

Prävention und „Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie“

(Peukert, 01.01.09)

Primärprävention			
Ziel	Die Entstehung von Krankheiten (oder von [Teil]Ursachen von Erkrankungen) verhindern oder verringern		
Formen	Universelle Primärprävention: Ansprache des großen Publikums	Selektive Primärprävention: Personen oder Gruppen mit erhöhtem Krankheitsrisiko (Vorliegen von Risiken oder keinen protektiven Faktoren)	Indizierte Primärprävention: Personen mit minimalen Symptomen und biologischen Risikomarkern – ohne erreichen der Diagnoseschwelle

Sekundärprävention	
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Bestehende Krankheiten (auch im symptomlosen Zustand) frühzeitig erkennen und erfolgreich therapieren - Fortschreiten des Krankheitsfrühstadiums verhindern - Wiedererkrankung vermeiden bzw. hinausschieben - Krankheit bewältigbar machen

Tertiärprävention	
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Verschlimmerung der Erkrankung verhüten - Vermeiden bleibender insbesondere sozialer Funktionseinbußen - Vermeiden bzw. mildern von Folgeschäden - Vorzeitige Verrentung verhindern - Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern

(Peukert: Sinn und Möglichkeiten der Prävention bei psychischen Erkrankungen; in: Tagungsband 31 der Aktion Psychisch Kranke (Hg.), Prävention bei psychischen Erkrankungen, Psychiatrieverlag: Bonn, 2004: 36)

Primärprävention

- Orientierung an seelischer Gesundheit statt psychischer Erkrankung

Krankheit ist hin und wieder besiegbare, chronische Erkrankungen können und müssen erträglicher gestaltet werden und können auch überwunden werden - aber Gesundheit ist nicht beliebig herstellbar, sie lebt in den Ritzen und Nischen der Lebenswelt, sie stellt sich beiläufig her.

Gesundheit ist ein Nebeneffekt - ein Nebeneffekt von Ich-Stärke, Sinnhaftigkeit, Genussfähigkeit, erwartungssicherer Sozialstruktur, internaler Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstgewissheit und Selbstaufmerksamkeit, von Zuversicht und Optimismus, Neugierde auf das Leben, von aktivem Bewältigungsverhalten; Gesundheit ist das Ergebnis eines positiven Selbstbildes der eigenen Handlungsfähigkeit.

Dies ist eine Aufzählung aus Büchern zu nachgewiesenen gesundheitsförderlichen bzw. -erhaltenden protektiven Faktoren, die u.a. auch in die Vorschlagsliste von Indikatoren für Gesundheitsberichterstattung eingegangen sind (Walter & Schwarz in: BZgA 2003, S. 112)

Psychische Gesundheit ist zudem ein Nebeneffekt des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (siehe die Meta-Analyse zu Untersuchungen zum Kohärenzgefühl in Bengel et al. 2001, S. 44f):

Das Kohärenzgefühl ist „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993, S. 12; Übersetzung durch Franke & Broda 1993)¹

Die Integration in funktionierende soziale Netzwerke hat sich - wissenschaftlich erwiesen - als **der** salutogenetische Wirkfaktor Nr. 1 herausgestellt (u.a. Bauch & Bartsch in: Prävention 1/2003):

Dabei geht es um die Integration in lebenswelt-alltäglich erlebte Bindungsstrukturen, und nicht in Hilfenetzwerke, die bei Erkrankungen kriterial sind.

Schon die Autoren der Bibel wussten um die bindende Kraft des Miteinander:

„Zweie sind besser dran als nur einer, denn ... fallen sie, so hilft der eine dem anderen auf. Dolch wehe dem einzelnen, wenn er fällt und kein anderer da ist, ihm aufzuhelfen. Und liegen zwei beieinander, so haben sie warm; wie aber könnte einer allein erwärmen?“ (Prediger 4, 9 - 11)

Gut gemeinte präventive Strategien könnten nun dazu führen, dass gerade dies unterminiert wird: der präventionsmotivierte, rationalisierende Eingriff in guter Absicht nimmt dem alltäglichen Sozietop seine Unmittelbarkeit einer naturhaft erlebten, enttäuschungsfesten Sozialform; so könnte genau das verloren gehen, was ihn zum Ort von Gesundheit gemacht hatte.

Wie kann dieses „**Interventionsparadoxon der Prävention**“² umschifft werden?

Anstatt zu intervenieren wäre die natürliche Lebenswelt vor sozialmanipulativen und/oder interventionistischen Zugriffen zu schützen; statt dessen wären in der alltägliche Lebenswelt

¹ Wen erinnert das nicht an das berühmte Zitat von Manfred Bleuler in seinem Brief vom 18.2.1984 an Klaus Dörner:

„Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwierigen inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert, einen „point of no return“ überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben wurde“

² Die Möglichkeit der paradoxen Wirkung präventiv gemeinter Eingriffe scheint in eher technizistischen Gesundheitsauffassungen nicht auf, so z.B. in dem heute in der Gesundheitsförderung geläufigen SAR-Modell (das systemische **Anforderungs-Ressourcen-Modell**).

„Die Gesundheit eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.“ (BZgA 2003, S. 13).

„Externe Anforderungen“ sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen,

„interne Anforderungen“ resultieren aus den Bedürfnissen, Zielen, und Werten:

- Ernährung, ausreichender Schlaf, Sexualität, Bewegung (physiologische Bed.);

- Selbstverwirklichung, Orientierung und Sicherheit, Bildung, Bindung und Achtung („Bedürfnisse nach Erkundung der Umwelt und des Selbst“; BZgA, S. 13

der Menschen die salutogenen Figurationen aufzuspüren - die dann besonders gehegt und gepflegt werden sollten.³

Um im Bild zu bleiben: Naturhaftes Gärtnern statt Rollrasen - das ist der Ratschlag.

Zur Veranschaulichung ein Beispiel für das „Aufspüren salutogener Figurationen“⁴ und „behutsamer gärtnerischer Pflege des Soziotops“.

Kinder psychisch kranker Eltern werden häufiger selbst psychisch krank als andere Kinder, (erhöhtes Krankheitsrisiko - also: Kandidat für selektive Primärprävention). Viele dieser Kinder bleiben nicht nur gesund, sondern entwickeln hohe soziale Kompetenzen.

Inzwischen ist es evidenzbasiert (empirisch abgesichert), dass die enge und tragende Beziehung zu einer stabilen Bezugsperson salutogen wirkt - sozusagen als kleines funktionierendes soziales Netzwerk.

Anders ausgedrückt: die internen-personellen Ressourcen werden gestützt, indem von den intra-personellen Anforderungen das Bedürfnis des Kindes nach erwartungssicherer Bindung unmittelbar befriedigt wird.

Die vorgeschlagene „behutsame Pflege des Soziotops“, also der präventive Beitrag, würde hier bedeuten, die Bindungssicherheit gebenden Personen von lässlichen anderen Verpflichtungen zu befreien, z.B. durch die Bezahlung einer Haushaltshilfe oder durch nachbarschaftliche Hilfe.

Es würden also **kontextuelle Ressourcen** bereitgestellt. In der Taxonomie von Präventionsmaßnahmen wäre das **selektive bzw. indizierte Primärprävention** (letzteres, wenn man dem genetischen Faktor größeres Gewicht beimessen wollte).

Bei einem Teil der Kinder reichten aus welchen Gründen auch immer die protektiven Faktoren nicht aus, und auch die propagierte behutsame Pflege war oder ist aus Gründen der Familienkonstellation nicht möglich. Diese Kinder würden zusätzliche Hilfe benötigen, hier wäre die Jugendhilfe und die spezifische Kompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert.

Die erforderlichen Maßnahmen sollten schon dann eingeleitet werden, solange sie noch als indizierte Primärprävention möglich sind - sich also noch keine psychische Erkrankung bei dem Kind eingestellt hat und dann nur noch sekundär-präventiv gehandelt werden kann! (siehe u.a. Mattejat et al. 1998 und Schone et al. 2002).

Welche Lehren können aus dem Beispiel gezogen werden?

1. Primär- vor Sekundärprävention.

Das Beispiel hat uns aber auch gelehrt:

Ob im Einzelfall primär- oder sekundär-präventive Maßnahmen indiziert sind, hängt von den Lebensumständen ab, oder anders gesagt:

2. Primär- und sekundär-präventive Maßnahmen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden!

Und noch etwas haben wir gelernt:

3. Bereits die Primärprävention psychischer Erkrankungen bedarf sowohl sektor- und bereichsübergreifender, als auch die einzelnen Sozialsysteme integrierender Kooperationen.

Bevor weitere präventive Möglichkeiten der Gemeindepsychiatrie sowie potentielle Nebenwirkungen behandelt werden soll der bisher nur angedeutete Bezug zur Sozialraumorientierung vertieft werden.

³ Angesichts des Leidensdrucks, der von psychischer Erkrankung ausgeht, ist diese Sichtweise gewöhnungsbedürftig, und diese Überlegungen könnten Angehörige psychisch kranker Menschen aggressiv machen: sie sind die tag-täglich Mit-Leidenden.

Deshalb sei daran erinnert: wir befinden uns im Vorfeld, noch weit weg von seelischen Störungen, dort, wo unsere „Zielpersonen“ keineswegs psychisch krank sind und wir deshalb auch gut beraten sind, symptomähnliches Verhalten nicht überzuinterpretieren - um der Gefahr der therapeutischen Überreaktion zu entgehen (Elzer in: Mauthe Hrsg. 2001, S. 11) - gleichzeitig müssen wir uns allerdings auch vor der Gefahr des Verleugnens und Ignorierens von Frühsymptomen schützen.

Die Wiederentdeckung des Sozialraumes durch die Gemeindepsychiatrie

Das wieder erwachte Interesse der Gemeindepsychiatrie an der Sozialraumorientierung entspringt dem **Unbehagen an der aktuellen Situation**.

- Die verfügbaren Studien belegen eine fort bestehende Exklusion von psychisch kranken Menschen,
- die sog. „niederschweligen Angebote“ bleiben Sonderräume, auch wenn sie Schwellen senken (so wie das Kaufhaus ein Kaufhaus bleibt, auch wenn es die Kaufhausstufen längst zum Verschwinden gebracht haben, um flanierende Kunden hineinzuziehen),
- nach wie vor sind die Zugangsmöglichkeiten von „sehr schwierigen“ Menschen zu den gemeindepsychiatrischen Hilfen begrenzt.
- Psychiatrie-Erfahrene werfen den Profis die Entwicklung eines „ambulanten Ghettos in der Gemeinde“ vor, sie sehen Psychiatrie-Gemeinde statt Gemeindepsychiatrie).
- Klaus Dörner erhebt den Vorwurf des „Herumfummeln an der Person“, statt sich den Lebensverhältnissen zuzuwenden und die soziale Umgebung empfänglich für Psychiatrie-Erfahrene zu machen.

So wird die Forderung zunehmend lauter, bei der „personenzentrierten Wende“ die gemeinde- und sozialpsychiatrischen Grundhaltungen mit ihrem Blick auf die Lebensverhältnisse der Menschen bei der Lösung individueller, personenbezogener Probleme nicht aus dem Auge zu verlieren.

Der Diskurs zur Prävention (psychischer) Erkrankungen kreist um die gleichen Themen, wobei die Verstärkung von Krankheitslasten durch Exklusion aus relevanten sozialen Bezügen im Vordergrund steht. (Wohnungsverlust und Arbeitslosigkeit; Temporalisierung von Intimbeziehungen vs. der protektiven Funktion von stabilen Beziehungen).

Auch die Handlungsperspektiven verweisen auf die Lebensverhältnisse der Menschen: die „Settings“ werden als primärer Ort von Prävention angesehen.

Was meint „Sozialraum“?

„Fall“ oder Feld“ - das ist hier die Frage? -

„ Fall **und** Feld!“ - das ist die Antwort.

„Die alleinige Orientierung am Fall erweitern und sich der Dynamik des sozialen Raumes widmen - nur so: Vernetzung, bürgerschaftliches Engagement, Prävention, Flexibilisierung, Lebensweltorientierung“ (Hinze)

Der soziale Raum soll als gelebter Lebensraum zentrale Bezugsgröße für die Steuerung von Fachlichkeit und Geld werden - aber:

„Für die Gestaltung von Lebenswelten erhält kein Träger eine dauerhafte Finanzierung, es sei denn, er tarnt sie als einzelfall- oder zielgruppenbezogene Dauerleistung, die er einem ... Paragraphen zuordnet“ (Hinze, in: Kontaktmanagement, S. 2)

In wie weit dies auch für präventive Maßnahmen zutrifft wird weiter unten angesprochen.

Sozialraumorientierung bedeutet:

den sozialen Raum mit seinen Milieus und Menschen

- als Ressource **nutzen**,
- ihn für die Personen und Settings **stärken**, die mit Belastungen aus psychischen Erkrankungen umzugehen haben (Selbsthilfeförderung, Betriebs- und Schulprojekte,

...) sowie diese Personen und Settings zum gemeinsamen Leben unter belasteten Bedingungen **befähigen** (supported employment, Betreuung **in** Familien, Schulprojekte ...)

- ihn (weiter-)entwickeln, um die Inklusion vom sozialen Umfeld her zu befördern (in der ICF: Kontextfaktor Umwelt) mit der Konsequenz, auch unabhängig und vor der Betrachtung von Einzelfällen in den Sozialraum zu investieren - in Form unterschiedlich denkbarer Spielarten von Sozialraumbudgets -
- und dies als Voraussetzung von personenzentrierten Hilfen für die jeweilige Person.

Fall und Feld!

Was der Sozialraum in dem einen, sind die Settings in dem anderen Diskurs

Die WHO hat unter der Gesundheitsperspektive für die einzelnen Sozialräume den Begriff „Setting“ eingeführt, der für Prävention von zunehmender Bedeutung ist, auch in der bundesrepublikanischen Diskussion.

Unter einem Setting versteht die WHO „... the place or social context in which people engage in daily activities, in which environmental, organisational and personal factors interact to effect health and well-being“ (Health Promotion Glossary der WHO)

Schulen, Betriebe, Elternhaus, Freizeiteinrichtungen wie Sportvereine sind mögliche Settings.

Settings können als Milieus aufgefasst werden, „wo vergleichbare, individuelle Erwartungen sich bündeln“ (Rebscher in: Der Gelbe Dienst vom 12.3.04, S. 14).

Hier wird der naturwüchsig-alltägliche Charakter des Lebensraums aufgegriffen.

Der Sachverständigenrat definiert prägnanter:

Setting verweise auf einen sozialen Kontext,

- der als bewusst koordinierte Einheit

- mit relativ klarer Zugehörigkeit aufzufassen ist,

- und der auf kontinuierlicher Basis an der Erreichung eines Zieles oder mehrerer Ziele arbeitet.

Die von Klaus Dörner seit Jahren als präventivem Ort in die Diskussion gebrachte

„Nachbarschaft“ ist in diesem Sinne kein Setting, sondern ein „sozialer Nahraum“, s.u.

Allerdings können sich aus Nachbarschaften Settings entwickeln, wenn z.B. Nachbarn einen Verein gründen, der sich unter Einbeziehung professioneller Helfer für die Hilfebedürftigen des eigenen Viertels praktisch verantwortlich erklärt.

Präventive Maßnahmen in Settings

- können gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreichen (z.B. Schüler und Lehrer; Gesunde und Kranke),

- und in solchen Maßnahmen können kontext- sowie individuumsbezogene Maßnahmen - sich wechselseitig unterstützend - kombiniert werden.

(Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 133)⁴

⁴ Der Sachverständigenrat (2000/2001) hält übrigens alle gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (Verhaltens- und Verhältnisprävention, individuen- und kontextbezogene Prävention, spezifische und unspezifische Prävention etc.) für wenig hilfreich (RZ 270) und schlägt Zielgruppenorientierung als fruchtbarsten Ordnungsgesichtspunkt vor, wobei Settings eine Zielgruppe definieren. „Eine konsequente Zielgruppenorientierung der Prävention führt zu genauerer Beschäftigung mit den - objektiven wie subjektiven - Belastungen und Ressourcen, den durch diese mitbestimmten Bedingungen gesunden Lebens sowie zu klarer Zugangs- und Interventionsplanung“ (RZ 271)

Historische Zugängen zur Sozialraumorientierung

Die historischen Zugänge zur Sozialraumorientierung liegen außerhalb des (sozial-)psychiatrischen Sprachspiels

Ein Zugang ist die Gemeinwesenarbeit: die Mobilisierung der Bevölkerung eines sozialen Lebensraumes zur Verbesserung der Infrastruktur ihres Lebensfeldes.

Ein weiterer Zugang entstammt der Lebensweltorientierung, die an den konkreten Lebensverhältnissen „der Menschen in Beziehung“ ansetzt, dort neben den defizitären vor allem auch die produktive Ressourcen beachtet und darüber zu Problemlösungen zu gelangen sucht.

In dem Kontext von Hilfeplanung in der Jugendhilfe liest sich das so: „Die neuen Instrumente der individuellen Hilfeplanung und - analog dazu - einer regional vernetzten Planung im Hinblick auf eine transparente und belastbare soziale Infrastruktur ... werden zu zentralen Momenten einer reflexiven, also auf die konkreten Bedingungen von Situationen und Region bezogenen Sozialen Arbeit“ (Thirsch 1999).

Den dritten Zugang liefert die Dienstleistungsorientierung. Dabei geht es nicht primär um die Frage, ob es im Sozial- und Gesundheitswesen „Kunden“ gibt oder nicht, sondern um die Berücksichtigung des Faktums der erforderliche Co-Produktion von Klienten (und Kunden generell) bei Dienstleistungen. Der Anbieter von Dienstleistungen kann sein Produkt keinesfalls ohne den Patienten/Klienten (bzw. Kunden generell) erstellen, der ist ganz wesentlich an der „Produktion“ der Dienstleistung und am Ergebnis beteiligt. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass die Produktion und Konsumtion der Dienstleistung keine voneinander getrennten Prozesse sind; in der „Produktion“ einer Beratung wird diese zugleich konsumiert. Schon allein aus den angedeuteten Strukturmerkmalen einer Dienstleistung resultiert die Betrachtung des Dienstleistungsempfängers als aktiver Produktionsressource und der erforderliche Einbezug der Adressaten sowie damit verbunden deren Aktivierung in Bezug auf die Entwicklung und Stärkung von Ressourcen in den jeweiligen sozialen Räumen.

Der Sozialraum ist der Relationale Raum

Dieser Raum **sind** die **Beziehungen**, die sich in **wechselseitiger Beeinflussung einstellen**, zwischen den räumlichen Komponenten (Gebäudestrukturen, öffentliche und private Räume, vorgegebene Mobilitätsströme: Straßen und Plätzen) und den sie bevölkernden Menschen, die diese Räume „bespielen“.

In diesem relationalen Räumen entwickelt sich eine **jeweilige Soziokultur** (Lebensentwürfe, Selbstkonzepte) und auf ihn bezogene **jeweilige Deutungskulturen** (Wertemuster, Sinnstrukturen, Handlungsziele, soziale Ausrichtungen).

Der relationale (Sozial-)Raum ist nicht der „Container-Raum“, der in Länge x Breite x Höhe ausreichend beschrieben ein Gehäuse bildet, das dem Inhalt gegenüber gleichgültig ist.

(in Anlehnung an Jens S. Denschat, Wien)

Wenn wir uns eine reale Psychiatrische Klinik oder ein Quartier - eine Villengegend oder eine Plattenbausiedlung - vorstellen, haben wir sofort eine Vorstellung vom relationalen Raum und seinen Komponenten.

Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie und Prävention

Im psychiatrischen Diskurs ist die Sozialraumorientierung längst wirksam; das klassische Dreigestirn der Sozialraumorientierung konvergiert mit aktuellen Themen der psychiatrischen Versorgungsdiskussion:

Sozialraum als Orientierungsgröße	- die „Aktivierung Nicht-Psychiatrische Hilfen“ im IBRP
Soziaraumbudget	- Regionales Psychiatrie-Budget
Trägerexklusivität	- GPV-Diskussion
Steuerungsgremium	- HPK und Steuerungsverbund

Im Präventionsdiskurs finden wir ein vergleichbares Dreigestirn:

Sozialraum als Orientierungsgröße - die regionale Orientierung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz

Trägerexklusivität - Zugangsregelungen zu den Mitteln des (geplanten) Präventionsfonds

Steuerungsgremium - regionale Präventionsräte

Die bei der Sozialraumorientierung besonders heikle Debatte der Trägerexklusivität ist in der Gemeindepsychiatrie und im Präventionsdiskurs längst auf die Ebene transparenter Absprachen mit klaren Regelungen abgeschwächt.

Sozialraumorientierung - definiert durch drei Paradigmen

Es sind drei Paradigmen, die für die Gemeindepsychiatrie die Orientierung am Sozialraum nicht nur empfehlen, sondern geradezu erzwingen.

Sozialraum als Handlungsparadigma: die Lebenswelt

Die Ressourcen der Lebenswelt werden als primär angesehen; der Blick richtet sich bei diesem Paradigma auf die Sozialen Milieus (3.000 bis 8.000 Einwohner) und nicht auf den sozialen Steuerungsraum (der beginnt bei 80.000 Einwohnern).

Der (Soziale) Raum im Sinne von Lebenswelt imponiert

- als ein Feld, das aus wechselseitigen Abhängigkeiten besteht und in dem sich wechselseitige Abhängigkeiten bilden und zurückbilden, wie im Nervensystem;

- in dem sich der Lebensvollzug „ereignet“, in dem sich das individuelle Leben in einen sinnvollen Lebenszusammenhang einbettet (Jehle);

- er ist das Spiel- und Wirkungsfeld, in das die individuellen Geschichten eindringen können (Boerma/Richterich, S. 204) - und die sozialpsychiatrischen Profis zu „biographischen Reisebegleitern“ werden (können)

„Dieser Reisebegleiter ist darin glaubwürdig, sich stets vom Reisenden korrigieren zu lassen, ohne ihm hörig zu werden“. Dörner 2008, S. 79).

- Jeder Mensch benötigt, um „... sich wirksam zu erfahren und ... für eine optimale Verwirklichung seines Potentials ... eine soziale und ökonomische Umwelt, die seinen Gestaltungsmöglichkeiten entgegenkommt“ (Willi 2007, S. 74) - und für viele Menschen ist es erforderlich, in den sozialen Raum, der die Lebenswelt dieser Menschen ausmacht, zu investieren und ihn zu verändern, damit sie dessen Möglichkeiten annehmen können.

Diese Formulierungen zeichnen sich durch einen sozial-romantischen Überschuss aus.

Es wird eine von Individuen wesentlich mit-gestaltete Lebenswelt mit relativ intensiven Interaktionen vorausgesetzt, die dem Modell der Dorfgemeinschaft oder der Nachbarschaften in gewachsenen Stadtvierteln nachempfunden ist.

Niemand lebt in „der einen Lebenswelt“, sondern wird in die Auseinandersetzung mit für ihn vorgängig existierenden gesellschaftlichen Teilsystemen gezwungen, u.a. mit folgenden Systemen:

- Wirtschaftssystem, mit seinen Teilsystemen
- - Arbeitssystem
- - Wohnungswirtschaftssystem
- Intimsystem (Sexuelle Beziehungen, Familie)
- Gesundheitssystem
- Bildungssystem

- Rechtssystem
- ...

In Nischen der Systeme, an ihren Rändern und/oder ihnen aufruhend können sich soziale Beziehungsgeflechte bilden, die dem sozial-romantischen Verständnis von Lebenswelt eher entsprechen, und in denen die Selbstgestaltung der Beziehungen zum Tragen kommt - mehr oder weniger in Koproduktion oder in Reaktion auf die Logiken und Praxen der Teilsysteme.

Die Systeme selbst folgen einer je eigenen Logik, und die Bedingungen der Teilhabe werden zunächst aus diesen Teilsystemen heraus definiert, und nicht aus ihren jeweiligen Umwelten oder gar den Bedürfnissen oder Bedarfen bedürftiger Individuen.

Die Wohnungswirtschaft z.B. definiert die Ausstattung und die Preise von Wohnungen, die der Einzelne aufbringen muss - aus eigenem Einkommen oder mit Wohngeldunterstützung.

Vielmehr werden im Wandel der Teilsysteme soziale Lasten auf die Umwelt und die Individuen abgewälzt; ökonomischer Druck führt zu Exklusion und sozialen Härtefällen, die Temporalisierung intimer Beziehungen zu permanenter Neu-Orientierung.

Richter D: Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn 2003: Psychiatrie-Verlag

"In der individualisierten Gesellschaft muss der Einzelne (...) bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung lernen, sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in Bezug auf seinen eigenen Lebenslauf, seine Fähigkeiten, Orientierungen, Partnerschaften usw. zu begreifen."

Ulrich Beck: Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1986, S. 217

Eine 'gelungene' Lebens-Karriere besteht – soziologisch – aus adäquaten Selbstselektionen des Individuums und erfolgten Fremdselektionen seitens der sozialen Umwelt:

- adäquate Angebote an potenzielle Partner, Arbeitgeber etc. (Selbstselektion);
- Auswahl durch Partner, Arbeitgeber etc., die auf der Attraktivität des eigenen Angebots für diese beruht (Fremdselektion);
- über die tatsächliche Inklusion entscheidet die Anschlussfähigkeit des Angebots!

Richter D: Psychisches System und soziale Umwelt: Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften. Bonn 2003: Psychiatrie-Verlag

Der Einzelne denkt nicht in den Kategorien der obigen Systeme und sieht sein Leben nicht als soziologisch verstandene Karriere.

Er führt sein Leben in subjektiv mit-gestalteten Lebenssektoren in Auseinandersetzung mit dem, was ihm die Logik der Systeme abfordert: das Leben wird quer zu den Systemen gelebt und ist selbst in „Lebenssektoren“ gegliedert, die - eine entsprechende soziale und kognitive Integrationsleistung vorausgesetzt - als eine oder mehrere subjektive Lebenswelten wahrgenommen werden **kann**, aber auch als eine unzumutbare Fraktionierung der eigenen Lebensvollzüge.

Zu den wesentlichen Lebenssektoren zählen:

Lebenssektor Wohnen

dort wird der Großteil der Anforderungen des Intimsystems realisiert, das Leben dort wird vom Intimsystem beeinflusst und beeinflusst dieses System; das „Beeinflusst werden“ und „Beeinflussen“ gilt auch für die Einkommenseite des Arbeitssystems und dessen Belastungen und „Beglückungen“: sie wirken sich im Sektor Wohnen aus, und die Bedingungen, unter denen gewohnt wird, beeinflussen das berufliche Belastungserleben mit.

Um den Lebenssektor Wohnen **kann** sich ein sozialer Nahraum bilden oder aktiv erschlossen werden: die von Klaus Dörner betonte klassische Nachbarschaft.

Lebenssektor Arbeiten

Neben der Verausgabung der Arbeitstätigkeit selbst werden hier die unmittelbaren Reproduktionserfordernisse definiert, die in den Lebenssektoren Wohnen und Freie Reproduktionszeit realisiert werden (sollen); zum Sektor gehört der durch Arbeit verliehene Status und die Aufteilung der Relation von Arbeits- und Freizeit.

Auch um den Sektor Arbeit kann sich ein sozialer Nahraum bilden oder aktiv erschlossen werden: der „KollegInnenkreis“ der hier und da bis nach der Berentung Bestand hat(te). Daneben gibt es Gemeinschaften unterschiedlichster Art, die auf der Berufstätigkeit aufruhen, von denen einige den Charakter eines sozialen Nahraumes annehmen können; historisch gehörten aktive Gewerkschaftskreise dazu, die ersten Aktivisten des Mannheimer Kreises (und der DGSG?) wohl auch.

Lebenssektor Freie Reproduktionszeit („Freizeit außer Haus“)

Im Lebenssektor Wohnen erfolgt nicht nur „Selbstsorge“ und/oder Reproduktion, sondern auch Konsumtion von freier Zeit. Deren Konsumtion wird allerdings von den vielfältigen Bedingungen, die für den Lebenssektor Wohnen bestehen, beeinflusst.

Ausstattung der Wohnung; in der Wohnung mit einem Ehepartner zusammen leben; ...

„Freie“ Reproduktionszeit ist der Lebenssektor, der ausschließlich von selbst wählbaren Aktivitäten gefüllt werden kann, und in dem die für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderliche Reproduktionszeit in Konkurrenz zu selbst motivierten Aktionen tritt, z.B. zu den regelmäßigen Fußballtrainings im Club.

Auch dieser Lebenssektor kann Ausgangspunkt eines kontinuierlichen sozialen Nahraumes sein: Vereinsleben, interessenbezogene Freundschaftsgruppen, Peer-Groups etc.

Die Settings aus der Präventionsdiskussion entsprechen Elementen innerhalb der Lebenssektoren, wenn der Sachverständigenrat definiert:

- sie seien bewusst koordinierte Einheiten,
- mit relativ klarer Zuständigkeit,
- und dort werde kontinuierlich an der Erreichung eines Zieles oder mehrerer Ziele gearbeitet. (s.o.)

Diese Formulierungen können auch als die erforderlichen Interpretationen der Teilbereichslogiken gelesen werden: in den angesprochenen Aspekten werden die jeweiligen Logiken der Teilbereiche von den handelnden Subjekten realisiert.

Existentielle vs. Hilfe-Ressourcen

Diese sozialen Nahräume haben eigene Qualitäten und andere Potentiale als die Logiken der Teilsysteme. Während diese den Personen äußerlich und vorgängig existent sind haben die sozialen Nahräume primär eine die sozialen Interaktionsbedürfnisse befriedigende und sekundär eine die Lebensvollzüge des Einzelnen in den Sektoren stützende Funktion. Folglich geraten sie bei der Frage nach erschließbaren Ressourcen für sozialräumlich verstandenen Hilfen als Erste in den Fokus.

Die Logiken der Teilsysteme fordern dem Einzelnen primär seine „Anschlussfähigkeit“ ab, die von seinem „Angebot“ an das Teilsystem abhängt.

Unabhängig davon sind die Teilsysteme die Orte bzw. Räume der Befriedigung der existentiellen Ressourcen, und die Qualität der Lebensvollzüge hängt vom Grad der Inklusion in diese Teilsysteme ab.

Damit kann als Doppel-Perspektive vorläufig fest gehalten werden:

Neben ihrer Bedeutung für die soziale Einbindung und für die Lebenszufriedenheit können und sollen die potentiellen Unterstützungsfunktionen der sozialen Nahräume entwickelt werden, um jene Aktivitäten zu stützen, die die „Anschlussfähigkeit“ des Einzelnen durch Verstärkung der **wechselseitigen** Attraktivität der Person und der Teilsysteme zum Ziel hat.

Klassische Rehabilitation mit ihrer Orientierung auf Maßnahmen, die den Einzelnen besser in die Lage versetzten den **Logiken der Teilsysteme** zu genügen ist - als personenzentrierte Assimilation - nur ein Teil der Stärkung wechselseitiger Attraktivität.

Es sind die Selbst- und Fremdselektionen, die die Passung herbeiführen bzw. aus der *Anschlussfähigkeit* einen realen Anschluss werden lassen. Somit sollte als zweite Interventionsschiene die Beeinflussung der Selektionskriterien in den Blick genommen werden.

Die Teilsysteme sind keine technischen Automaten. Sie funktionieren, indem die Akteure der Teilsysteme, die den Logiken folgen, die angesprochenen Selektionskriterien generieren und in konkreten Situationen anwenden (was hin und wieder auch misslingt und zu mehr oder weniger dramatischen Verwerfungen in den Teilsystemen führt: in der Wohnungswirtschaft können sich die Akteure über den Bedarf an Wohnraum irren - und so Über- oder Unterkapazitäten mit entsprechenden Folgen schaffen, ggf. mit einer darauf beruhenden grandiosen Fehleinschätzung der künftigen Preisentwicklung - mit den Folgen von Insolvenzen, einer Zunahme der Wohnungslosigkeit etc. Im Arbeitssystem können sie sich bezüglich des künftigen Bedarfs an Facharbeiterqualifikationen irren und das Abitur als Voraussetzung für eine Lehre ansehen - aber die Ausgebildeten studieren später doch und die Fachkräfte fehlen ggf.; etc. etc.).

Neben die Assimilation der Personen an die Teilsysteme tritt somit über die Beeinflussung der Selektionskriterien die Akkomodation der Systeme an die Personen.

Eine typische Akkomodation des Teilsystems Arbeit ist z.B. die Beschäftigung von leistungsgeminderten Personen; hierbei hat sich ein Selektionskriterium geändert (der Logik des Systems folgend sollte die volle Leistungsstärke das Kriterium sein) - und dies aufgrund einer Beeinflussung: die Bereitstellung von Unterstützungs- und Kompensationsleistungen. Damit wird die Logik des Systems keinesfalls ausgehebelt, sie wird vielmehr zur Voraussetzung der Entscheidung für das, womit beeinflusst werden soll (und kann).

Vorläufige Thesen:

Menschen handeln und leben in verschiedenen sozialen Räumen, die zwei unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden können:

- *in sozialen Nahräumen, die weitgehend autonom gestaltet werden können,*
- *und in Lebenssektoren, die wesentlich von den Logiken sozialer Teilsysteme bestimmt werden; die Logiken werden von den Akteuren - unter der Perspektive Inklusion/Exklusion - in Form der Generierung und situativen Anwendung von Selektionskriterien realisiert.*

Auf die in den Teilsystemen virulenten Logiken hin sind unterschiedliche Unterstützungsstrategien zu entwerfen, je nach der dort geltenden Logik. Solche Unterstützungen sollten wirksam sein, die die Interpretation der Logiken seitens der Akteure beeinflussen, d.h. auf deren Selektionskriterien wirken.

Dabei sind die von den Personen für sich selbst gewählten Selektionskriterien wirkungsgleich den Kriterien, die die der Person gegenüber tretenden Interpreten der Logiken generieren. Ein in der falschen Richtung wirksames selbst gewähltes Selektionskriterium im Teilsystem Intimbeziehungen wäre z.B. ein höchst unsauberer, unhygienischer Auftritt.

Der Entwicklung Inklusion schädigender Selbstselektion kann am ehesten durch enge Bindungen an den und in den jeweiligen Sozialraum begegnet werden.

Was mit aller nur erdenklichen Kunstfertigkeit vermieden werden muss ist die Vermeidung sozialer Kontakte.

Soziale Nahräume können am wirksamsten durch unmittelbare Beteiligung an den stattfindenden Interaktionsbeziehungen so mitgestaltet werden, dass sie „aufnahmefähig“ für von Ausschluss bedrohte Personen werden und dass die diesen Räumen inhärenten Ressourcen, die die Anschlussfähigkeit an soziale Teilsysteme stärken, diesen Personen zu gute kommen.

Ein Beispiel ist das, was durch die Quartiersmanager in den Projekten „Soziale Stadt“ passiert. Die Anschlussfähigkeit an das Teilsystem Arbeit kann z.B. dadurch erhöht werden, dass soziale Nahräume auf potentielle Ressourcen für dieses System hin untersucht werden; so könnten Mitglieder eines Lions- oder Rotaryclubs für ein Beschäftigungscoaching, gewerkschaftlich organisierte Mitarbeiter als „Arbeitsscouts“ für Eingliederungsarbeitsplätze und Mitglieder einer Stammtischrunde als „Beschäftigungspaten“ gewonnen werden.

Sowohl in den sozialen Nahräumen als auch in den gesellschaftlichen Teilsystemen entscheiden die alltäglichen Lebensvollzüge der Mitbürger
- als autonome Gestalter sozialer Beziehungen im sozialen Nahraum oder als Interpreten der Logiken der gesellschaftlichen Teilsysteme -
über die Möglichkeiten und Qualitäten des Lebens psychisch kranker Menschen im Gemeinwesen mit - und das, bevor überhaupt ein Klient in der Region wohnt, um einen Arbeitsplatz nachfragt, im Betrieb arbeitet etc. und unabhängig davon, ob und welcher Klient dort wohnt, anfragt oder arbeitet.

Diese Lebensvollzüge werden zum Gegenstand professionellen Handelns: Entwicklung der sozialen Handlungsräume zur Förderung der Assimilationsmöglichkeiten von Klienten; die Organisation von solidarischen Strukturen, der Aufbau und die Bündelung von lebensweltlichen Ressourcen etc. ... werden Teil der Hilfeerbringung.

Dies ergänzt personenzentrierte Hilfen im Einzelfall bzw. wird zur Voraussetzung von personenzentrierten Hilfen sowie für die Unterstützung des unmittelbaren sozialen Umfeldes der jeweiligen Person (z.B. Unterstützung für Angehörige).

Personenzentrierung meint (so verstanden):

Orientierung am Einzelfall im sozialen Feld - und Ausschöpfen der Ressourcen des sozialen Feldes für den Einzelfall.

Perspektive Prävention

Da die Lebensvollzüge der Mitmenschen in den sozialen Räumen jeglichen helfenden Bemühungen vorgelagert sind sind sie zugleich die genuinen Orte der Prävention.

Unter Präventionsperspektive betrachtet sind die oben angesprochenen Interventionsräume zugleich die Lebensbereiche, aufgrund deren Logik, deren Struktur, der dort gültigen Selektionskriterien, der dort geübten Praxis jemand erst zu einem Klienten bzw. zu einer hilfebedürftigen Person wird.

Unter der Perspektive von Prävention würde es darum gehen, alle sozialen Räume unabhängig von der Existenz konkreter Klienten so zu gestalten,

- dass sie der psychischen Gesundheit der in ihnen lebenden Menschen zuträglich sind (generelle Primärprävention)*
- dass psychisch belastete Menschen nicht psychisch erkranken (indizierte Primärprävention)*
- dass Menschen mit ihrer Erkrankung (sekundär Prävention)*
- bzw. mit ihren Funktionseinbußen in diesen Räumen inkludiert bleiben (tertiär Prävention).*

Die für Prävention anzuwendenden Strategien würden den oben formulierten entsprechen:

- *präventive Beteiligung in den sozialen Nahräumen,*
- *Beeinflussung der gesellschaftlichen Teilsysteme über Maßnahmen, die die Selektionskriterien (bzw. die Interpretation der Logiken) verändern können,*
- *Einflussnahme auf die Entwicklung inklusionsschädlicher Selbstselektionen.*

Sozialraum als Territorium: der Steuerungsraum

Das Territorium ist der Steuerungsraum (vs. den Milieus). Hier findet die Abstimmung der sozialpsychiatrischen Hilfen mit den Zielen des kommunalen Gemeinwesens statt (z.B. bei der Bereitstellung von Wohnraum, incl. der Entwicklung von ungewöhnlichen Wohnformen). Die Hilfestrukturen werden an den Bedürfnissen und Bedarfen der Menschen in den sozialen Räumen ausgerichtet - und nicht allein am Bedarf des Einzelfalles, der logisch und faktisch den Bedarfsstrukturen des Sozialraumes nachfolgt.

Dabei konstituieren die individuellen Bedarfslagen die Bedarfsstrukturen: „der Raum“ hat keinen Bedarf, den haben die Menschen, die ihn leben.

Die GPVs kooperieren (d.h. vertraglich geregelt) mit den Steuerungsgremien, die im Territorium (in der Regel die Kommune oder ein administrativer Teil von ihr) regelhaft für Sozialraumentwicklungen gebildet werden: Bürgerforen, Stadtteilentwicklungsgremien, Planungsausschüsse etc.

Den GPVs sollte dies nicht zu schwer fallen, denn die inneren Strukturen der GPVs unterscheiden sich nicht wesentlich von diesen Planungs- und Steuerungsgremien: in beiden Fällen wird die Fach- und Ressourcen-Verantwortung gemeinschaftlich wahrgenommen.

Vorläufige Thesen:

Die vornehmlich kommunale (und damit demokratisch legitimierte) regionale Verantwortung greift Milieu überreifend (die einzelfallbezogenen Hilfen sind milieuspezifisch); diese Strukturverantwortung realisiert sich in Territorien, deren administrative Grenzen sich nach Möglichkeit an den Lebensvollzügen der Bürger orientieren.

So wird die Entwicklung auf den sozialen Lebensraum bezogener vernetzter, Problemlagen und Leistungen übergreifender Angebote zunehmend wahrscheinlicher. Im Rahmen dieser vernetzten Angebote wird nun auch in alltäglichen Räumen sozialpsychiatrische Kompetenz abrufbar: das Fachpersonal für seelische Gesundheit wird im Gemeinwesen präsent und ansprechbar, die Menschen hätten die Chance, das Fachpersonal ganz beiläufig anzusprechen (z.B. wegen der Befürchtung, sie selbst oder ein Angehöriger stünde davor, psychisch zu erkranken). Die bisher nicht geübte Praxis bestünde darin, sich in präventiver Absicht in das Gemeinwesen zu verdünnen.

So wie das sonstige Gemeinwesen vom sozialpsychiatrischen Fachwissen profitiert, werden die (sozial)psychiatrische Bedarfe von Personen und Milieus im übergeordneten Sozialraum zum gemeinsamen Gegenstand von integrierten Planungen und konkreten Entwicklungen.

Perspektive Prävention

Präventive Strategien können und sollen sich in diese regionalen, vernetzten und vornehmlich kommunal verantworteten Angebote einfädeln, wobei diese Angebote gezielte Aktivitäten in den sozialen Lebensräumen und keine Dienste oder Einrichtungen sind. Alle sozialraumbezogenen Aktivitäten werden mit sozialpsychiatrisch-präventionsbezogener Kompetenz daraufhin untersucht, ob und wie sie auch präventive Funktionen - neben anderen - erfüllen können.

Planungen für Aktivitäten, die zunächst primär auf Prävention zielen, werden darauf hin geprüft, wie sie so gestaltet werden können, dass sie zugleich anderen sozialraumbezogenen Zielen dienen. Nur so kann Prävention ein integraler Bestandteil von Lebenssektoren werden.

Unter diesem Gesichtspunkt wäre der Sicherstellung einer präventiven Perspektive in allen sozialraumbezogenen Projekten/Aktivitäten durch die eindeutige Ausweisung von entsprechenden kompetenten „Funktionsträgern“ in den entsprechenden Steuerungs- und Planungsgremien der alternativen Version kommunaler Präventionsräte vorzuziehen.

Dies hat Konsequenzen für die professionellen Helfer. Neben der nach wie vor bestehenden Zuständigkeit für die psychiatrischen Zielgruppen wächst ihnen eine Zuständigkeit für den sozialen Raum zu. Deren Aufgabe bestünde nun auch in der Zielgruppen unabhängigen „gesunden“ Gestaltung der Lebenswelten (was für die Belasteten gut ist, ist für alle gut).

Die Psychiatrie hätte den sozialraumbezogenen Programmen etwas zu bieten, unterhalb der pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsschwelle sowie außerhalb von Behandlungsverhältnissen, sie geradezu „übersteigend“.

Mit dem Dialogischen Prinzip, ausgehend von den Psychoseseminaren, wurde eine wirksame Praxis gegen die einseitige professionelle Kolonialisierung entwickelt, nämlich wie gesundheitliche und soziale Verhältnisse trotz bestehender Interessengegensätze unter den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten integriert betrachtet werden können.

Dies könnte für andere Felder genutzt werden, für die Gestaltung von Straßenzügen ebenso wie für die von Schulgemeinschaften.

Das könnten die universellen, gemeindebezogenen Präventionsmaßnahmen von der Sozialpsychiatrie lernen, und die Sozialpsychiatrie könnte sich in universellen Feldern mit bewegen!

Sozialraum als Finanzierungsparadigma: das Sozialraumbudget

Für den Bereich der Psychiatrie müssen wir zwei Versionen von Budgets betrachten.

Version I: das regionale trägerübergreifende Psychiatriebudget

Die schließlich als Einzelleistungen an Einzelpersonen aus einer Region realisierten Hilfen werden über ein Budget gesteuert, wobei die Allokationsfragen in gemeinsamer Fach- und Finanzverantwortung von Leistungsträgern und -Erbringern erfolgt (sprich: über HPKs).

Für diese Budgets spricht sich auch das Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus:

„101. Wie in allen Entgeltsystemen, in denen Geld der Leistung folgt, besteht ... ein Anreiz zur Mengenausweitung“. Demgegenüber haben Budgets die Tendenz zu wirtschaftlicherer und effizienterer Leistungserstellung.

In sozialräumlicher Erweiterung des so verstandenen Psychiatriebudgets wäre (neben der Verausgabung von Budgetmitteln für diese personenbezogenen Hilfen) ein Teil des Budgets in gemeinsamer Verantwortung für die Entwicklung des Sozialraums im bisher beschriebenen Sinne zu reservieren und einzusetzen, d.h. Splitten der personenbezogenen Ressourcenallokation in

- einen Anteil für am Individuum zu erbringender
- und einen Anteil im Umfeld zu erbringender Hilfen,

statt der ausschließlichen und immer perfekteren Individualisierung auf die Person bezogener Hilfen.

Allerdings kennt die aktuelle Gesetzeslage der sozialen Sicherungssysteme nur auf den Einzelfall bezogene Leistungsansprüche, im Gegensatz zu Steuer finanzierter kommunaler Aufgabenerfüllung.

Version II: Soziale Zielgruppen übergreifende Regionale Budgets

Viele Problemlagen sind multikausal, viele „Problemträger“ gehören mehreren sozialen Zielgruppen an (arm und psychisch krank; allein erziehend, arm und psychisch krank; wohnungslos und psychisch krank; von Arbeitslosigkeit betroffen bzw. bedroht und psychisch krank)

Das spricht für regionale Budgets als soziale Zielgruppen übergreifende Finanzierung sozialräumlicher Entwicklungen, die auch der Zielgruppe psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen zugute käme.

Diese Budgets wären zum Teil auch aus Mitteln zu speisen, die gegenwärtig für die kurative Behandlung und individualisierte Begleitung zur Verfügung gestellt werden. So gesehen könnte und sollte das Präventionsgesetz als Modell für diese Spielart regionaler Budgets gelten.

Die Integrierte Versorgung macht zwar nicht Leistungsträger übergreifende, wohl aber Gesundheitsprobleme übergreifende Lösungen möglich. Die (nicht sehr verbreitete) „populationsbezogene Version der Integrierten Versorgung, die sich an alle Versicherten der jeweils kontrahierenden Krankenkasse richten, hätte den Vorzug, die Versorgungsqualität umfassend ermitteln und optimieren zu können“ (Gutachten 1007, S. 34).

Thesen:

Alle erforderlichen Hilfen werden aus einem Budget beglichen - damit reduziert sich das Interesse, Fälle lange zu behalten. Budgets fördern die Bereitschaft, Einzelfälle möglichst zügig entsprechend der vereinbarten Standards zu bearbeiten. Sie erstärken das Interesse an Prävention und Nutzung der regulären, außerpsychiatrischen Hilfen. Budgets werden empirisch erwiesene Ressourcen schonende Tendenzen nachgesagt.

Zielgruppen übergreifende Sozialraumbudgets tragen dazu bei, dass sich die sozialpsychiatrischen Hilfen mit den regulären regionalen Angeboten und Lebensvollzügen verbinden, ohne diese zu psychiatrisieren; tendenziell „diffundieren“ sie ins Gemeinwesen - statt der weiteren Konstruktion eigener Räume. Die sozialen Räume werden aufnahmefähiger für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Perspektive Prävention

Die bisherigen Überlegungen sprechen für Zielgruppen übergreifende Regionale Budgets, mit denen auch das Erreichen der vereinbarten Präventionsziele angestrebt wird.

Eine unabdingbare Voraussetzung ist jedoch die erfolgreiche Implementierung der im obigen Kapitel ausgeführten systematischen Integration präventionsbezogener Überlegungen in alle Planungen und deren Sicherstellung in Form der Berufung „kompetenter Funktionsträger“ in die entsprechenden Gremien.

Werden mit den regionalen Budgets auch setting-bezogene Projekte finanziert eröffnet dies die Chance, Finanzmittel der primären Leistungsträger einzubringen, denn:

Alle Setting-Ansätze sollten sozialversicherungsrechtlich abgedeckt sein; *wo der Bezug der Person zu ihren Lebensumständen für den Ansatz konstitutiv ist „bleibt die Krankenversicherung so lange auch finanziell gefordert, wie dies durch geeignete Finanzierungsstrukturen in ihrem überindividuellen Bezug zum Versicherungsverhältnis organisierbar ist“ (Rebscher in: Der Gelbe Dienst vom 12.3.04, S. 14).*

Aus Sicht des stellvertretenden DRK-Vorsitzenden verlässt man erst mit einem Wegfall des Bezugs zu Person in ihren Lebensumständen und der Orientierung der Maßnahmen auf kollektive, regionale oder bevölkerungsweite Aktionen, „insbesondere die der Aufklärung ... systematisch auch die Verantwortung von mitgliederbezogenen Sozialversicherungen und befindet sich im Feld des öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit in der Kompetenz der Kommunen, der Länder und/oder des Bundes“ (ebenda).

Dies würde gelten, wenn die Schule lediglich als Zugangserleichterung für eine generelle Informations-Kampagne z.B. zum Tabakkonsum genutzt wird, und die Lebensumstände der Schülerinnen und Schüler nicht präventiv mit thematisiert werden.

Die Budgets verausgaben finanzielle Ressourcen, und da sind Effektivitäts- und Effizienz-Gesichtspunkte bedeutsam - und die verfügbaren Daten bekräftigen präventive Strategien. In dem Gutachten zur Krankheitskostenlast und deren Reduktionspotentialen (Schwarz et al. 1999) wurden auf das Jahr 1994 bezogen für Depressionen sowie für Neurosen und funktionelle Störungen die „realistisch vermeidbaren Gesundheitsausgaben“ durch die in die Berechnung einfließenden „risikomodifizierenden Ansätze zur präventiven und rehabilitativen Beeinflussung“ (ebenda S. 169) auf 37,3 % errechnet, das entsprach 1994 2,5 Mio DM.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass davon 1,1 Mio DM durch die Reduktion von Arbeitsunfähigkeits-Tagen entstehen würden (Schwarz et al. 1999, S. 143), wobei inzwischen seit 1994 die Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen um 74,4 % gestiegen sind und die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen inzwischen auf Platz zwei bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit vorgerückt sind.

Sozialraumorientierung erfordert die Teilhabe der Zielgruppen mit ihrer spezifischen Expertise an allen Planungen

Die (Um-) Gestaltung des alltäglichen Raums als potentiell Lebensraum für Behinderte - im Sinne von Vergemeinschaftung, von **Teilhabe** und nicht Beteiligung - macht die erfahrungsgesättigte Expertise dieser Personen überall dort erforderlich, wo Lebensraum gestaltet wird. Um dies zu ermöglichen ist die Vermittlung von Gelegenheiten (und Fähigkeiten) an behinderte Personengruppen zu realisieren, die sich so vorbereitet verstärkt in die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebenswelt einmischen werden.

Dies ist nur möglich mit der öffentlichen Förderung einer verlässlichen und nachhaltigen Förderung der Selbsthilfe!

Die Mehrung des Nutzens für die Menschen im Sozialraum ist keine Einbahnstrasse: Klienten als Bürgerhelfer

Sozialraumorientierte Gemeindepsychiatrie impliziert die Entfaltung der Bürgergesellschaft im Sinne von Klaus Dörner und im Sinne der Erhöhung des „Sozialen Kapitals“, der Gestaltung förderlicher sozialer Wechselwirkungen zwischen Menschen.

Dazu gehört die Einführung einer Aufwandsentschädigung für bürgerschaftliches Engagement.

Bürger unterstützen nicht nur Hilfebedürftige, sondern diese übernehmen selbst bürgerschaftliche Engagements im Sinne der Entfaltung der „anderen bürgerschaftlichen Hilfe“.

Als Sorge für Andere werden Psychiatrie-Erfahrene als Haushaltshilfen in kinderreichen Familien tätig und halten nicht länger nur die Tagesstätten- und PSKB-Küchen in Ordnung. Sie betätigen sich als einfühlsame Gesprächspartner für Senioren und andere Menschen, wie z.B. im Projekt der Lebenshilfe, bei dem geistig behinderte Menschen als Altenpflegehelfer arbeiten; oder im Rahmen der Ex-In-Projekte, in denen Psychiatrie-Erfahrene als Begleiter und erfahrene Ausbilder qualifiziert werden.

„Jeder Mensch will notwendig sein und kann dies nur vom Anderen her“ (Dörner 2004, S, 246)

In einem Interview berichtet eine langjährig schwer erkrankte Frau, nachdem sie ehrenamtlich für Menschen in der Gemeinde arbeitet: *„Ein Glücklichsein, ein Erfüllt-Sein, einfach, am Abend sagen zu können, auch wenn man dann vor der Arbeit müde ist, es ist Arbeit“* (B/R, S. 77)

In einem so entwickelten Sozialraum erhöht sich die Chance, dass sich die Psychiatrie-Erfahrenen in ihrer Wirkung auf Andere spüren (Willi) - und so ihre gesundheitsförderliche Selbstwirksamkeitserwartung (Badura) bzw. Kontrollüberzeugung (Rotter) gestärkt wird und sie sich zunehmend mehr als Akteure ihres eigenen Lebens erleben.

Sozialraumorientierung erfordert ein verändertes Krankheits- und Behinderungsverstehen - mit Folgen für die Hilfeerbringung

Sozialraumorientierung bedeutet auch die Ergänzung des professionellen Deutungssystems um ein biographisch-soziohistorisches und das Zurückdrängen der professionellen Hilfewelt.

Lang anhaltende, umfängliche und exklusive Profi-Beziehungen kreieren Sondernilieus mit sehr eigener Mikro-Soziokultur und Mikro-Deutungskultur⁵;

Das hat Konsequenz für die Hilfeerbringung.

Hilfen werden als **partielle, immer nur fragmentarische und von vornherein vorübergehende** Stützen in einem ansonsten alltäglichen Lebensvollzug erbracht, der sich in einem aufmerksam entwickelten und gestalteten Sozialraum ereignet.

Dies erhöht die Souveränität im Umgang mit Hilfen - denn die freie Wahl, eine Hilfe anzunehmen oder abzulehnen, scheint von besonderer Bedeutung für die Klienten zu sein, und dies ermöglicht die „salutogenetische Erfahrung“ bzw. das Selbsterleben als „Akteur meines Lebens“; „Gesundung“ imponiert so als ein Lebensentwurf, im eigenen alltäglichen Sozialraum mit den Folgen der Psychose leben zu können⁶ - und die Lebbarkeit der Entwürfe hängt von der Gestaltung des sozialen Umfeldes ab.

Diese Gestaltung geht nicht ohne eine Beteiligung der Betroffenen, und zwar zwingend.

Idealerweise besteht „von Anfang an ein ständiges Dreiecksverhältnis: es gibt fortan drei (Politik, Verwaltung, Bürger/innen) anstatt zwei Akteuren, die sich aufeinander einstellen und partnerschaftlich aufeinander reagieren müssen“ (Helmut Klages, Zitiert nach: mitarbeiten 03/2008; Informationen der Stiftung Mitarbeit).

Hilfeplanungen sollte nicht immer nur in den Hilfeinstitutionen - womöglich noch am PC - erfolgen, sondern am Lebensort der künftigen Klienten: Im Wohnzimmer, bei McDonald. Als Grundsatz sollte gelten: die Klienten bestimmen, wo diese Gespräche stattfinden.

⁵ Über die Ergebnisse einer entsprechenden Studie wird in einer kommenden Ausgabe der PSU berichtet.

⁶ Die Studie von Boerma und Richterich, der diese Schlussfolgerungen entnommen sind, wird in einer der kommenden Ausgaben vorgestellt.

(Wie wäre es mit dem Experiment: Eine HPK wird in der Wohnung eines Betroffenen abhalten?)

(Vermeintliche) Widersprüche und Grenzen einer sozialraumorientierten Gemeindepsychiatrie

- Sozialraumorientierung vs. Personenzentrierung
- Evidenzbasierung vs. Sozialraumorientierung
- Sozialraumorientierung vs. niederschwellige Angebote
(Die Schwellen im Sozialraum absenken, nicht die der Hilfe-Angebote)
- Sozialraum vs. besondere Schutzbedürfnisse:
erforderliche Zwangsmaßnahmen, Freiheitsentziehende Maßnahmen;
Birgt die Sozialraumorientierung eine Gefahr der „Verniedlichung“ psychischen Leidens?
Sind nicht doch auch „besondere Räume“ im Sozialraum erforderlich?

Unerwünschte Wirkungen von präventiven Aktivitäten

An der Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen kann das Verständnis von potentiell unerwünschten Wirkungen psychiatrischer Prävention geschärft werden.

Die Akteure dieser Strategie müssen sich fragen lassen:

Welches Risiko ist das höhere Risiko -

- das mit der Früherkennung einher gehende Stigmatisierungsrisiko,
(wobei die Reduktion der Stigmatisierung selbst Zielkategorie von Prävention ist, s.u.),
- das Risiko einer unnötigen Früh-Behandlung wegen falsch-positiver Indikation,
- oder das Risiko, psychiatrisch krank zu werden?

Sollten man sich der Gefahr, Menschen sehr frühzeitig dem Stigma auszusetzen, stellen – angesichts des Wissens, dass fast alle Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Familien zumeist jahrelange Odysseen hinter sich bringen mussten, bevor sie hilfreiche Hilfe erhielten?

Sollte man so weit gehen, Eltern, Lehrer, Vorgesetzte, Nachbarn darin zu schulen, wie man Menschen erkennen kann, die möglicherweise psychisch zu erkranken drohen oder es ggf. schon sind, um diesen Leidenden möglichst frühzeitig adäquate Hilfen zuteil werden zu lassen?

Das WPA-Konsensuspapier fordert dies im Rahmen der Aktivitäten für **Sekundärprävention**, aber ist Früherkennung Sekundärprävention?

Die WPA fordert jedenfalls die Erhöhung der öffentlichen Wahrnehmung für frühe Symptomwahrnehmung und prompte Interventionen - „the individuals and their families, and community at large should be helped in learning how to recognize mental disorders“ (S. 7)

Ist der Eingriff in die Lebenswelt, die potentielle Klientifizierung von Menschen gestattet? Können wir adäquate Unterstützung bieten, wenn Eltern oder Arbeitgeber z.B. aufgrund eines Themenabends im ZDF oder der ARD eine beginnende Erkrankung erahnen, der Sohn oder die Tochter bzw. die Mitarbeiterin sich aber selbst ganz anders verstehen?

Wie kann das Dilemma zwischen dem Eingriff in die Autonomie der Lebenswelt und Lebensführung auf der einen – und von wissentlicher Hinnahme eines mit Leid und sozialem Abstieg verbundenen Risikos psychischer Erkrankung auf der anderen Seite aufgelöst werden?

Allerdings wird auch die Begründung der Früherkennungsprojekte, wonach die Erkrankung bei Menschen mit einer lange unbehandelten Schizophrenie zu einem schlechteren Outcome

führe, angezweifelt. Nahezu 50 % aller Schizophrenien enden mit einer guten Remission; diese Personen werden zwangsläufig (da sie inzwischen wieder gesund sind) in den Untersuchungen zur unbehandelten Krankheitszeit ausgeschlossen - und damit entsteht ein Bias in Richtung auf verminderte Funktionsfähigkeit.

Wie kann frühzeitige Hilfe und Unterstützung erfolgen - ohne „blaming the victim“?

(Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 278)

Der Gesprächskreis „Arbeit und Soziales“ der Friedrich-Ebert-Stiftung, an dem auch der damalige gesundheitspolitische Sprecher der SPD-bundestagsfraktion MdB Klaus Kirschner teilnahm, hat zu begrenzenden Normen aufgerufen:

„Der mögliche Gewinn von Prävention und Gesundheitsförderung ist stets mit den Einschränkungen privater Freiheit auszubalancieren“ (in: Gelbe Plätter vom 12.03.04, S. 5); und nach Bauch und Bartsch soll Prävention „... das Individuum befähigen, in Freiheit und Selbstbestimmung den gesunden Weg zu gehen“ (Bauch & Bartsch, in: Prävention 1-2003, S. 6)

Wir wissen doch: jede Form von Hilfe macht den Hilfeempfänger immer auch ein wenig unselbständig und entzieht ihm ggf. Selbstheilungskräfte; wie kann Frühe Hilfe gegeben werden, in der diese Nebenwirkungen der frühen Hilfe die Wirkungen der frühen Hilfe nicht übersteigen?

Sozialraumorientierte Prävention - sie kann die potentiellen Nebenwirkungen vermeiden helfen.

Das wäre die salutogenetische Perspektive der Gesundheitsförderung - wobei Prävention und Gesundheitsförderung eher eine Einheit bilden denn zwei voneinander abgrenzbare Felder.

Präventive Ziele können durch die Senkung von Belastungen erreicht werden, „meist wird es aber auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben ... sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenzen für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. fortzusetzen. Dieser Aspekt - die Stärkung bzw. Vermehrung von (gesundheitsdienlichen, R.P.) Ressourcen - wird als Gesundheitsförderung bezeichnet.“ (Sachverständigenrat 2001/2002, RZ 111) -

und der Sachverständigenrat sieht - in der Folge der WHO

(1986, Ottawa-Charter und 1978 Alma Ata und des europäischen Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, das 1998 in das Programm „Gesundheit für Alle im 21.

Jahrhundert - Gesundheit21“ überführt wurde) **Gesundheitsförderung als**

Herangehensweise an die Primärprävention (RZ 112, Hervorhebungen von R.P.) definiert, wobei es sich dabei regelmäßig um „unspezifische Maßnahmen“ handele (RZ 111)⁷, die sich also nicht auf spezielle Krankheiten beziehen würden.

⁷ Allerdings ist die strikte Trennung in spezifische und unspezifische Prävention nicht möglich, wie der Sachverständigenrat am Beispiel Tabakkonsum deutlich gemacht hat (RZ 121); ebenso kann aus Sicht des Sachverständigenrates „eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention irreführend sein“ (RZ 120)

Bei der Planung von Präventionsmaßnahmen ist die Zieldefinition von ausschlaggebender Bedeutung; unter dem Gesichtspunkt des oder der Ziele und der Bestimmung der angestrebten Effekte ist die Differenzierung in

Früherkennung mit dem pathogenetischen Blick wäre „inzierte Primärprävention“: es geht darum, potentielle Frühentwicklungen psychischer Krankheiten zu identifizieren und hilfreich tätig zu werden.

Das ist - trotz aller Nachdenklichkeiten - ein sehr wichtiges Anliegen.

Wo wäre demgegenüber die Primärprävention mit salutogenetischer Perspektive zu platzieren?

Die Orte ihres Wirkens sind die Straßen, die Schulen, die Kneipen, die Betriebe, die sozialen Nahräume wie z.B. die Nachbarschaft.

So „landet“ Prävention voll und ganz in der alltäglichen Lebenswelt - an den Orten bzw. den Sozialräumen, „wo Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt wird“ (Ottawa-Charter, zitiert nach BZgA 2003, S. 44).

Diese Räume der alltäglichen Lebenswelt sind schon längst besetzt von „Universeller Primärprävention“, von Maßnahmen der aktiven Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Beziehungsverhältnissen, die allen Bürgern zugute kommen, die für alle gesundheitsfördernd, zumindest gesundheitserhaltend sind.

Allerdings hat sich die allgemeine Präventionsdebatte und -Praxis hier, im Bereich der universellen Primärprävention, nahezu ausschließlich auf vier Felder festgelegt:

- Gesunde Ernährung,
- Bewegung,
- Entspannung/Stressbewältigung
- und Suchtvorbeugung

stehen auf der Agenda der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (siehe: www.bvpraevention.de), und für diese Zielfelder wurde in schöner Regelmäßigkeit der Deutsche Präventionspreis ausgelobt; erst in den letzten Jahren erfolgte ein Wechsel zu ganzheitlichen Perspektiven auf Settings.⁸

Hier wird übersehen: die Förderung der seelischen Gesundheit gehört zu Recht mit auf die Agenda - und zwar nach ganz oben!

In diese Richtung weisen solche Projekte wie „Gesunde Kindheit“ etc.

Gemeindepsychiatrische Prävention I: die Funktion der PSKBs

Soziale Netze wirken protektiv bzw. salutogen; aber Menschen mit eher niedrigem Selbstwertgefühl und schwächerer sozialer Kompetenz haben weniger bis keine Netzwerke (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 325) - und bei Menschen mit psychischen Störungen potenziert sich dies!

Ein Sachverhalt wiederholt sich: Gerade das, was protektiv wirken könnte, scheint gestört oder wird durch die Erkrankung gestört.

Um sich diesem Problem zu nähern hat die Gemeindepsychiatrie ein Angebot hervor gebracht: die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB).

angestrebte Veränderungen bei dem Einzelnen einerseits, in angestrebte Veränderung der Umwelt - im Kontext - andererseits sinnvoll.

⁸ Der Präventionspreis 2009 ist ausgeschrieben für „Gesund aufwachsen - ganzheitliche Förderung von Gesundheit in Grundschulen“

Inzwischen gibt es die unterschiedlichsten Spielarten von Angeboten, die sich PSKB nennen - von 24-Stunden geöffneten Treffs, über stundenweise verfügbaren Beratungsangeboten bis zur alleinigen Funktion, Hilfepläne zu erstellen.

Aus sozialpsychiatrischer und aus präventiver Sicht erfüllen jedoch nur jene PSKBs ihre Funktion, soweit sie die natürlichen soziale Netze nicht zu ersetzen suchen, sondern alles Erdenkliche tun, um Psychiatrie-Erfahrene oder von „Psychiatrie-Erfahrung Bedrohte“ in die natürliche Lebenswelt zu integrieren.

„Sie bindet die Kranken nicht an Institutionen und Therapeuten, sie verbindet sie mit dem Leben, dem normalen Lebensraum und den normalen Lebensbeziehungen“ (Grüb in: Thom u.a. 1990, S. 381)

„Dieser Gedanke (den an Schizophrenie Erkrankten an der Gemeinschaft teilhaben zu lassen, R.P.) beinhaltet, dass alle präventiven Maßnahmen gemeindenah (d.h. bürgernah) eingerichtet werden müssen, und dies nicht als ideologischen oder humanitären Gründen, sondern weil die Gemeindenähe die einzige Möglichkeit der Bindung ans Normale, ans alltägliche, an das, was wir Wirklichkeit nennen, ist (Normalisierung)“ (Dörner & Ploog 1984, S. 178).

Dabei müssen Sie mit dem Dilemma umgehen, dass das nur in dem Maße geht, wie sie - die Mitarbeiter selbst und der Ort - als Sicherheit vermittelndes Netz erfahren werden.

Für diese Aufgabe haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelernt, wie sie mit äußerst vorsichtigen und erwartungsunsicheren Menschen, die ihrer sozialen Netze verlustig zu gehen drohen oder sie bereits verloren haben, Kontakt aufnehmen und halten können:

- sie betrachten die Besucher ohne jedes (Eigen- oder Fremd)-Interesse, um ihnen eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen; der Gedanke an zu besetzende Plätze im Betreuten Wohnen oder daran, dass das Hilfesystem bereits ausgereizt ist, zerstören die für diesen Ort genuinen Chancen,

- sie stellen ihre **Hilfebereitschaft** zur Verfügung, und gerade nicht selbstaktive oder intervenierende Hilfeleistungen; sie sind eher erwartungsfrei anwesend als zugehend, sie sind aufmerksam abwartend, ob und wie sie von den Vorbeikommenden in Anspruch genommen werden.

(Nebenbei bemerkt: trotz der Abkoppelung von Umfang und Art der Nachfrage sitzt dort niemals eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter unbeschäftigt herum: die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle gehört zu einem Psychosozialen Zentrum, in dem sich alle Mitarbeiter in die verschiedenen Funktionen teilen!).

So erhält **die PSKB als Übergangsraum zur allgemeinen Öffentlichkeit** die Funktion einer tatsächlich niederschweligen Anlaufstelle, die man und frau aufsuchen kann, ohne sich als potentiell oder faktisch psychisch krank auszuweisen – aber man kann auch das, und dieses Nebeneinander macht ihre Funktionalität aus:

Man kann hereinschnuppern, egal wie gesund oder krank man bzw. frau sich fühlt; man kann sich präsentieren – oder es auch lassen; man kann sich informieren – man kann aber auch nur selbst passiv anwesend sein.

Man kann neben Quatschen, Tee-Trinken und Keksen-Essen das Gespräch mit hochkompetenten Anwesenden suchen – um z.B. ganz vorsichtig herauszufinden, ob man weitergehende Hilfe in Anspruch nehmen sollte oder nicht, ob man Beratung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation oder Hilfen zur Teilhabe anstreben möchte, und die PSKB-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter erklären sich dafür verantwortlich, gewünschte und erforderliche Hilfen zugänglich zu machen.

In der PSKB kann also, wenn es der Besucher will und es sich als sinnvoll herausstellt, von der selektiven und/oder indizierten Primärprävention in der Psychosozialen Kontaktstelle flexibel zur Sekundärprävention übergegangen werden.

In diesen Bedarfssituationen könnten von der PSKB als integralem Bestandteil eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes weitere Hilfen passgenau, für den bzw. die Besucherin transparent und partizipativ, und vor allem auch kurzfristig aktiviert werden.

Beiläufig erweisen sich die **PSKBs** damit als **eine Spielart der Früherkennung, Frühbetreuung und Frühbehandlung.**

PSKBs können zudem das „**inverse Versorgungsgesetz**“ konterkarieren.

Das Gesetz besagt, dass bei den Menschen die geringsten Gesundheits- und Präventionsleistungen ankommen, die sie am nötigsten hätten.

Die PSKBs bauen gerade nicht auf die mittelschicht-spezifische Aufklärung, nicht auf Info-Broschüren oder Vorträge; sie spüren den subjektiv erlebten Belastungssituationen und Ressourcen der Besucher in alltäglicher Kommunikation und Interaktion nach, in den eigenen Räumen und an den Orten der alltäglichen Lebenswelt, in die sie die Besucher zu integrieren suchen!

PSKBs sind zwar Orte und haben Räume im physikalischen Sinne, sie sollten aber primär als Funktion und somit als relationale Räume verstanden werden: als Interaktionsbeziehungen. Ihre Funktion ist die Förderung von Kontakten und die Kontaktpflege der alltäglichen Milieus sowie die Herstellung von Kontakten der von Kontaktverlust bedrohten Menschen mit diesen alltäglichen Milieus in diesen Milieus. Die auch von Klienten gewünschten Kontakte finden gerade nicht in der Kontaktstelle statt - und die Kontaktstelle sollte für sie sorgen.

Das ist niederschwellige Primärprävention, die ihren Preis hat und ihren Preis wert ist.

Wir haben zu fragen, warum sie bei dieser zentralen Funktion in der Prävention psychischer Erkrankungen nicht längst völlig selbstverständlich aus Mitteln der Sozialversicherungen finanziert werden - wo doch schon vor 30 Jahren in der Enquete gefordert wurde:...

„ ... 5. Ausbau gemeindenaher psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste mit der Teilaufgabe Prävention“

(Enquête S. 393)

Zur Finanzierung sei Dr. hc. Herbert Rebscher, der stellvertretende DAK-Vorstandsvorsitzende, zitiert (Der Gelbe Dienst vom 12.03.04, S. 5):

„Immer dann, wenn der Focus auf individuell erreichbare Personen gerichtet ist und die Ursache/Wirkungsbeziehung (auf) die Vermeidung nachfolgender Krankheiten, auch die Minimierung deren Risikopotentiale, ist die Krankenversicherung auch im finanziellen Obligo.“

Bleibt nur zu ergänzen: wie bei anderen Maßnahme der Primärprävention auch wäre die Leistungsbereitschaft der „Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen“ pauschal zu finanzieren, und zwar unabhängig von Umfang und Art der je aktuellen Nachfrage, denn darauf beruht ihre spezifische Funktionalität und Wirksamkeit!!

Gemeindepsychiatrische Prävention II: Die Krisenfunktion

Auf weniger als 5 % des Territoriums der BRD kann heute an 7 Tagen in der Woche, jeweils 24 Stunden lang, die Krisenfunktion in kritischen Situationen genutzt werden!

(Peukert 2002; Peukert 2004)

Die Enquête hatte bereits ein Netzwerk von Kriseninterventionszentren gefordert, die auch suizidprophylaktisch tätig werden sollten; die Autoren gingen sogar noch weiter und schlugen in dem Kontext „Besuchsdienste für Vereinsamte“ vor.

Würden „präventive Hausbesuche“ möglich - ein Traum der Angehörigen ginge in Erfüllung; und je nach dem, wie sie gestaltet würden, auch eine Wunschvorstellung der Psychiatrie-Erfahrenen.

Eine konkrete Vision für präventive Hausbesuche bei den schwierigen Hilfeverweigerern haben Angehörige entwickelt: den „Familiengast“ (Peukert in: APK-Band 30)

Gemeindepsychiatrische Prävention III: Ungenutzte Chancen

Menschen, die Krisenhilfe in Anspruch nehmen, signalisieren Hilfeerwartung nach psychosozialer und/oder medizinischer Hilfe, in jedem Falle mit dem Effekt, dass eingreifendere und teurere Hilfen vermieden werden.

Nun gibt es Menschen, die erst noch die Akzeptanz der eigenen Hilfeerwartungen entdecken müssen. Wir wissen: eine Methode, die Hilfeannahmefähigkeit zu fördern, ist die Psychoedukation; eine andere: die Soziotherapie, deren Wirksamkeit längst nachgewiesen ist und die - obwohl im Leistungsrecht verankert - nicht so recht in die Gänge kommt.

Krisenfunktion, Soziotherapie, ambulante Pflege – das wäre „innerpsychiatrische“ Sekundärprävention für diejenige Phase innerhalb des Erkrankungsprozesses, auf die auch die Psychoedukation abzielt – und alle vier leiden gleichermaßen unter Finanzierungsvorbehalten derer, die eigentlich dafür verantwortlich wären!

Daneben gibt es zwei weitere Wege, die zur Hilfeannahmefähigkeit führen können und kein Geld kosten: die Auseinandersetzungen in Psychoseseminaren oder die einsame und harte Arbeit an sich selbst.

Das trifft auf Psychiatrie-Erfahrene, aber auch auf Angehörige zu - und damit sind wir bei der Selbsthilfe als Prävention.

Gemeindepsychiatrische Prävention IV: Selbsthilfe

Empowerment über Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen hat einige – oder viele? - der Psychiatrie-Erfahrenen so sehr verändert, dass sich so mancher Professioneller immer wieder zu folgender Aussage hinreißen lässt:

“Wer heute so auftritt, kann nicht psychisch krank gewesen sein!“

In diesen Anmerkungen können wir einen grandiosen Beweis für die präventive Wirksamkeit von Selbstorganisation und Empowerment erkennen!

Für die Angehörigen gilt das Gleiche:

Sie sind von **Ungehörigen** über **Angehörige** zu **Angehörten** mutiert; ob das Angehört-Werden viel bewirkt, sei dahin gestellt.

Könnte es sein, dass nicht wir Professionellen den wirksamsten Einfluss auf die für Prävention so bedeutsamen Krankheits- und Gesundheitskonzepte und -Haltungen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen haben, sondern die peers, also diejenigen Menschen, mit denen sie sich auf der Station, im Psychosozialen Zentrum, im Psychose-Seminar oder einer der Selbsthilfegruppen treffen?

Voraussichtlich sind es die anderen Psychiatrie-Erfahrenen, die den Einzelnen dabei helfen, die eigene Krankheit und die Krankheitsfolgen besser zu verarbeiten, und darum sind die Organisationen und die vielfältigen Gruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen (für die die obigen Ausführungen gleichsam gelten) sowie die Psychoseseminare eine relevante Größe der Sekundär- und Tertiärprävention - und sie hätten eine bessere Förderung verdient.

Dabei befinden sich die Psychiatrie-Erfahrenen mit ihren Empowerment-Strategien mitten im Zentrum des Präventions-Diskurses!

So wurde z.B. im Projekt Gesundheitsziele.de der Stärkung der Patientensouveränität hohe Priorität eingeräumt, einschließlich der Stärkung der Patientenrechte und des Beschwerdewesens- zwei Stützen des Empowerments mit zugleich hohe präventiver Relevanz.