

Reinhard Peukert

„Sinn und Möglichkeiten der Prävention bei psychischen Erkrankungen“ –

So lautet mein Thema - aber was ist mein Auftrag?

In die allgemeine bundesrepublikanische Präventionsdebatte ist die Perspektiven der psychiatrischen Prävention einzufädeln, und zwar zu einem Zeitpunkt, da der politische Wille zwar erkennbar ist:

„Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Ursachen therapieren – statt nachträglich an Symptomen herumkurieren. Das ist moderne Gesundheitspolitik“

(BMGS-Presseerklärung zur ersten Plenarsitzung des Forums Präv. und Gesundheitsförd. – unter Kurzbericht AG 5)

- aber konsensfähige Ausformungen unklar sind und wir Teilnehmer am psychiatrischen Diskurs noch ganz am Anfang **gemeinsamer** konzeptioneller Vorstellungen stehen.

Allerdings gibt es bereits viele vereinzelte und un-koordinierte Aktivitäten, die das Label „Prävention psychischer Erkrankungen“ verdienen.

Besonders fortgeschritten ist die Prävention bei Suchterkrankungen, deshalb ist dem morgen ein separates Referat gewidmet (Wienberg)

Präventionskonzepte folgen den Vorstellungen über die Erkrankungen

Überlegungen zur und die unterschiedlichen Praxen von psychiatrischer Prävention folgen den Vorstellungen, die wir uns von psychischen Erkrankungen zu machen pflegen.

„Präventionskonzepte jeglicher Art basieren - meist unbewusst - auf einem bestehenden Mensch- und Gesellschaftsbild und reproduzieren dies in ihrer Umsetzung“ (Bauch & Bartsch, Prävention 1 - 2003, S. 5)

Ich kann mich noch sehr gut an die Zeit erinnern, als mir – damals noch als Jugendlichen bzw. jungem Erwachsenen und in psychiatrischen Dingen unerfahrenem Angehörigen eines an Schizophrenie erkrankten Bruders – auf meine wiederholt insistierend vorgetragenen Fragen, warum es denn zu dieser hoch dramatischen, für die ganze Familie traumatisierenden, mit Polizeigewalt bewehrten Zuführung zur stationären Behandlung kommen musste von professioneller Seite regelmäßig und ausschließlich geantwortet wurde: Das sei eines der Probleme dieser Erkrankung, man könne nichts im Vorfeld tun (heute weiß ich: „im Vorfeld etwas tun“ heißt „Primäre Prävention“!).

Ziemlich zur gleichen Zeit schrieben unsere Altvorderen in die Psychiatrie-Enquete, die Prävention hänge davon ab, „vermeidbare Krankheitsursachen auszuschalten“ (Enquete S. 386) und die Autoren zählen auch die Desorganisation der Familie, u.a. durch Alkohol, Drogen, durch Tod oder Scheidung, sowie Entwurzelung (z.B. durch Migration) und ökonomische Notlagen als Belastungssituation auf, „in der mit einer erhöhten Gefährdung, psychisch zu erkranken, gerechnet werden muss“ (Enquete S. 388)

Folgerichtig spielen für unsere Altvorderen bei den Maßnahmen der „Primärprävention psychischer Störungen“ auch die „Hilfen für wirtschaftlich Bedrängte“ (S. 389) eine hervorragende Rolle, einschließlich der „wirtschaftlichen Sicherung der Betagten durch entsprechende Altersvorsorge“.

Und im Bereich der Expertenkommission?

Da findet sich der Begriff Prävention überhaupt nicht - dafür ist die Rede von natürlichen Netzwerken, die zwar einzubeziehen, aber in ihrer Autonomie nicht gefährdet werden sollten.

Und im Handwerksbuch Psychiatrie (Bock & Weigand, Hrsg. 1991)?
Da finden wir eine halbe Seite - im Kapitel Suchterkrankungen.

Und heute?

Spätestens mit der ABC-Studie von Häfner (Häfner et al 1998) folgen unsere Überlegungen zur Prävention unseren neu gewonnenen Vorstellungen zur Erkrankung:

In der Forschung und in den Früherkennungszentren hat ein Wettlauf um die Identifikation vielleicht doch sensitiver, prognostisch reliabler Prodromalsyndrome begonnen, und Früherkennungsinventare werden entwickelt und bereits europaweit getestet, und das aus gutem Grunde.

Unter den Menschen mit unspezifischen Prodromalsyndromen sind Einige bis Viele, die ohne eine frühe Hilfe voraussichtlich psychisch erkranken werden; könnte man sie relativ sicher identifizieren, könnte bei nahezu der Hälfte von ihnen der Übergang in eine Erkrankung vermieden werden – und bei der anderen Hälfte wäre immerhin die erforderlich werdende psychiatrische Hilfe gleich zur Stelle. (*siehe auch den Beitrag von Hambrecht in diesem Bande*).

Dennoch müssen wir uns kritisch fragen:

Ist das nicht der Einstieg in eine tröpfchenweise Infiltration der Psychiatrie in die Normalgesellschaft – dieser Psychiatrie mit dem Janusgesicht von Hilfe und Kontrolle, der Gleichzeitigkeit von nahezu grenzenloser Akzeptanz von Andersartigkeit – und der zugleich bestehenden Notwendigkeit zur Bereitschaft von Zwangsmaßnahmen? Besteht nicht die Gefahr einer frühzeitigen, und ggf. „falsch-positiven“ Stigmatisierung?

Oder haben wir es hier mit einem sich etablierenden **neuen** System zu tun?

Luhmann hat uns gelehrt, Systeme an den sie fundierenden binären Codes zu erkennen. Entsteht hier am Rande des Gesundheitssystems ein anderes, das nicht dem das Gesundheitssystem (Luhmann spricht realistischer vom „Krankheitssystem“!) basierenden Code „Krank-Gesund“ folgt?

Prävention findet an Systemübergängen statt

Dann wäre die dramatische psychotische Vorphase nicht nur der Übergang in eine Erkrankung, sondern auch den Übergang aus einem grundlegend anderen System in das „Krankheitssystem“.

Dann hätten die Hilfen in dieser, aber ggf. auch schon in den vorangegangenen Zeitabschnitten des individuellen Lebenslaufs eine wesentliche Funktion vor allem im Lotsen durch die Klippen dieses sicherlich schwierigen Systemüberganges!

Systemübergänge zu verhindern oder zu moderieren - das scheint der Sinn, und zugleich ein Problem von Prävention zu sein.

Prävention ist immer an Übergängen angesiedelt:

- da, wo gesund in krank,
- wo Lebensbedingungen und -Verhältnisse in zunächst minimale und schließlich wahrnehmbare biologische Schädigungen übergehen,
- wo akut krank in chronisch krank
- und/oder wo Behinderung der Teilhabe bzw. chronisch krank in Pflegebedürftigkeit überzugehen droht; **Prävention soll diese Übergänge vermeiden (helfen) oder sie hinauszögern.**

Präventionslyrik oder ernsthafte Präventionspolitik?

Es gibt Autoren, die in der Präventionsdebatte den „Healthismus“ am Werke sehen: Gesundheit werde uns als kostensenkende Bürgerpflicht aufgeherrscht, Gesundheit ausschließlich als gesellschaftlicher Nutzen definiert, Krankheit allein als Kostenfaktor gesehen und Prävention sei nun das Interventionsinstrument.

Dieser „Healthismus“ sei die motivierende Kraft, die die Gesundheitspolitik antreibe. Die mit Prävention nachgewiesenermaßen möglichen ca. 30%-Einsparungen von direkten und indirekten Gesundheitskosten (Schwarz et al. 1999) seien somit das geheime und hinterhältige Ziel „des Systems“ hinter der Präventionslyrik.

An den Kostensenkungen ist was dran.

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 vermeidbare 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 vier bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit vorgerückt sind.

Betriebliche Prävention psychischer Störungen lohnt sich für alle Beteiligten, und folgerichtig werden wir sie - wie schon vorher im § 20 SGB V - im Präventionsgesetz wieder finden. Eine Krankenkasse geht schon heute ungewöhnliche Wege und finanziert ein betriebliches Präventionsprojekt von Angehörigenprojekt (*siehe in diesem Band xxxxxx*).

Aber wohl gemerkt: das wären die möglichen Einsparungen, wenn ...

Aber die Autoren der Healthismus-Debatte übersehen die aktuelle relative fiskalische Bedeutung von Prävention.

von den im Jahre 2001 verausgabten 225 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben wurden gerade mal 1,5% für den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung ausgegeben, darin enthalten 0,65 % für Soziale Dienste, Prävention, Selbsthilfe. Im öffentlichen Gesundheitsdienst - eine der Stützen von Prävention und Gesundheitsförderung - arbeitet gerade mal 0,6 % des Gesundheitspersonals!

(Eigene Berechnung nach Daten des BMGS und nach: Prävention 1/2003, S. 11 sowie http://www.destatis.de/Themen/d/thm_gesundheit/htm)

In diametralem Gegensatz zum Healthismus steht der wohl weitestgehend Begriff von präventiven Aktivitäten:

„Sie sollen das Individuum befähigen, in Freiheit und Selbstbestimmung den gesunden Weg zu gehen“ (Bauch & Bartsch, in: Prävention 1-2003, S. 6)

Annäherungen an einen Präventionsbegriff

Alternative: Annäherungen an einen Begriff von Prävention

Weniger euphemistisch, fast schon technokratisch, lautet das übergeordnete Präventionsziel: **Gesundheit erhalten**, d.h.

- Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit sichern,

- einen schlechteren Zustand vermeiden (Kuration und Rehabilitation suchen einen besseren Zustand zu erreichen) (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 110)
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung durch gezielte Aktivitäten verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (DZA 2001, S. 193)

Mit diesen Definitionen von Prävention müssen wir uns gegenwärtig zufrieden geben, da eine einheitliche Sprache noch nicht gefunden ist.

Für die fachliche Präzisierung ist es erforderlich, den Oberbegriff in weitere Teilbereiche und -ziele zu differenzieren, wobei diese Taxonomie auch für die Finanzierungsdiskussion beachtliche Bedeutung gewinnen wird.

Primärprävention:

- Die Entstehung von Krankheiten
(oder von (Teil)Ursachen von Erkrankungen)
verhindern oder verringern
- **Indikator der Zielerreichung:**
Senkung der Inzidenzrate oder der
Eintrittswahrscheinlichkeit

- **universelle Primärprävention:**
Ansprache des großen Publikums
- **selektive Primärprävention:**
Personen oder Gruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko
Vorliegen von Risiken od. keinen protektiven Faktoren
- **indizierte Primärprävention:**
Personen mit minimalen Symptomen und biologischen Risikomarkern – ohne Erreichen der Diagnoseschwelle

Prof. Dr. R. Peukert

Sekundärprävention:

Bestehende Krankheiten (auch im symptoml. Zustand) frühzeitig erkennen und erfolgreich früh therapieren)

Fortschreiten des Krankheitsfrühstadiums verhindern

Wiedererkrankung vermeiden bzw. hinausschieben
Krankheit bewältigbar machen

Indikator der Zielerreichung:

Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankung

Prof. Dr. R. Peukert

Tertiärprävention

- Verschlimmerung der Erkrankung verhüten
- Vermeiden bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen
- Vermeiden bzw. mildern von Folgeschäden

- Vorzeitige Verrentung verhindern

- Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern

- **Indikator der Zielerreichung:**
Leistungsfähigkeit soweit als möglich wieder hergestellt.

Kommentar für Karl-Ernst:

ggf. Sekundärprävention erst von den Text weiter unten, siehe Kommentar dort und Tertiärprävention ganz raus bzw. weiter hinten, wo sie erstmals angesprochen ist?

Am Beispiel Früherkennung: gibt es ein Dilemma der Primärprävention psychischer Störungen?

Mit den Früherkennungsprojekten bewegen wir uns im Feld der „indizierten Primärprävention“.

In diesem Feld geht es vorrangig darum, durch spezielle Aktivitäten (z.B. Kurse zur Stressbewältigung: Stärkung von Ressourcen) noch vor Eintritt einer biologisch fassbaren Schädigung sowie spezifischer ICD-Symptome potentiell auslösende oder vorhandene Teilursachen zu vermeiden (z.B. krisenhafte Zuspitzungen von Belastungen), um so die psychische Erkrankung zu verhindern. (Walter 2002).

Die damit parallelisierbaren Aktivitäten in der Somatik sind die Früherkennungsuntersuchungen: die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in der GKV, wie z.B. die Krebsfrüherkennung und die U1 bis U6-Untersuchungen.

Bei der Krebsfrüherkennung sind die falsch-positiven Befunde das größte Problem, zum Beispiel unnötige Brustamputationen.

Und in unserem Feld, der Psychiatrie müssen wir uns 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 wir uns der Gefahr, Menschen sehr frühzeitig dem Stigma auszusetzen, stellen – angesichts unseres Wissens, dass fast alle Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Familien zumeist jahrelange Odysseen hinter sich bringen mussten, bevor sie hilfreiche Hilfe erhielten?

Sollten wir 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 ganz anders selbst 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.

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 gesundheitspolitische Sprecher der SPD-bundestagsfraktion MdB Klaus Kirschner teilnimmt, 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)

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?

Klaus Dörner hat erst kürzlich den Nutzen des medizinischen Krankheitsbegriffs herausgestellt, u.a. mit dem Argument, dass er gegen die uferlose Ausdehnung psychischer Störungsvarianten und gegen „unsere Aneignungssucht“, die kaum „noch irgendeine Norm der Selbstbegrenzung“ kenne, schützen würde. (Dörner in: Bock et al. 2004, S. 20).

Ist es uns gelungen, mit unserer Benennung unspezifischer Merkmale als Prodromalsymptome die von Dörner behauptete Schutzfunktion des medizinischen Krankheitsbegriffes zu umgehen - indem wir den Begriff selbst ausgeweitet haben?

Im Kontext der Früherkennungsprojekte ist die Schutzfunktion des Krankheitsbegriffs dann verloren, wenn wir die Früherkennung in der Prodromalphase als **Sekundärprävention** definieren, die bestehende Krankheiten (auch im symptomlosen Zustand) frühzeitig erkennen und erfolgreich therapieren will!

Die Protagonisten der Früherkennungsprojekte stellen sich alle diese Fragen selbst (*siehe den Beitrag vom Hambrecht ..*)

Hier könnte die Sekundärprävention auch hin, da oben erstmals im Text erwähnt - dann hinter „... Prodromalphase als Sekundärprävention ...“ Hinweis auf den Kasten „Sekundärprävention“ und Tertiärprävention weg lassen.

Die exemplarische Beschäftigung mit der Früherkennung sollte ein Problem verdeutlichen:

Wir nähern uns mit dem Präventionsthema den Höhen und Tiefen längst überwunden geglaubter Debatten um psychische Erkrankungen.

Die Fragen nach gesellschaftlicher Norm und Abweichung, nach Intervention in Leid, auch nur potentiell Leid - und Leid als gegebenem Lebensschicksal drängen sich in unseren Hilfediskurs, sobald uns die Dichotomie, der binäre Code „Krank – Gesund“ und damit der vermeintlich sichere Boden unter den Füßen verloren geht.

Primärprävention findet am Übergang „gesund-krank“ statt, und wir stehen mit einem Bein auf der Seite „krank“, mit dem anderen auf der Seite „gesund“. Das kann uns in das „Lebenswelt-Dilemma“ führen, aber genau darin besteht auch der gesellschaftliche Nutzen der Früherkennungsprojekte: indem sie sich auf die Grenze zwischen gesund und krank begeben vermitteln sie Optimismus in die Behandelbarkeit der Erkrankung und erbringen einen Beitrag zur generellen Stigma-Reduktion.

Raus aus dem Dilemma - mit dem Wechsel der Perspektive!

Bekanntlich gibt es ja gar keine Probleme, nur falsche Auffassungen oder Gedanken. Versuchen wir also, dem Dilemma durch einen Perspektivenwechsel zu entgehen - indem wir den pathogenetischen Blick durch den salutogenetischen ersetzen:
Welche Bedingungen können dafür verantwortlich gemacht werden, dass aus Prodromalzuständen - gerade keine psychischen oder anderen Erkrankungen erwachsen?

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)¹, die sich also nicht auf spezielle Krankheiten beziehen würden.

Früherkennung mit dem pathogenetischen Blick wäre „inzidierte 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 Nachbarschaft – die private, die öffentliche und die von Arbeit geprägte Nachbarschaft.

Wir befinden uns plötzlich voll und ganz in der alltäglichen Lebenswelt, in der Gemeinde - an dem Ort, „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.

Die allgemeine Präventionsdebatte und -Praxis hat sich hier, im Bereich der universellen Primärprävention, auf vier Felder festgelegt:

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

stehen auf der Agenda (und für diese Zielfelder bei Kindern und Jugendlichen bis zu 14 Jahren wurde ja auch der diesjährige Deutsche Präventionspreis ausgelobt; www.deutscher-praeventionspreis.de)

Ich werde gleich nachzuweisen suchen, dass die Förderung der seelischen Gesundheit zu Recht mit auf die Agenda, gehört - und zwar nach ganz oben!

Zunächst einmal ist festzustellen:

mit dem Blick auf das große Publikum und der salutogenetischen Perspektive auf Gesundheitserhaltung und -Förderung gewinnen wir auf einmal wieder sicheren Boden unter den Füßen, aber dafür müssen wir jetzt einen Begriff von Gesundheit gewinnen, der zudem auf die Förderung psychischer Gesundheit passt!

¹ 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 angestrebte Veränderungen bei dem Einzelnen einerseits, in angestrebte Veränderung der Umwelt - im Kontext - andererseits sinnvoll.

Statt psychischer Krankheit - seelische Gesundheit

Krankheit ist hin und wieder besiegbar, 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 bitte als Kasten setzen, da darauf weiter unten Bezug genommen wird! Titel des Kastens: „Protektive Gesundheitsfaktoren“

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)

Wen von uns 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“

Das heute in der Gesundheitsförderung geläufige SAR-Modell (das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell) formuliert das Ganze einfacher:

„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

Diese Kernaussagen können für Prävention und Gesundheitsförderung generell und für psychiatrische Prävention sowie die Förderung seelischer Gesundheit speziell zu einem theoretisch und praktisch begründeten, aber dennoch recht einfachen Modell zusammengefasst werden:

	Anforderungen**	Ressourcen**
intern, personell*	I	II
extern, kontextuell*	III	IV

Alles, was der Passung von Anforderungen und Ressourcen dient, fördert die Gesundheit!

Dass sich die intern-personelle und extern-kontextuelle Ebene unter dem Gesichtspunkt der Wirkung wechselseitig beeinflussen versteht sich von selbst, gehört dies doch zu den Grundfesten (nicht nur sozial)psychiatrischen Denkens:

psychische Erkrankungen sind in der Genese, im Verlauf und in der Behandlung sowie in der subjektiven Eigenverarbeitung nicht vom sozialen Kontext zu trennen, und damit ist das Modell auch belastbar für die Spezifik seelischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankungen.

Das Modell entspricht auch den Grundmaximen der ICF, die für den Sektor Behinderung und Rehabilitation entwickelt wurde - womit die tertiäre Prävention einbezogen ist.

In der ICF wird die Funktionsfähigkeit (auf den Ebenen Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe) als eine Funktion des Gesundheitsproblems und den intern-personellen sowie extern-kontextuellen Faktoren (die dort beide leider als Kontextfaktoren bezeichnet werden) betrachtet.

Außerdem wird in Förderfaktoren und Barrieren unterschieden, die die Funktionsfähigkeit (dort ist die Rede von „funktionaler Gesundheit“) beeinflussen.

In der salutogenetischen Diskussion werden die Anforderungen (im Anschluss an Lazarus' Stresstheorie) vornehmlich als gesundheitsfördernde Herausforderungen angesehen, die erst bei nicht ausreichenden Ressourcen zu Belastungen, d.h. zu Barrieren werden.

**Ob eine Anforderung ein Förderfaktor oder eine Barriere ist,
entscheidet sich an den verfügbaren Ressourcen.**

**Daher können personenbezogene Förderfaktoren und Barrieren nicht in
epidemiologischen Untersuchungen,
sondern nur in der konkreten Lebenswelt der Menschen gefunden werden -
und sie können auch nur dort beeinflusst werden.**

Trotz seiner verblüffenden Einfachheit bildet das Modell wesentliche Dimensionen des Krankheits-, Gesundheits- und Teilhabe/Behinderungsverständnisses ab, und es orientiert unsere Aufmerksamkeit auf aktive Anpassung, auf Belastungs/Anforderungsreduktion und

Ressourcenentwicklung - anstatt alle Hoffnungen auf das Heil aus wirksamen Heilmitteln, den sog. „magic bullets“ zu setzen.

Präventive Aktivitäten:		
	Anforderungen Herausforderungen	Ressourcen
intern, personell	I Welche Förderfaktoren können gestärkt – welche Barrieren können beseitigt, bzw. welche Belastungen können reduziert werden?	II Welche Ressourcen können unterstützt werden?
extern, kontextuell		III Welche Ressourcen können unterstützt und/oder bereit gestellt werden?

Prof. Dr. R. Peukert

Frühe Investition - potenziertes Gewinn!

Mit der salutogenetischen Perspektive dürfen wir es sogar wagen, die Primärprävention seelischer Störungen (nicht die psychiatrische Prävention!) noch viel früher als die Früherkennungsprojekte anzusetzen und so unseren Interventionspunkt noch viel weiter nach vorn zu verlegen: in die ganz frühe Kindheit, oder gar in die pränatale Phase.

Lemp, Ciompi und viele Andere haben uns gelehrt, dass psychische Erkrankungen auch aus ganz minimalen prä-, peri- oder postnatalen Schädigungen herauswachsen, die zunächst zu Kommunikationsstörungen und sozialem Rückzugsverhalten veranlassen, was wiederum die kognitive und emotionale Anpassungsfähigkeit schwächt, woraus weitere Kommunikations- und soziale Störungen bis hin zu Auffälligkeiten resultieren und so weiter.

Das wären dann wohl ganz frühe „subkutanen Prodromalzustände“.

Es scheint erwiesen, dass geringfügige Hirnschädigungen den Ausgangspunkt dieser Entwicklung bilden.

Schon die Enquete sprach davon, dass „den präventiven Bemühungen in der Kindheit eine ausgesprochene Vorrangstellung“ zukomme (Enquete S. 392), und das sehen heute wohl alle so - natürlich auch die Krankenkassen: „Kindern als Zielgruppe kommt wegen der Langzeitwirkung und dem Zukunftsaspekt eine besondere Bedeutung zu“ (Rebscher in: Der Gelbe Dienst 5/2004, S. 129).

So gesehen ist Prävention in der Kindheit ist eine frühe Investition - „mit einer sich potenzierenden Rendite!“

Auch im Bundesprojekt „Gesundheitsziele.de“ wurde gerade die frühe Kindheit als Interventionsfeld für frühe Gesundheitsförderung priorisiert, um ihnen einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen, und es wurden bereits eine Reihe von Maßnahmevorschlägen gemacht, die aus Kinder- und Jugendpsychiatrischer Sicht ergänzt werden können.

(Siehe den Beitrag von Fegert in diesem Band)

Die Autoren der Enquete sprachen von „Grundbedürfnissen im psycho-sozialen Bereich“, wobei „Disfuktionen“ zu psychischen Störungen führen könnten; daher sei die Sicherung dieser Grundbedürfnisse Primärprävention: „Dazu gehört das Bedürfnis nach Geborgenheit, nach beständigen und strukturierten Kontakten zu festen Bezugspersonen, nach ausreichender affektiver Bindung und intellektueller und pädagogischer Anregung“ (Enquete S. 386). Seit diese Aussagen erstmals formuliert wurden hat sich - dank der Kleinkindforschung - unser Wissen über die fundamentale Bedeutung dieser Bedürfnisse vervielfacht.

Dann wären also die kindlichen Grundbedürfnisse das vorrangige Investitionsobjekt. Übrigens hat bereits die Enquete daraus die Forderung abgeleitet, „die Anwesenheit der Mutter (oder einer die Mutter voll ersetzenden Bezugsperson, so auf S. 388, R.P.) ... wenigstens in den ersten Entwicklungsjahren zu sichern“ (S. 389) - also die kontextbezogenen Ressourcen zu stärken.

Somit ist Familienpolitik universelle Primärprävention: Mutterschutz, Erziehungszeiten etc.

Die vorher angesprochenen geringfügigen und potentiell pathogenen Hirnschädigungen könnten qua Hirnscreenings identifiziert werden, um auf die Folgeprozesse einzuwirken. Ich möchte es nur als Frage formulieren: sollten wir uns für frühkindliche Hirnscreenings als universeller Primärprävention einsetzen - bei allen Babys, oder im Sinne der indizierten Primärprävention nach Risikogeburten?

Seelisch gesünder Leben bedeutet, überhaupt seltener krank werden!

Weiter oben wurde behauptet, dass Prävention psychischer Erkrankungen bzw. seelische Gesundheit mit auf die Agenda der Präventionsdebatte und -Praxis gehört, neben Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sucht.

Betrachten wir die Liste der protektiven Gesundheitsfaktoren mit dem „psychiatrischen Blick“ sehen wir: bei psychischen Störungen ist genau das gestört, was beiläufig generell Gesundheit generiert!

Dies bedeutet nicht mehr und nicht weniger: Das Einwirken auf diese für seelische Gesundheit fundamentalen Faktoren hat „General-Präventiven Charakter“, denn es bedeutet, dass seelische Gesundheit - Gesundheit generell fördert!

Für den Faktor Kohärenz legen dies internationale Forschungen mit dem „SOC-Fragebogen“ nahe (Übersicht der Studien und Fragebogen in: Bengel et al.2001 S. 115ff), und in Baduras Studie zur Tertiär-Prävention (Badura 1985) hat sich Selbstvertrauen und Kontrollüberzeugung (gemessen mit dem Paerin-Fragebogen) als Indikator für erfolgreiches Leben sowie Krankheitsbewältigung empirisch erwiesen.

Weil das so ist, gehört die Förderung der seelischen Gesundheit ganz oben auf die Agenda!

Das hat bei der anstehenden Diskussion zur Priorisierung von Präventionsleistungen Konsequenzen:

Präventionsmaßnahmen für seelische Gesundheit haben höchste Prioritätsstufe!

Antonowsky selbst ging bekanntlich davon aus, dass die Beeinflussung dieser für seelische Gesundheit und Gesundheit generell fundamentalen Faktoren - wenn überhaupt - nur sehr begrenzt möglich seien; die Projekte der BZgA „Kinder stark machen“ - gemeint als Suchtprävention - haben hier den Beweis angetreten: die internen, personenbezogenen

protektiven Faktoren, also die „internen Ressourcen“, haben sich als grundsätzlich positiv beeinflussbar erwiesen.

Das „Interventionsparadox der Prävention“: Intervention oder behutsame Pflege der alltäglichen Lebenswelt?

Allerdings sind **eingreifende** Beeinflussungsversuche zu meiden, sie könnten in das „Interventionsparadox der Prävention“ führen!

In der Liste ist ein Kontext-Faktor eingestreut, der im Schaubild xxxx ins Feld IV (kontextuelle Ressourcen) gehört: die „**erwartungssichere Sozialstruktur**“, die an der Herausbildung der intern-personalen Faktoren nachweislich beteiligt ist.

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 das „Interventionsparadox der Prävention“ umschifft werden?

Anstatt zu intervenieren wäre die natürliche Lebenswelt vor sozialmanipulativen und/oder interventionistischen Zugriffen zu schützen; statt dessen wären in der alltägliche Lebenswelt der Menschen die salutogenen Figurationen aufzuspüren - die dann besonders gehegt und gepflegt werden sollten.

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

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.

Ein Beispiel für das Aufspüren salutogener Figurationen und der behutsamer gärtnerischer Pflege des Sozietops möchte ich anführen.

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 würde also das Intervention-Feld IV betreten und **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 integrierende Kooperationen.

Zwischenrede: Integration der Hilfen ist Prävention

Das Erfordernis sektor-, bereichs- und die einzelnen Sozialsysteme übergreifender Integration gehört heute für Sekundär- und Tertiärprävention zum 1 X 1 der Psychiatrie!

Wesentlichen Belastungen erfolgen an den Schnittstellen des Versorgungssystems, womit Risiken zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergehen (Kunze 2002; Cording et al. 1988; Kissling 1994; Roick et al. 2001). Weil das so ist, sind alle Formen integrierter und personenzentrierter Hilfeorganisation zugleich sekundär- bzw. tertiär-präventiv - sei es die integrierte Hilfeplanung, die Integration der Angebote in Verbänden mit

Versorgungsverpflichtung oder seien es solche Modelle der Integrierten Versorgung, die sich über den Krankenkassen-, den Renten-, und den BSHG-Bereich erstrecken - also die Möglichkeiten des § 140 in die Verbundstruktur integrieren.

Gemeindepsychiatrische Primärprävention: 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). PSKBs erfüllen ihre Funktion nur, soweit sie diese 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“ (Grüß 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!

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“

(Enquete 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!!

Settings -

Räume universeller Primärprävention psychischer Erkrankungen I

Weiter oben wurde betont: Die Identifikation und Beeinflussen von Barrieren und Förderfaktoren sowie der Ressourcen kann nur in der konkreten Lebenswelt erfolgen. Die alltägliche Lebenswelt ist strukturiert, sie setzt sich aus sozialen Räumen zusammen, in denen wir jeweils mit Mitmenschen zusammen leben.

Die WHO hat unter der Gesundheitsperspektive für diese 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, Stadtteile oder Gemeinden sind mögliche Settings; Klaus Dörner hat uns in letzter Zeit wiederholt das Setting „Nachbarschaft“ als präventiven Ort nahe gebracht.

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.

Präventive Maßnahmen in Settings und Milieus

- 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)²

Ein Angehöriger, ein pensionierter Lehrer, erzählte mir einmal:

„... Wenn ich damals als Lehrer nur halb so viel von psychischem Leid und Erkrankungen gewusst hätte wie heute – vielen Schülern, die es sehr schwer mit mir und dem Kollegium hatten, wäre es besser ergangen.

Da wir es nicht besser wussten haben wir gerade diejenigen mit schleichendem oder plötzlichem Leistungsabfall und diejenigen, die sich zurück zogen besonders hergenommen, und zwar in der - wie ich heute weiß - irrigen Ansicht, wir würden ihnen damit einen guten Dienst erweisen!“

Dieser pensionierte Lehrer denkt darüber nach, Lehrerkollegien an seinem heutigen Wissen teilhaben zu lassen, in gemeinsamen Gesprächen mit Schülern.

² 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 Ziergruppenorientierung als fruchtbaren 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)

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 gilt, 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.

Settings II: Betriebliche Prävention

Betriebliche Prävention folgt dem Setting-Ansatz.

Das Aufgabenspektrum der Integrationsämter ist zweifellos der sekundären und tertiären Prävention zuzuordnen, wobei die einzelnen Aktivitäten jeweils Anforderungen reduzieren helfen oder Ressourcen stärken - sowohl auf der internal-personellen (z.B. Hilfen zur subjektiven Akzeptanz eines weniger anspruchsvollen Arbeitsplatzes) als auch der extern-kontextuellen Ebene, z.B. durch die behindertengerechte Ausgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes.

Wie sieht es mit betrieblicher Primärprävention aus, und zwar mit universeller, also mit betrieblicher Förderung seelischer Gesundheit?

Die Ergebnisse der Arbeitswissenschaften und der sozialpsychiatrischen Milieuforschung konvergieren in leicht eingängigen Merkmalen generell gesundheitsförderlicher Arbeitbedingungen.

Zugleich sind dies aber auch die Bedingungen, die für den uns interessierenden Personenkreis psychisch vulnerabler Personen hin und wieder für deren psychisches Überleben im Betrieb lebensnotwendig sein können.

Elemente einer „guten“ Arbeitsplatzstruktur

- Herstellen eines möglichst störungsfreien und klar strukturierten Arbeitsmilieus, durch realistische, eindeutig explizierte Erwartungen, möglichst klare, eindeutige und offene Kommunikation, möglichst einheitliche und klare Informations- und Anweisungsstrukturen.
- Personelle Kontinuität bei Kollegen – gekennzeichnet durch eine möglichst hohes Maß an vertrauen, Toleranz und soziale Wertschätzung.
- Über einen möglichst langen Zeitraum hinweg inhaltliche Kontinuität des Arbeitskonzeptes (d.h. der Arbeitsorganisation und der Wertmaßstäbe)
- Klare von außen vorgegebene aber legitimierte Arbeitsziele.
- Überlappende Tätigkeitsorganisation (d.h. immer wieder muss etwas Vertrautes, Routiniertes an einem Arbeitstag dabei sein).
- Möglichkeiten, den zunehmenden Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten aktiv zu erleben und Möglichkeiten, die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden

- Anerkennung von Unterschieden in Meinungen, Gefühlen und Verhalten.
- Herstellen und Unterstützen möglichst optimistischer Zukunftserwartungen seitens der Interaktionspartner des Auszubildenden.
- Keine Über- und Unterforderung, sondern optimale Simulation, die in Abhängigkeit von Situation und psychischem Zustand des Betroffenen variierbar sein muss, d.h. flexible Gestaltung des Anforderungsmilieus.
- Sowohl intellektuelle als auch affektive Stimulation – ohne Überlastung („Anpassung von Leistungsanforderung und –vermögen“).
- Validierung von Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen durch personen- und situationsadäquates Feedback.
- Offenlegung der Probleme am Arbeitsplatz – auch von den Problemen, die nicht zu beheben sind.
- Mitwirkung der Auszubildenden an Planungs- und Entscheidungsprozessen, die das Ausbildungsverhältnis betreffen: d.h. schrittweise Erweiterung des Handlungsspielraums und der Möglichkeiten zu sozialer und instrumenteller Mit-Kontrolle der betrieblichen Ausbildungsabläufe durch den Jugendlichen.

Diese Verhältnisse zu realisieren wäre „universelle betriebliche Primärprävention“ par excellence - unterstützt von den Bemühungen der Betriebe, neben Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit auch die sozialen Kompetenzen ihrer Mitarbeiter (im Feld II) zu fördern – denn darin hat die Arbeitswissenschaft den zentralen Motor betrieblicher Effektivität entdeckt.

Die ungenutzten Chancen bei universellen Programmen

Wichtige und erfolgreiche Präventionsprogramme nach dem Setting-Ansatz wurden von der Sozialpsychiatrie bisher noch nicht wahrgenommen:

Die BZgA-Kampagne in Kindergärten „Kinder stark machen“, das Programm „Gesunde Städte“ und das Programm „Soziale Stadt“ der Bund-Länder-Kommission

– alles Beispiele für universelle Primärprävention - setting- bzw. lebensweltbezogen.

Bis heute hat es seitens der Gemeindepsychiatrie keinen Kontakt zu diesen oder ähnlichen Programmen und Maßnahmen gegeben, ich konnte jedenfalls trotz aufrichtigen Bemühens keine Spur dorthin entdecken. Dies ist um so erstaunlicher, da schon vor nun exakt 30 Jahren in der Enquete Wohnraum- und Sanierungsplanung sowie die konkrete Gestaltung des Wohnumfeldes als Bereich für die Primärprävention psychischer Störungen hervorgehoben wurde.

Allerdings gibt es mindestens eine Stadt, die wir zu unserer Ehrenrettung anführen können: Bremen mit seinem Netzwerk „Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit“ (*siehe den Beitrag Kruckenberg ...*)

Sehr viel spricht viel dafür, Aktivitäten zur Prävention psychischer Störungen in Zukunft in diese Aktivitäten einzufädeln; das würde die Chance eröffnen, Fachpersonal für seelische Gesundheit im Gemeinwesen präsent und ansprechbar zu machen.

Die Menschen hätten die Chance, das Fachpersonal ganz beiläufig anzusprechen -z.B. wegen der Befürchtungen, sie selbst oder z.B. ein Angehöriger stünde davor, psychisch zu erkranken.

Die bisher nicht geübte Praxis bestünde darin, sich in präventiver Absicht in das Gemeinwesen hinein aufzulösen.

Dies könnte auch zur Tertiärprävention bei den besonders schwierigen Hilfeverweigerern dienlich sein.

Bei diesen Menschen ist alles das (tertiär-)präventiv, was Zugang zu ihnen zulässt bzw. eröffnet; das sind die Dinge, mit denen wir sie **in ihrem Lebensumfeld** in Berührung bringen können und die für sie eine Erleichterung ihres für Außenstehende oft seltsamen Alltags bedeuten können, also kleine alltägliche Unterstützungen wie Zugang zu billigen oder kostenfreien Mahlzeiten, zu Kleidung, zu nicht beängstigenden Sozialkontakten.

Die gleiche Praxis wäre hilfreich bei Primär- als auch bei Tertiärprävention!

Die Psychiatrie hätte den angesprochenen Programmen auch 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 könnte die universellen, gemeindebezogenen Präventionsmaßnahmen von uns lernen, und wir könnten uns in universellen Feldern mit bewegen!

Psychoedukation - ein Beispiel für Sekundärprävention

Psychoedukation ist die Zusammenfassung von „systematische(en) didaktisch-psychotherapeutische Interventionen ... , die dazu geeignet sind,
- Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren,
- das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern
- und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“
(Konsensuspapier, S. 3; Definition der Arbeitsgruppe Psychoedukation)

Das ist handfeste Sekundärprävention - mit eindeutigen Studienergebnissen:
die Rückfallrate wird im Schnitt um mindestens 20 % gesenkt!

Die Edukanden sollen „verführt werden“ (O-Ton Bäuml), ihre Erkrankung rationaler zu betrachten, d.h. ihr Leiden als Krankheit, und zwar als biologisch bedingte, zumindest sich auch als biologisch-organisch materialisierte Erkrankung zu erkennen, der mit biologischen Mitteln (=Medikamenten) erfolgreich beizukommen ist.

Dabei genügt die bloße Vermittlung des mit dem aktuellen Stand des Irrtums kompatiblen und wissenschaftlich gestützten professionellen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses keineswegs.

„Eine problemlose Anpassung der Lientheorien an die professionellen ist illusorisch. Vielmehr ist ihre mangelnde Einbeziehung wohl häufig ein Grund für das beklagte Non-Compliance-Verhalten (Faltermajer 1994) Die ... Berücksichtigung des Gesundheitskonzepts des Nutzers stellt daher eine wichtige, von den Professionellen zu leistende Anforderung dar ...“ Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 317).

Andererseits haben die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Angehörigen einen Anspruch auf dieses professionelle Wissen, es sollte aber nicht zur Doktrin für die Erkrankten und ihre Familien erhoben werden!

Daher schlägt auch der Sachverständigenrat das kompetente Bemühen um Konkordanz vor: den wechselseitigen Prozess um ein gemeinsames Verständnis, in Abhebung zur Compliance, dem Folgen der guten Ratschläge des Behandlers.

Das BMGS fördert z.Zt. 10 Projekte zum „shared decision making“ - der partizipativen Entscheidungsfindung, die gemeinsam von Arzt und Patient getroffene und verantwortete Entscheidung über die Behandlung der Krankheit (www.patient-als-partner.de).

Der Förderschwerpunkt des BMGS mit 10 Projekten (Beginn: 2001) heißt „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“. Das Universitätsklinikum Freiburg ist mit der Thematik Depression, die Kliniken München mit shared decision making bei Schizophrenie beteiligt.

Finzen hat für die Psychiatrie eingängig übersetzt in „Verhandeln statt Behandeln“. Im kompetenten Bemühen um Konkordanz werden die „hilfreichen biographischen Deutungen des Patienten nicht zerstört“ (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 328)

Dies soll der bei Professionellen beobachteten Haltung entgegen wirken, wonach in der Regel alle Personen, die als besonders hilfebedürftig, unselbständig und defizitär wahrgenommen werden - zugleich auch nicht ernst genommen werden, und zudem wird mit ihnen nicht wie mit mündigen Patienten umgegangen! (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 328)

Das sich das in der Psychiatrie geändert hat, hat sekundärpräventive Wirksamkeit: es ist die Voraussetzung dafür, dass Professionelle von den eher schwierigen Patienten überhaupt ernst genommen werden.

Aber das ist wohl nicht so sehr ein Effekt unserer eigenen Reflexion, sondern des Empowerments der Psychiatrie-Erfahrenen.

Haben wir nicht manchmal in leidvollen Prozessen, die ja ehrlich gesagt noch andauern, lernen müssen, den Psychiatrie-Erfahrenen mit bedingungsloser Akzeptanz zu begegnen und sie selbst sowie ihre Selbstannahmen zunächst einmal voraussetzungslos ernst zu nehmen?

Dieses auch in den psychoedukativen Gruppen stattfindende Ringen um Konkordanz ist dort eingebettet in vielfältige Bemühungen, die Bewältigung und das Management der Krankheit in die Hände der Patienten bzw. Klienten zurück zu geben.

Dahinter steht die für Prävention und die Förderung von Gesundheitsverhalten fundamentale Auffassung, sich als handelnden Akteur im Gesundheits- und Krankheitsprozess zu verstehen – und sich gerade nicht einem biologisch-somatischen Prozess ausgeliefert zu sehen, obwohl das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen auch biologisch-somatische Anteile hat.

Zu den Mitteln gehört das Erkennen und Nutzen der Frühwarnzeichen, das Einüben von Problemlösungen und das vorausschauende Erarbeiten von Handlungsalternativen zur Bewältigung krisenhafter Zuspitzungen.

Krisenhilfe - eine alte Achillesverse der psychiatrischen Prävention

Mit den potentiellen Krisen ist allerdings eine Achillesverse der Prävention angesprochen: Was hilft der schönste Krisenplan, wenn ich als Psychiatrie-Erfahrener oder Angehöriger in einer solchen sich eskalierenden und auf eine Krise zusteuern Situation – nach 17.00 Uhr oder am Wochenende – nur noch die Polizei oder die Klinik anrufen kann, neben der Telefonseelsorge?

Die Krisenfunktion zu erfüllen bedeutet, eine präventive Gesundheitsleistung zu erbringen!

Aber 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 Enquete hatte bereits ein Netzwerk von Kriseninterventionszentren gefordert, die auch suicidprophylaktisch 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)

Die ungenutzten Chancen zur Prävention bei psychischen Erkrankungen

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 zur Akzeptanz der eigenen Hilfeerwartungen hin geführt werden 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.

Selbsthilfe als Prävention!

Davon, wie sich das Empowerment der Psychiatrie-Erfahrenen auf uns professionelle auswirkte, war schon die Rede.

Es hat aber nicht nur uns Professionelle, sondern vor allem einige – oder viele? - der Psychiatrie-Erfahrenen selbst 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!“

Ich habe so etwas wiederholt miterlebt – und heute sehe ich darin einen grandiosen Beweis für die präventive Wirksamkeit von Selbstorganisation und Empowerment!

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 auch 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.

(Zu weiteren Aspekte der „Prävention als Selbsthilfeleistung“ der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen siehe ...)

Chronische Krankheit - oder Chronische Hilfe?

Die erstarkende Psychiatrie-Erfahrenen-Power und deren erstarkendes Selbstbewusstsein beginnt uns noch etwas anderes zu lehren, was möglicherweise sehr tiefgreifende Veränderungen nach sich ziehen wird.

Schaut man sich z.B. unsere Praxis in den Wohneinrichtungen, einschließlich des betreuten Wohnens an, scheinen unsere Vorstellungen von einem eigenartigen Verständnis chronisch psychisch kranker Menschen befallen zu sein, nämlich der Vorstellung, **chronische**

Erkrankung bedeute chronische Hilfe!

Könnte es sich auch umgekehrt verhalten?

Unser Erleben der von uns selbst gemachten Versorgungsstrukturen, in die man nicht ganz leicht hinein, aber deutlich schwieriger wieder heraus kommt (vorausgesetzt, man benimmt sich nicht daneben!) führt dazu, dass wir chronisch helfen wollen - und dem muss natürlich auch unser Bild der Objekte unseres Begehrens entsprechen: nur Chronikern kann man chronische Hilfe angedeihen lassen!

Da unterliegen wir einem kategorial gleichen Irrtum wie Kraepelin mit seiner Dementia Praecox: er sah diese Verläufe - allerdings waren sie Ausfluss des Anstaltsystems.

Und wenn nun heute bei uns von den potentiell zu beglückenden Zielpersonen einige die unterstützenden, fördernden, rehabilitierenden Hilfen nicht annehmen wollen oder können - dann neigen wir dazu, diese Hilfeverweigerer als Krankheitsuneinsichtige oder Systemsprenger zu stigmatisieren!

Zum Glück ist die Einsicht gewachsen, dass diese als krankheitsuneinsichtig und systemsprengend stigmatisierten Hilfeverweigerer für bestimmte Hilfen sehr wohl zugänglich sind, wenn ihren sehr individuellen Anforderungen und Ressourcen angemessen begegnet wird!

Das HotelPlus und der Wohnwagen am Bahndamm - beide sind tertiär-präventiv!

In dem Kapitel dieses Bandes „Mit der Krankheit leben lernen und von der Krankheit leben lernen“ haben wir uns auch diesen Blick erlaubt, nämlich die Chronifizierung als vielleicht kollektiven Prozess zu betrachten - natürlich ohne zu vergessen, dass es lange, schwere und leidvolle psychische Erkrankungen gibt; das soll uns aber nicht davon abhalten, zunächst einmal genau hinzuschauen, was wir selbst zur Chronifizierung beitragen - und welchen Part z.B. Psychoedukation, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen, harte individuelle Arbeit an sich selbst und manches Andere bei der Ent-Chronifizierung spielen können.

Zu den „Chronifizierern“ sind alle zu zählen

- die professionellen Praktiker,
- diejenigen Profis, die die Praktiker mit Empirie und Theorie bedienen - also die Wissenschaftler,
- aber auch die Psychiatrie-Erfahrenen selbst
- und die Angehörigen ebenfalls -
- und natürlich gehört auch die Politik mit ihren gesetzlichen Vorgaben
- und jene Teile der Administration und Selbstverwaltung, die sogar gute Vorgaben schlecht oder gar nicht umsetzen, zu den aktiven Chronifizierern.

Selbst wenn es einmal gelingen sollte, diese soziale Seite der Chronifizierungsprozesse aufzuklären und sich diesem Wissen gemäß zu verhalten: viele seelische Störungen würden trotzdem einen chronischen Verlauf nehmen.

Vielleicht sollte die Prävention seelischer Störungen einer Losung folgen, an der sich die Prävention im Alter orientiert; dort heißt es „Erfolgreich alt sein“, wie wäre es mit „Erfolgreich psychisch krank sein“?

Statt einer Zusammenfassung:

Zugänge und Methoden sind für die verschiedenen Präventionsstadien nicht spezifisch - aber gezielte Interventionen im psychiatrischen Umfeld sind für Primärprävention kontraindiziert! (siehe folgende Abbildung)

