorientierung:

- Es bestehen nur geringe Unterschiede zwischen der Lebenszufriedenheit psychiatrischer Patienten und der der Allgemeinbevölkerung.
- Es gibt nur eine geringe Korrelation zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Lebensqualität.
- Es besteht nur eine geringe Korrelation zwischen Symptomatik und subjektiver Lebenszufriedenheit.
- Die Lebenszufriedenheit steigt mit der Hospitalisierungsdauer.
- Nach dauerhafter Verbesserung objektiver Lebensbedingungen erfolgt allenfalls eine kurzfristige Verbesserung der subjektiven Lebensqualität.





Neue Perspektiven ergeben sich in den Bereichen:

- professionelles System
- Forschung
- Stigma
- Selbsthilfe
- Laienhilfe.

Schließungen psychiatrischer Krankenhäuser in Europa

Seit 1982 sind in den psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland mehr als 2000 Betten verschwunden.

Zur Enthospitalisierung in Deutschland gibt es acht Verlaufsstudien. Die wesentlichen Ergebnisse sind:

- Erfolg bei der Entlassung von jüngeren Langzeitpatienten mit kürzerer Krankheitsdauer;
- positive Veränderung der Lebensqualität (QoL) und der Betreuungsbedürfnisse;
- darüber hinaus keine einheitlichen Entwicklungstendenzen erkennbar;
- psychopathologische Symptomatik und Sozialkompetenz: geringe Veränderung;
- keine Erfolgsprädiktoren.

Ergebnisse einer sechs europäische Länder umfassenden Studie von Pribe et al.:

Die Bettenzahl/-belegung in forensisch-psychiatrischen Kliniken sowie Plätze in betreuten Wohnbereichen haben in allen Ländern zugenommen, während die Zahlen der Zwangsaufnahmen eher inkonsistent waren. Die Bettenzahl in psychiatrischen Kliniken verringerte sich in fünf Ländern, doch nur in zwei Ländern gleicht diese Reduktion die Zahl der zusätzlichen Betten/Plätze in forensisch-psychiatrischen Krankenhäusern und in betreuten Wohnbereichen aus. Die Zahl der Haftinsassen in Strafanstalten hat in allen untersuchten Ländern beträchtlich zugenommen.

Schlussfolgerungen:

In europäischen Ländern findet eine Reinstitutionalisierung mit unterschiedlichen Betreuungstraditionen statt, wobei Statistiken der untersuchten Länder signifikant voneinander abweichen. Die genauen Gründe für dieses Phänomen sind unklar. Wichtiger als eine Veränderung der Erkrankungsziffern und die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen könnte die allgemeine Einstellung einer Gesellschaft zur Risikobegrenzung sein, wie die Belegung der Strafanstalten zeigt.

Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten?

Der deutsche Name der „Heil-und Pflegeanstalt“ kennzeichnet ihre ursprüngliche zweifache Funktion: die medizinische sowie die soziale.

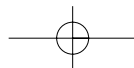
Die Psychiatrie profitiert zweifellos von ihrer Annäherung oder gar Integration in die übrige Medizin. Doch besteht die Gefahr, dass dies auf Kosten der chronisch psychisch Kranken geht.

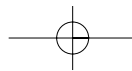
Es ist zu befürchten, dass nicht gleichzeitig für die chronisch Kranken und Behinderten genügend gemeindenahere Nachsorgedienste, beschützende Wohn- und Arbeitsplätze zur Rehabilitation beziehungsweise als Alternative zur Dauerhospitalisierung aufgebaut werden. (Kunze 1977)

Planung und Koordination in der gemeindenahen Versorgung

Bedarfsermittlung:

- Nutzer: alle Menschen mit psychischen Erkrankungen, besonders chronisch psychisch Kranke, Suchtkranke, Demenzkranke, geistig Behinderte ...
- Definition der Versorgungsregion: kommunale oder andere Grenzen
- demographische Fakten (z. B. Alter)
- Lebensgewohnheiten der Bevölkerung (z. B. Alkoholkonsum)
- gewachsene Strukturen und bestehende Angebote
- Arbeitskreis Psychiatrie: Fachleute, Sozialpolitiker, Angehörige, Betroffene





↓

Definition/Verfügbarkeit der Versorgungsbausteine

↓

Steuerung des Systems/Zusammenwirken der Elemente

Laienhilfe:

- z. B. psychiatrische Familienpflege
- z. B. „Befriending“.

Psychiatrische Familienpflege

Geschichte:

- Geel/Belgien (Pilgerort) als Wiege der Familienpflege (seit dem Mittelalter)
- in Deutschland Anfänge um 1900; Element der sozialen Psychiatrie der 1920/30er-Jahre
- nach 1945 nur noch vereinzelt, z. B. Lengerich/Westfalen, Mühlhausen/Thüringen
- seit 1984 Neuetablierung in Bonn, Ravensburg, Kaufbeuren u. a.

Familienpflege – zentrale Elemente:

- familiäres Umfeld vermittelt Patienten alltagspraktische und soziale Kompetenz
 - hohe Beziehungskonstanz
 - kurzfristiger/längerer Aufenthalt
 - Familie erhält Aufwandsentschädigung
 - fachliche Unterstützung und Begleitung der Familien.
- (Soziale Psychiatrie, 29(3), Juli 2005: Schwerpunktthema: Leben in Gastfamilien)

Befriending-Konzept

- Ansatz für primär- und sekundär präventive Maßnahmen bei identifizierbaren Risikogruppen
- wird seit 1970er-Jahren in GB praktiziert
- funktioniert auf freiwilliger, freundschaftlicher Basis

- auf die Förderung der Kompetenzen von Personen gerichtet, die in der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sonst eher zurückhaltend sind
 - Verantwortung für die Beziehungspflege zunächst bei ehrenamtlicher Person
 - Entbindung von professioneller Verantwortung.
- (Becker & Fabian 2001)

Befriending ~ Freundschaft erweisend:

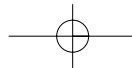
- langfristig angelegte Beziehung zwischen Laienhelfer und Person, die aufgrund psychischer Probleme isoliert ist
- zunächst 1-mal wöchentlicher Kontakt (Kaffee trinken, Spaziergehen u. ä.)
- bei gegenseitiger Sympathie Aufbau eines langfristig angelegten Kontaktes
- Kontakt wird vermittelt (ähnliche Interessen)
- Laienhelfer erhält Unterstützung.
- Ziele:
 - Aufbau sozialer Beziehung (Freundschaft)
 - Teilhabe an sozialem Leben
 - Unterstützung im Alltagsleben.

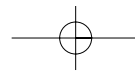
Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city (Befriending als Intervention gegen chronische Depression bei Frauen in innerstädtischen Bereichen).

Methode: Vermittlung einer „Freundin“ an 43 chronisch depressive Frauen für 12 Monate in GB.

Intervention: Laienhelferinnen werden 3 Tage geschult; 1-mal wöchentliches Treffen für ca. 1 Stunde: „als Freundin“ zur Verfügung stehen, „Zuhören“, „einfach nur für die Kranke da sein“.

Ergebnis: 17 Frauen nahmen das 12-monatige Angebot an, bei diesen Frauen kam es in 76 % der Fälle zu einer Remission; 8 Frauen nahmen das Angebot für 2 bis 6 Monate an, bei diesen Frauen kam es in 63 % der Fälle zu einer Remission,





In der Kontrollgruppe (n=43 Frauen) lag die Remissionsrate bei 39%.
(Harris et al. 1999)

Selbsthilfe

- von partnerschaftlichem Arzt-Patienten-Verhältnis zur „User-led“ (nutzergeführten) Forschung
- Effizienz und Effektivität nutzerangepasster Angebotsstrukturen
- Empowerment (Ertüchtigung zur Befähigung):
 - a) individuelle Ebene, Professionelle vs. Patienten
 - b) Versorgungs- und Behandlungsangebote
 - c) politische Entscheidungsprozesse.

Der Patient als Partner im partizipativen Entscheidungsprozess

Arzt:

- informiert
- berücksichtigt
- entscheidet mit.

Patient:

- wägt Optionen ab
- diskutiert
- entscheidet mit.

(Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung)

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) als Modell der Zukunft?:

- Patienten wollen Partizipation
- Fortbildungen für Ärzte nötig
- weitere Beforschung und Implementierung der Angebote.
(Krumm S, Becker T in: Psychiat. Prax. 2005; 32:1-8)

- Patientenverfügungen
 - Behandlungsvereinbarungen
 - Krisenpass
 - reagieren auf die besondere Situation in der Psychiatrie („Dilemma der Psychiatrie“).
- The Sainsbury Centre for Mental Health (2001): Users' voices (Aussagen der Nutzer)

Fokus: Perspektive der NutzerInnen (Lebenssituation in der Gemeinde, Erfahrungen mit prof. System)

n = 500 Service-NutzerInnen befragt durch 61 geschulte NutzerInnen

Methode: Qualitativ-quantitativempirisch/Standardisierte und semistrukturierte face-to-face-Interviews

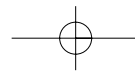
Ergebnis:

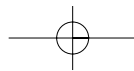
- mangelnde Information/Einbezug
- Mangel an Gesprächsmöglichkeit
- Mangel an Hilfe in Krisensituationen
- mangelhafte Entlassplanung.

Auswirkungen des Nutzereinbezugs

Für NutzerInnen:

- Wissen
- Erfahrung
- emotionaler Benefit
- Herausbildung/Entwicklung von Fähigkeiten.





Für Einrichtung, z.B.:

- Informationen für Servicenutzende,
- Inhalt und Formulierungen von Patienteninfos,
- Fortführung eines Angebotes.

(Minogue et al. 2005)

Problematische Aspekte in der Praxis

- mangelnde Repräsentativität
- Interessensgebundenheit
- mangelnde Kenntnisse und Fähigkeiten der Nutzer
- schwindender Einfluss professionell Forschender
- Rollenkonflikte professionell Forschender/Nutzer
- Kommunikationsschwierigkeiten, z. B. unklare Absprachen
- negative Einstellungen gegenüber Konzept, mangelnde Unterstützung
- schlechte Arbeitsbedingungen/Zeitmangel
- erhöhte Kosten.

(Boote et al. 2002, Oliver et al. 2004, Beinum 2002, Entwistle et al. 1998, Trivedi 2002, O'Donnell 2004, Minogue et al. 2005)

Offene Fragen ... und Herausforderungen:

- ? (zusätzlicher) Nutzen des Konzeptes
- ? Machbarkeit, in Deutschland besteht Bedarf an Modellprojekten
- ? Praxismodelle für Einbezug
- ? Einfluss der NutzerInnen auf Forschungsprioritäten und Forschungsmethoden,
- ? Rekrutierung der NutzerInnen
- ! systematische Berücksichtigung der Nutzerperspektive durch institutionalisierte Anbindung forschungsinteressierter Nutzer
- ! Einrichtung eines kontaktierbaren Panels aus Nutzern mit unterschiedlich gelagerten Interessen
- ! möglichst breites Spektrum der Nutzerperspektive
- ! Transparenz der vielfältigen Interessen
- ! qualitative Ausbildung und fachliche Unterstützung.

European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (EUNUSP). (Europäisches Netzwerk von (Ex-) Nutzern und Überlebenden der Psychiatrie):

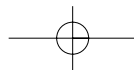
- 1991 in den Niederlanden als NGO gegründet
- Dachverband regionaler/nationaler Organisationen von (Ex-)NutzerInnen psychiatrischer Angebote.

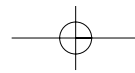
Ziele/Aufgaben:

- Abbau von Stigma und Diskriminierung
 - Unterstützung von NutzerInnengruppen
 - politische Arbeit
 - Menschenrechte
 - „Ent-Medikalisierung“ der Psychiatrie
 - Förderung der Abkehr von eindimensionalem Zugang zu MH und emotionalem Stress.
- (<http://www.enusp.org>)

Weglaufhaus Villa Stöckle – Ziele:

1. Existenzsicherung (gesundheitliche und soziale Grundstabilisierung). Entlastung von Obdachlosigkeit, Sicherung der gesundheitlichen und finanziellen Grundversorgung
 2. Krisenintervention und persönliche Stabilisierung, Verarbeitung von Psychiatrie- und anderen Gewalterfahrungen, Wiederherstellung sozialer Kontakte
 3. Perspektivplanung und -realisierung, Organisation des zukünftigen Lebens, Suche nach geeignetem Wohnraum, Beschäftigung nach speziellen Hilfsangeboten
 4. Hilfe zur Selbsthilfe, Aktivierung von Selbsthilfemöglichkeiten und Ressourcen, Entwicklung von Strategien zur Bewältigung eventueller zukünftiger Krisen, Information über Rechte, Pflichten und Möglichkeiten innerhalb unterschiedlicher Hilfesysteme und Betreuungsverhältnisse.
- (<http://www.weglaufhaus.de/>)





EUFAMI – European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. 1990 während einer Angehörigen-Tagung in Belgien gegründet.

Ziele/Aktivitäten:

- Vertretung der Familien
- Entwicklung von Praxismodellen, Unterstützung und Durchführung von Forschung
- Trainingsprogramme für Familien und Freunde von Betroffenen, für Betroffene sowie für Professionelle
- Anti-Stigma-Kampagnen
- Stärkung der Mitgliedsorganisationen
- Empowerment, Stärkung der Selbsthilfe.

Forschung:

- vom partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis zur „User-led“-Forschung
- Effizienz und Effektivität nutzerangepasster Angebotsstrukturen
- Empowerment:
 - a) individuelle Ebene Professionelle vs. Patienten
 - b) Versorgungs- und Behandlungsangebote
 - c) politische Entscheidungsprozesse.

Stigma:

„We consider stigma to be the biggest obstacle for early intervention and reintegration in society, but even for monitoring chronic vulnerability and relapse risk“. („Wir halten das Stigma für das größte Hindernis für Frühintervention und gesellschaftliche Reintegration [bei psychischer Erkrankung], aber auch für ein Monitoring psychischer Vulnerabilität [Risikogruppen] und des Rückfall-Risikos“.)
(Rutz 2001)

Versorgung psychisch Kranker

Zwischen Integration und Stigma:

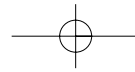
- Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung
- komplexe, unklare Stigmatisierungsprozesse.

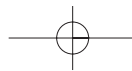
Dimensionen von Stigma:

- intersubjektive Interaktion
- strukturelle Diskriminierung
- öffentliches Bild psychischer Erkrankungen
- Zugang zu sozialen Rollen.

Schlusswort: Gestaltung von Versorgungssystemen

- keine einfachen Antworten
- Kontextabhängigkeit
- Integration subjektorientierter und evidenzbasierter Forschung/Versorgung,
- wirksame Kernkomponenten psychiatrischer Versorgungsbestandteile herausarbeiten (Professionelle Hilfe/Laienhilfe/Selbsthilfe)
- „gute“ Sozialpsychiatrie wesentlicher Bestandteil von Gesellschaftsreform, soziale Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen elementar für moderne und konkurrenzfähige Gesellschaft.





Karl Heinz Möhrmann

*1. Vorsitzender des Landesverbandes
Bayern der Angehörigen psychisch
Kranker e.V.*

Home Treatment – Fluch oder Segen für die Angehörigen?

Home Treatment – was ist das?

Home Treatment bedeutet „Aufsuchende Behandlung“. Kurz gesagt steht die Idee dahinter, bei einer psychischen Erkrankung auch die Akutbehandlung zu Hause durchzuführen. Ein multiprofessionelles Behandlungsteam versorgt den Patienten in seiner gewohnten Umgebung. Home Treatment ist ein wesentlicher Bestandteil von sogenannten „Need Adapted Treatment“-Konzepten zur integrativen ambulanten Behandlung.

Home Treatment – Vorteile

Der Patient wird nicht aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen. Die Familie wird in die Behandlung mit einbezogen (was wir ja eigentlich ständig fordern). Sie ist – so zumindest die Theorie – ein wesentlicher Partner im Heilungsprozess.

Home Treatment – Voraussetzungen

Eine wesentliche Voraussetzung, dass ein derartiges Konzept funktionieren kann, ist die Bereitschaft der Patienten, mitzuwirken („Compliance“). Aber auch die Bereitschaft der Bezugspersonen/Angehörigen zu enger Kooperation ist erforderlich. Und dies setzt wiederum den Aufbau eines Vertrauensverhält-

nisses zwischen den Angehörigen und den professionellen Helfern und eine Kommunikation aller Beteiligten „auf gleicher Ebene“ voraus. Die Familie wird dabei (hoffentlich!) weder als Verursacher der Psychose beschuldigt, noch als Objekt der Behandlung missbraucht.

Home Treatment – wo gibt's das?

In USA, Großbritannien, Finnland, Schweden, Dänemark, der Schweiz usw. Pilotprojekte in Deutschland gibt es in Krefeld, Frankfurt am Main, Itzehoe, Hamburg-Eppendorf, Heidelberg und natürlich in Günzburg.

Home Treatment – für wen gibt's das?

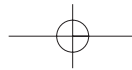
In der Erwachsenenpsychiatrie wurde Home Treatment bisher vorrangig für Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis angewandt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird Home Treatment u. a. bei hyperkinetischen Störungen, Zwangssymptomen und Essstörungen eingesetzt (Thurgau/Schweiz; Heidelberg).

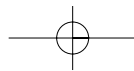
Allerdings sind dem Vernehmen nach die Kostenträger derzeit noch sehr zurückhaltend mit der Finanzierung von Home Treatment- Projekten.

Bedenken der Angehörigen

Zwar wird der Patient nicht aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen, die Belastung für die Angehörigen kann sich aber u. U. erheblich erhöhen. In der akuten Krise wären die Angehörigen vielleicht froh, den Kranken nicht ständig um sich haben zu müssen, sondern ihn vorübergehend in einer Fachklinik versorgt zu wissen, um selbst einmal wieder „Luft holen“ zu können.

Es gibt auch durchaus Hinweise, dass sich Home Treatment nicht für alle eignet. Beispielsweise sind Patienten mit bipolaren affektiven Störungen in der Krise zu Hause relativ schwer zu behandeln. Weitere Ausschlusskriterien sind u. a. in bestehenden Projekten: Obdachlosigkeit, keine unterstützenden Angehörigen, schwere hirnanorganische Schäden.





Bei Kindern und Jugendlichen kommen nur 10-15 % der stationären Patienten für Home Treatment in Frage (B. Blanz, Jena).

Und es ist natürlich die Frage zu stellen: was ist, wenn der Patient aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht mitspielt? Kann das Konzept dann – insbesondere in der Krise – überhaupt funktionieren? Bei drohender Selbstgefährdung funktioniert ein solches Modell im Übrigen sowieso nicht!

Zudem sind Schuldzuweisungen durch die professionellen Helfer an die Angehörigen nicht ausschließbar, zumal gerade bei Kindern und Jugendlichen ein Einsatzfeld für Home Treatment bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen gesehen wird –, und das psychosoziale Umfeld ist ja im wesentlichen die Familie!

Es gibt Anzeichen, dass in der Verhaltenstherapie Home Treatment als ein Mittel gesehen wird, medikamentöse Behandlung zu minimieren (siehe Artikel der „Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie“ zu „Need Adapted Treatment“) –, und das ausgerechnet in der familiären Umgebung!

Beim Lesen einschlägiger Literatur kann ich mich manchmal nicht dem Eindruck entziehen, dass von mancher Seite eine gewisse Ideologisierung stattzufinden scheint. Wird hier im Einzelfall zulasten der Angehörigen experimentiert? Es erscheint notwendig, darauf hinzuweisen, dass die Familie keine „Soteria“ sein kann.

Problematisch erscheint insbesondere, wenn Home Treatment ohne ausdrückliche Absprache mit den Angehörigen und ohne konstruktive Kooperation mit diesen erfolgt. Und noch schwieriger wird das Ganze, wenn zusätzlich weitere Instanzen „von außen“ Einfluss nehmen (z. B. ein externer Betreuer). Die Angehörigen sind dann u.U. unverstehbaren externen „Mächten“ hilflos ausgeliefert. Entscheidungen, welche letztlich auch sie mit betreffen, erfolgen

über ihre Köpfe hinweg. Sie sind am Ende nicht mehr Herr im eigenen Haus! (Mindestens ein derartiger Fall wurde mir aus Sicht eines betroffenen Angehörigen geschildert.)

Home Treatment als Kostensparmodell?

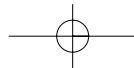
Häufig wird eine potentielle Kostenersparnis als Vorteil angeführt (Home Treatment soll angeblich um rund die Hälfte kostengünstiger sein als stationäre Behandlung). Ist das Ganze also womöglich nur ein Sparmodell, das aber letztlich auf dem Rücken der Angehörigen ausgetragen wird? Oder gar ein Beschäftigungsmodell, um in Zeiten kontinuierlichen Bettenabbaus an den Kliniken die MitarbeiterInnen weiter beschäftigen zu können?

Was wünschen wir Angehörige uns?

Wir streben eine flexible Kombination von stationärer und teilstationärer Behandlung mit ambulanter und häuslicher Behandlung an, nicht Home Treatment um jeden Preis! Home Treatment sollte nach unserer Ansicht in ein integratives Gesamtkonzept einbezogen werden, das z. B. auch den niedergelassenen Facharzt mit einschließt (welcher dann jedoch auch bereit sein muss, Hausbesuche zu machen – hier fehlt es noch in vielen Fällen). Ähnliche Ansätze sind in Großbritannien verwirklicht.

Es macht auch wenig Sinn, Home Treatment zeitlich eng zu begrenzen. Home Treatment sollte Bestandteil einer aktiv nachgehenden Versorgung für Patienten ohne zwingende zeitliche Begrenzung sein („assertive outreach“).

Und eine konstruktive Einbindung der Angehörigen ohne irgendwelche Schuldzuweisungen sollte selbstverständlich sein. Die Haltung und die Aussagen der Angehörigen müssen von den professionellen Helfern ernst genommen werden. Ohne die Zustimmung der Angehörigen und deren Bereitschaft zur Mitarbeit und zum Mittragen der sicherlich auftretenden zusätzlichen Belastungen ist Home Treatment von vornherein zum Scheitern verurteilt.



Wir erachten ferner eine unparteiische Clearingstelle für auftretende Probleme für sinnvoll, bei welcher auch die Angehörigen Gehör finden und fair behandelt werden.

Wenn die vorstehenden Bedingungen erfüllt werden, kann Home Treatment eine sinnvolle und für den Betroffenen sicherlich in vielen Fällen angenehmere und hilfreiche Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung sein.



Dr. med. Karel Frasch *(rechts)*

*Oberarzt, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am
BKH Günzburg*

Hannes Müller *(links)*

Stationsleiter und Krankenpfleger für Psychiatrie

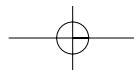
**Home Treatment oder mobiles Krisenteam am
Bezirkskrankenhaus Günzburg – Konzept und
Erfahrungen**

Begriffsbestimmung

Das Angebot des Home Treatments am Bezirkskrankenhaus Günzburg entspricht einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutversorgung im häuslichen Umfeld. Sie findet anstatt einer stationären Krankenhausbehandlung Anwendung und wird von einem multiprofessionellen Team gewährleistet, welches rund um die Uhr verfügbar ist. Im Rahmen des Home Treatments wird mit dem Patienten ein individueller Behandlungsplan vereinbart.

Der Ansatz des Home Treatments basiert auf folgenden Hypothesen:

1. Copingstrategien können in der Gemeinde besser (wieder-)erlernt werden.
2. Der Behandlungseffekt auf die Psychopathologie ist dem eines gleich langen Krankenhausaufenthalts vergleichbar.



So kann man davon ausgehen, dass eine Verringerung der vollstationären Verweildauer und der Gesamtbehandlungskosten bei vergleichbarer Besserung des Gesundheitszustands und höherer Patienten- und Angehörigenzufriedenheit erzielt werden kann. Der größte Vorteil liegt darin, dass der Patient zu Hause bleiben kann und ein direkter Einbezug des sozialen Umfelds, vor allem der Angehörigen, in die Behandlung dadurch möglich wird.

Behandlungsgrundsätze

Home Treatment wird von einem multiprofessionellem Team durchgeführt, das aus Ärzten, (Fach-)Pflegepersonal und einer Sozialpädagogin besteht. Das Team ist an 7 Tagen der Woche jeweils 24 Stunden verfügbar. Am Wochenende und an Feiertagen wird zur Gewährleistung dieser rund-um-die-Uhr-Versorgung auf die Struktur der Gesamtklinik zurückgegriffen, welche auch Krisenbetten für diese Zeit bereithält, die im Rahmen des Home Treatments kurzfristig genutzt werden können.

Folgende Behandlungsgrundsätze bieten die Basis des Home Treatments:

- der Patient steht im Mittelpunkt des therapeutischen Planens und Handelns,
- Nutzung der klinischen Therapieangebote,
- multiprofessionelle Kooperation,
- individualisierte Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuern, niedergelassenen Nervenärzten, komplementären Diensten und Einrichtungen in der Region, der Institutsambulanz und den übrigen Stationen des Hauses,
- Einbindung des sozialen Umfeldes zur Entlastung der Angehörigen und zur Compliance-Förderung,
- Schaffung einer tragfähigen Behandlungsalternative zur vollstationären Behandlung,
- Patientenzufriedenheit erhöhen,
- Erkennen und Nutzbarmachen persönlicher und sozialer Ressourcen,

- Vermeidung von klassischer Krankenhausbehandlung und Zwangsunterbringung,
- Verkürzung des stationären Aufenthaltes,
- Erhöhung der Lebensqualität durch Erhalt der Lebens- und Wohnsituation,
- Vermeidung von Hospitalisierung,
- Der Stigmatisierung entgegenwirken,
- Dauer nicht länger als bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

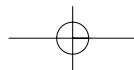
Zielgruppe und Aufnahme

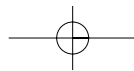
Das Angebot des Home Treatments richtet sich an erwachsene psychisch schwer und akut kranke Patienten vorwiegend aus den Landkreisen Günzburg, Dillingen und Neu-Ulm, da eine geringe räumliche Distanz zum Behandlungsteam (max. ca. 30 km bzw. ca. 30 Minuten Fahrzeit) gegeben sein muss.

Patienten können sowohl aus einer kurzzeitigen stationären Behandlung übernommen werden als auch nach einer längeren stationären Behandlung zur „Wiedereingliederung“. Idealerweise gibt es zumindest eine enge Bezugsperson oder einen versorgenden Angehörigen, der in der Nähe des Patienten wohnt. Sowohl der Patient selbst als auch die Angehörigen müssen zur Kooperation mit dem Behandlungsteam bereit sein.

Nicht aufgenommen werden Patienten, bei denen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder bei denen ein übermäßiger kontinuierlicher Gebrauch von Alkohol oder Drogen im Vordergrund steht. Weitere Ausschlusskriterien sind ausgeprägtes chaotisches oder aggressives Verhalten, welches die Kooperation beeinträchtigt, sowie der Genesung abträgliche Wohnverhältnisse.

Die Anmeldung für eine Behandlung im Rahmen von Home Treatment kann von der Klinik, der Institutsambulanz, Haus- und Nervenärzten, Betreuern, Angehörigen, sozialpsychiatrischen Diensten und selbstverständlich vom Hilfesuchenden selbst vorgenommen werden. Nach der Anmeldung erfolgt eine





Home Treatment-Aufnahme-Untersuchung, welche zu folgenden drei Ergebnissen kommen kann:

1. Eine psychiatrische Akutbehandlung mit intensivem multiprofessionellem Input im sicheren Wohnfeld ist indiziert. Dann liegt eine Home Treatment-Option vor.
2. Eine psychiatrische Akutbehandlung ist indiziert, aber ein sicheres Wohnfeld ist nicht vorhanden. Es erfolgt eine stationäre Aufnahme.
3. Eine psychiatrische Akutbehandlung ist nicht indiziert. Es erfolgt eine Zurücküberweisung zum Zuweiser bzw. eine ambulante psychiatrische Weiterbehandlung.

Therapie

Nach eingehender Diagnostik und Situationsanalyse erfolgt die Therapieplanung im multiprofessionellen Team, und es wird zusammen mit dem Patienten ein individueller Therapieplan erstellt.

Er kann Elemente aus folgendem Therapieprogramm enthalten:

- stützende und entlastende Gespräche,
- Psychoedukation,
- Entspannungsübungen,
- soziales Kompetenztraining,
- Gedächtnistraining,
- Motivation zu und Begleitung bei körperlichen Aktivitäten, z. B. Nordic Walking,
- (Systemische) Psychotherapie,
- Pharmakotherapie,
- Medikamententraining,
- Beratung, Anleitung und Unterstützung bei sozialen Schwierigkeiten,
- Anbieten praktischer Alltagshilfen,
- Vermittlung von gemeindepsychiatrischen Angeboten (SpDi, Tagesstätte),
- Vermittlung in weiterführende Behandlungen.

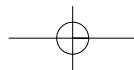
Während des Home Treatments hält das Team intensiven Kontakt zum Patienten. Dieser erfolgt zum einen durch Telefonate und zum anderen durch Hausbesuche. Die Intensität der Kontakte ist individuell, kann gegebenenfalls auch mehrmals täglich sein. Vor der Entlassung reduzieren sich die Kontakte, es bleiben jedoch mindestens 3 pro Woche. Innerhalb des Teams finden tägliche Übergaben und mindestens einmal wöchentlich eine Fallbesprechung statt, so dass jeder Mitarbeiter immer auf dem aktuellen Stand ist.

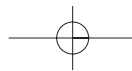
Abgrenzung zur Psychiatrischen Institutsambulanz

Bei Home Treatment handelt es sich nicht um eine klassische ambulante Behandlung, sondern um einen Ersatz für eine stationäre Krankenhausbehandlung. So bietet sie eine viel höhere Intensität an Kontakten und Hausbesuchen als eine Anbindung an die Institutsambulanz. Zudem hat Home Treatment einen zeitlich begrenzten Akutbehandlungsauftrag, wogegen die ambulante Behandlung in der Institutsambulanz zeitlich unbefristet erfolgen kann.

Zusammenfassung:

Bisherige Erfahrungen bestätigen, dass Home Treatment eine gute Alternative zur Krankenhausbehandlung darstellt. Besonders erwähnenswerte Vorteile sind der direkte Einbezug der Angehörigen, die Gemeindeorientierung und der „sanftere“ Übergang an der Schnittstelle stationäre/ambulante Behandlung. So erhofft man sich, durch Home Treatment zukünftig der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen entgegenzuwirken, einen Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld und eine Integration der Betroffenen in gemeindenahe Angebote zu erreichen.





Beate Ringel-Braun

*Sozialpädagogin (FH), Begegnungsstätte „Lichtblick“ des SpDi
Günzburg und Betreutes Einzelwohnen (Caritasverband für den
Landkreis Günzburg und Neu-Ulm)*

Home-Treatment – und was kommt danach?

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Frau Ringel-Braun. Seit sieben Jahren arbeite ich halbtags beim Caritasverband Günzburg und Neu-Ulm als Sozialpädagogin im Betreuten Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen und seit zweieinhalb Jahren zusätzlich halbtags beim Sozialpsychiatrischen Dienst Günzburg in der Begegnungsstätte Licht-Blick.

Ich lade Sie ein, sich folgende Situation vorzustellen:

Die akute Krise Ihres Angehörigen ist für beendet erklärt worden.

Das Home Treatment mit Dr. Frasch, Herrn Müller und seinen Kolleginnen und Kollegen hat sich verabschiedet. Und jetzt?

Die letzte Zeit hat alle viel Kraft gekostet. Sie sind im Besonderen betroffen. Ansprechpartner zu sein, Tag und Nacht, keine Verschnaufpause zu haben und ständig in Sorge zu sein, auch um die Zukunft, das können wir hauptamtlichen Mitarbeiter in Klinik und ambulanten Diensten uns nur annähernd vorstellen. Denn wir gehen nach dem Dienst nach Hause.

Jetzt ist es für Sie und Ihre Familie an der Zeit, aufzuatmen und Luft zu holen. Der Sozialpsychiatrische Dienst in Günzburg bietet Ihnen und Ihrem erkrankten Angehörigen seit 25 Jahren eine breite Palette an Angeboten.

Der SpDi ist eine Beratungsstelle für:

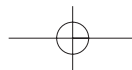
- psychisch kranke und psychisch behinderte Erwachsene;
- Menschen, die von psychischer Krankheit bedroht sind (z. B. unter psychischen Belastungen stehen, eine Krise durchleben, ein Verlustereignis erlebt haben) ;
- sozial desintegrierte Menschen mit psychischen Auffälligkeiten (z. B. Menschen, die noch nie in psychiatrischer Behandlung waren, jedoch durch besonderes Verhalten auffällig wurden);
- Familienangehörige, Partner und Freunde der oben genannten Personengruppen, Bezugs- und Kontaktpersonen aus dem weiteren sozialen Umfeld.

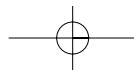
Mit welchen Zielen arbeiten die MitarbeiterInnen im SpDi?

Grundsätzlich arbeiten wir personenorientiert, gemeindenah, ganzheitlich, klientenzentriert und kontinuierlich.

Daraus ergeben sich folgende Ziele der individuellen Hilfe:

- Erreichung einer Stabilisierung des seelischen Zustandes des Klienten,
- Hilfestellung zur besseren Konfliktbewältigung – Begleitung bei der Sinnfindung,
- Hinführung zur Gemeinschafts- und Kontaktfähigkeit – z. B. bei der selbstständigen Alltagsbewältigung,
- Unterstützung bei der Teilnahme am sozialen Leben – Unterstützung am Arbeitsplatz,
- Verbesserung der individuellen Lebensqualität und der persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten,
- Hilfe zur Selbsthilfe (Unser Ziel ist erreicht, wenn wir überflüssig sind!),
- Selbständiges Wohnen und Arbeiten.





Unsere allgemeinen Ziele sind:

- Vorbeugung von psychischen Krankheiten mittels Information und Aufklärung der Bevölkerung (z. B. die Woche der seelischen Gesundheit oder die sehr gut besuchten Psychose-Seminare im letzten Herbst);
- Kooperation mit allen beteiligten Stellen zur Vermeidung von Mehrfachbetreuungen und zur Sicherstellung adäquater Unterstützung;
- Förderung des Selbsthilfepotentials bei Betroffenen und Angehörigen im sozialen Umfeld und in der Gemeinde;
- Vermeidung von stationären Aufenthalten psychisch kranker Menschen – Koordination der Hilfen.

Was erwartet einen Klienten, der zum ersten Mal zum SpDi in die Beratung kommt?

- Der telefonische Erstkontakt mit unserer geschulten Verwaltungskraft, um einen Termin zu vereinbaren.
- Das erste Gespräch mit einem hauptamtlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterin (Sozialpädagoge oder Psychologe). Hier wird ein Aufnahmebogen ausgefüllt und auf die Schweigepflicht hingewiesen.
- Es wird gemeinsam überlegt, ob der Klient oder die Klientin zur Beratung nach Günzburg kommen kann, oder ob ein Hausbesuch nötig ist.
- Gemeinsame Ziele für die Beratung werden formuliert, z. B. wie organisiere ich den Alltag mit meiner Angststörung?
- Vereinbarung einer Einzel-, Paar- oder Familienberatung.
- Aufbau einer tragfähigen Vertrauensbeziehung.
- und ein wichtiger Hinweis: die Beratung beim SpDi ist kostenlos!

Welche Gruppenangebote gibt es beim SpDi?

Wir bieten regelmäßige Freizeitgruppen an, wie die Handarbeitsgruppe und die Bewegungsgruppe mit Musik. Einmal im Monat gibt es einen Ausflug, z. B. nach Augsburg oder München, zu Ausstellungen usw. Das Highlight für viele ist unser jährlich stattfindender Urlaub. Mit einer Gruppe Gleichge-

sinnter und professioneller Betreuung zu verreisen, ist für unsere Klienten oft die einzige Möglichkeit Urlaub zu machen. Nicht zu vergessen, dass in dieser Zeit auch die Angehörigen sozusagen „Urlaub“ haben. Dieses Jahr geht es noch einmal nach Italien. Im nächsten Jahr ist unser Ziel der Bodensee.

Ein beliebter Treffpunkt sind die sogenannten Teestuben, die von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen in Günzburg, in Thannhausen und in Krumbach gestaltet werden. Dort treffen sich Psychiatrieerfahrene zum gemütlichen Beisammensein. Wieder im Programm ist die Gesprächsgruppe für Menschen mit „Depression“. Sie wird alle 14 Tage in der Zankerstraße 1a stattfinden. Start ist im Herbst am 26. September von 17:00-18:30 Uhr.

Und die Angehörigen? Sie treffen sich bei uns jeden 2. Dienstag im Monat um 18:00 Uhr.

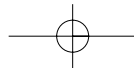
Für Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Interessierte haben wir vor zwei Jahren die Begegnungsstätte „Licht-Blick“ eröffnet.

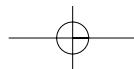
Sie ist mitten in der Stadt im ehemaligen Haus St. Simpert untergebracht. Der „Licht-Blick“ liegt gemeindenah, fernab des BKH's. Warum?

Einige unserer Besucher verbinden das BKH mit Krisenzeiten – einer Auszeit in einem geschützten Rahmen. In stabilen Zeiten möchten sie dort lieber nicht sein. Das eigentliche Leben findet im Alltag statt. Dies soll unser Standort unterstützen.

Wie schafft es der Einzelne, zu uns zu kommen?

Wer zu uns kommt muss eigene Ressourcen nutzen!
Sich auf den Weg machen, die Adresse Ulmer Straße 17 suchen, nicht wissen, was erwartet mich. Das erfordert viel Mut! Aufstehen, sich adäquat anziehen, durch die Stadt gehen, den Verkehr aushalten und anderen Menschen begeg-





nen sind nur ein paar Punkte, die für viele unserer Besucher einen großen Schritt zur Selbständigkeit bedeuten.

Für wen gilt unser Angebot?

Wir sind ein niedrigschwelliger Treffpunkt für Menschen, die

- Psychiatrieerfahrung haben;
- das Gespräch untereinander suchen;
- Ängste, Depressionen und ähnliches kennen – sich einsam fühlen;
- ihre Zeit in einer gemütlichen Cafeteria verbringen möchten – kreativ sein wollen;
- und eine Beschäftigung suchen.

Was ist hier mit niedrigschwellig gemeint?

- es ist keine Voranmeldung nötig,
- alle Angebote können genutzt werden, der Einzelne verpflichtet sich nicht,
- die Angebote sind in der Regel kostenfrei (Ausnahme Essen und Getränke),
- wir verzichten weitgehend auf Formalitäten,
- wir unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

Was bieten wir an?

- Cafeteria mit Frühstück jeden Tag von Dienstag bis Freitag – vielfältige kreative Angebote, wie Kunsttherapie – soziale Kontakte,
- Haushaltstraining und Kochkurse – Tagesstrukturierung,
- lösungsorientierte Kurzberatung,
- Beschäftigungsmöglichkeiten mit kleinem Zuverdienst – Gruppengespräche,
- aktive Mitgestaltung und Mitbestimmung – und vieles mehr.

Hier kann ich mir Sie als Angehörige gut vorstellen: als Begleitung und Brückenbauer für den ersten Besuch im Licht-Blick.

Ich möchte Sie ganz herzlich einladen, mit Ihrem Angehörigen zu uns zu kommen und eine Tasse Kaffee oder Tee zu trinken.

Ein wichtiger Punkt noch abschließend zum SpDi:

Der SpDi versteht sich in seiner ambulanten Arbeit als Erweiterung zu den Angeboten der stationären Einrichtungen in Günzburg. In Kooperation mit dem BKH konnten wir den Zugang für Menschen mit einer psychischen Erkrankung noch weiter absenken.

Zum Beispiel waren Dr. Frasch und Herr Müller in der Begegnungsstätte, um das Home Treatment vorzustellen. Darauf aufbauend könnten wir uns eine engere Zusammenarbeit gut vorstellen.

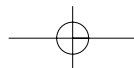
Im BKH liegen unsere Flyer auf den Stationen aus, und wir bieten alle 14 Tage Dienstags unsere Beratung in der Institutsambulanz an.

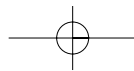
Jeden Freitagnachmittag von 14 Uhr bis 16 Uhr gestalten die Besucher des Licht-Blicks, unter Anleitung eines Mitarbeiters vom SpDi, den „Patiententreff“ im BKH in der alten Kegelbahn. Es gibt selbstgebackenen Kuchen, Kaffee und Würstchen und ab und an Live Musik.

Dies ist ein gelungener Treffpunkt für die Besucher der Begegnungsstätte, Patienten und Mitarbeiter des BKH, für Ehemalige und Angehörige.

Ein weiteres ambulantes Angebot in Günzburg ist das Betreute Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen vom Caritasverband für die Region Günzburg und Neu-Ulm.

Sie waren länger von zu Hause fort. Vielleicht gönnten Sie sich eine Kur, nahmen an einer Reise teil oder ließen bei einem schönen Urlaub die Seele baumeln. Sie kommen nach Hause, sperren die Wohnungstür auf, gehen hinein, machen die Tür hinter sich zu und sind daheim. Endlich. Ruhe – Schuhe ausziehen ... Wie wichtig ist Ihnen Ihr Zuhause?





Das Angebot des Betreuten Einzelwohnens richtet sich an Menschen, die in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben möchten, obwohl sie von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

Durch die Begleitung einer Fachkraft wird das selbstbestimmte Leben erhalten oder wieder aufgebaut, z. B. nach einem langen Klinikaufenthalt. Unsere Klienten werden im alltagspraktischen Bereich unterstützt. Wir begleiten sie zu Ärzten und Ämtern. Unser differenziertes Angebot beinhaltet ebenso Früherkennung von Veränderungen im Krankheitsverlauf wie Begleitung in Krisenzeiten.

Welches sind die Ziele des Betreuten Einzelwohnens?

- Ermöglichung und Erhalt einer größtmöglichen Selbständigkeit und Eigenverantwortung – Vermeidung von Überversorgung,
- Vermeidung von Aufhalten im BKH,
- Erhalt und Ermöglichung einer eigenen Wohnung und Privatsphäre.

Wer kann unser Angebot in Anspruch nehmen?

- Psychisch kranke Menschen, die
- im Landkreis Günzburg wohnen;
- die volljährig sind;
- die sich selbst versorgen können;
- die in bestimmten Lebensbereichen sozialpädagogische Unterstützung benötigen;
- und die bereit sind, ihre Probleme zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten möchten.

Was bieten wir an?

- regelmäßige Hausbesuche (1- bis 2-mal in der Woche),
- Hilfestellung im lebenspraktischen Bereich,
- Unterstützung bei der Tagesstrukturierung,

- Unterstützung bei der Freizeitgestaltung (dazu gehören regelmäßige gemeinsame Ausflüge),
- Beratung von Angehörigen – Kriseninterventionen,
- Vermittlung zu Fachdiensten – und vieles mehr.

Eine interessante Frage ist: Was kostet das Betreute Einzelwohnen?

Das Betreute Einzelwohnen ist eine Maßnahme der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII.

Die Kosten werden in der Regel vom jeweiligen Bezirk übernommen. Die Einkommensgrenze liegt bei 690,00 €. Dazu kommen noch die Kosten für die Miete. Je nach Einkommenssituation des Klienten muss im Einzelfall ein Kostenbeitrag geleistet werden

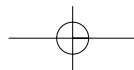
Wie kann das Betreute Einzelwohnen beantragt werden?

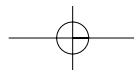
Die Anregung für das Betreute Einzelwohnen kann vom Betroffenen selbst, von Ihnen als Angehörigen, vom behandelnden Arzt, vom gerichtlich bestellten Betreuer oder einem Mitarbeiter einer Beratungsstelle kommen.

Zuerst wird immer ein Informationsgespräch mit uns Mitarbeiterinnen stattfinden.

Sagt dem Klienten unser Angebot zu und ist er bereit mitzuarbeiten, gilt es ein Antragsformular für den Bezirk Schwaben auszufüllen. Für diesen Antrag wird das Formular eines Sozialhilfeantrages zu Grunde gelegt. Beim Ausfüllen sind wir gerne behilflich.

Zusätzlich wird zwischen dem Klienten und dem Regionalverband der Caritas ein Betreuungsvertrag geschlossen. Dieser kann von beiden Seiten jeweils bis zum Monatsende gekündigt werden.





Dies unterstreicht noch einmal wesentliche Punkte des Betreuten Einzelwohnens:

1. den Charakter der Freiwilligkeit,
2. den Unterschied zu einer gerichtlich bestellten Betreuung,
3. die Verpflichtung, bestimmte Aufgaben wahrzunehmen, z.B. seitens der Klienten: regelmäßige Medikamenteneinnahme und Facharztbesuche und die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen des Betreuten Einzelwohnens.

Seitens der Mitarbeiterinnen sind u. a. regelmäßige Hausbesuche und ein kontinuierliches Betreuungsangebot vertraglich zugesagt.

Wie lange dauert das Betreute Einzelwohnen?

Das Ziel des Betreuten Einzelwohnens ist, die betreuten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.

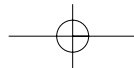
Ist ein von uns begleiteter Mensch in der Lage, sein Leben allein in die Hand zu nehmen, wird das Betreute Einzelwohnen beendet. Unser Angebot ist also zeitlich nicht befristet.

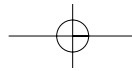
Wie viele Plätze gibt es im Landkreis Günzburg?

In den letzten sieben Jahren hat der Bezirk Schwaben 10 Plätze für das Betreute Einzelwohnen finanziert.

Da jeder Bürger einen gesetzlichen Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe hat, wurde die Anzahl der Plätze vom Bezirk vergrößert. Im Moment wird jeder weitere Antrag als sogenannter Einzelfall genehmigt. Falls Sie und Ihren erkrankten Angehörigen unser Angebot anspricht, möchte ich Sie ermutigen: Rufen Sie uns an und machen Sie einen unverbindlichen Termin für ein Informationsgespräch mit uns aus.

Wir freuen uns auf Sie!





Förderer und Sponsoren

Wir danken allen Förderern und Sponsoren für die freundliche Unterstützung

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände

AstraZeneca GmbH, Wedel

Barmer Ersatzkasse

Bezirksklinikum Regensburg

Bezirkskrankenhaus Günzburg

Deutsche Angestellten Krankenkasse

Dr. Hans Vießmann-Stiftung

Gmünder Ersatzkasse

Janssen-Cilag GmbH, Neuss

Kaufmännische Krankenkasse

Kreis- und Stadtsparkasse Hof

Techniker Krankenkasse

Wyeth GmbH, Münster

Sponsoren

Impressum:

Herausgeber:

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.
Pappenheimstraße 7, 80335 München
Tel.: 0 89 / 51 08 63 25
Fax: 0 89 / 51 08 63 28
E-Mail: lvbayern_apk@t-online.de

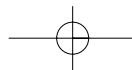
Satz und Druck:

PROJEKT PRINT
St.-Wolfgang-Platz 11
81669 München
Tel.: 0 89 / 1 29 60 46
Fax: 0 89 / 1 23 71 89
E-Mail: projekt-print@perspektiveverein.de

Copyright:

Landesverband Bayern der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.

Impressum





Förderverein
des Landesverbandes Bayern
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Pappenheimstr. 7, 80335 München
Telefon: 0 89 / 51 08 63 25 Fax: 0 89 / 51 08 63 28

**Wir fördern und unterstützen die Aufgaben und Ziele
des bayerischen Landesverbandes der Angehörigen
psychisch kranker Menschen.**

Auch Sie können das tun!

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft München,
BLZ 700 205 00, Konto 88 60 700

Der Förderverein ist als gemeinnützig anerkannt.
Jeder Spender erhält eine Spendenquittung.