

Die Berliner Krisenpension: eine kurze Einführung

Luciana Degano Kieser

Gitta Dressel

Warum eine Krisenpension in Berlin?

Gemäß dem „Psychiatrie–Entwicklungs-Plan“ (PEP, 1996) des Landes Berlin wird in jedem Bezirk das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Bezirksamtes durch eine Plan- und Leitstelle, der ein psychosozialer Koordinator angehört, und einen Psychiatriebeirat unterstützt. Um die Belegung von Wohn- und Tagesstättenplätzen zu steuern, entstanden Steuerungsgremien, in denen die Wohnträger, der Sozialpsychiatrische Dienst und die psychiatrischen Abteilungen des zuständigen Krankenhauses vertreten sind. Der Krisendienst bietet in den Abend- und Nachtstunden Beratung, Hilfe und Weitervermittlung in Notsituationen an. Seit Jahren beklagen aber die betroffenen Menschen und deren Angehörige sowie viele Mitarbeiter einen Mangel an außerstationären integrierten Angeboten. Die Menschen benötigen in akuten Krankheitsphasen eine intensive und integrierte Behandlung, die über eine Notfallintervention hinausgeht. In Berlin übersteigt das Ausmaß einer solchen Begleitung in der Regel die Kapazität der niedergelassenen Ärzte sowie der einzelnen Einrichtungen des ambulanten und komplementären Bereiches. Darauf folgend begeben sich Menschen, die psychiatrische Behandlung benötigen, häufig erst spät in stationäre Behandlung. Außerdem fordern Selbsthilfegruppen eine Überwindung der „Sprachlosigkeit“ in der Psychiatrie¹ und sehnen sich nach angemessenen, außerstationären und gemeindenahen Alternativen.

Die Geschichte

Im September 2005 nahm im Berliner Bezirk Tempelhof-Schöneberg die Krisenpension ihre Arbeit auf. Es handelt sich um eine Versorgungseinrichtung mit einem innovativen und integrierten Therapiekonzept. Schwerpunkt der Arbeit ist die außerstationäre Begleitung von Menschen mit schweren und akuten seelischen Störungen, in der Fachpersonal, Experten durch Erfahrung und Familienangehörige „auf gleicher Augenhöhe“ rund um die Uhr und sieben Tage in der Woche arbeiten. Im September 2007 wurde ein Vertrag im Rahmen der integrierten Versorgung nach der §§ 140 a ff SGB V zwischen der in der Zwischenzeit gegründeten Managementgesellschaft „Krisenpension & Hometreatment gGmbH“² und einer Krankenkasse unterschrieben.

Das Projekt bedurfte eines langen Anlaufs und einer intensiven Vorbereitungsphase. Aus einer 2001 gegründeten Arbeitsgruppe „Soteria“ der bezirklichen PSAG entstand 2004 eine GbR. Diese Organisationsform erlaubte den beteiligten Kooperationspartnern, das Projekt vorübergehend ohne Anschubfinanzierung aufzubauen. Zu den Partnern der Krisenpension zählten der Psychiatrie-Koordinator des Bezirks, der Berliner Landesverband für Angehörige Psychisch Kranker e.V., die Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und -Betroffener e.V. (BOP&P) sowie das Netzwerk „Stimmenhörer“³. Die vielen ehrenamtlichen Mitarbeiter kamen zum Teil direkt aus diesen Organisationen. Zum Teil gab es im Bezirk eine lange Tradition der dialogischen Zusammenarbeit, vor allem im Tageszentrum der Pinel gGmbH im S-Bahnhof Schöneberg und in den Gremien, in denen die Selbsthilfegruppen aktiv vertreten sind. Die Zeiten der starren ideologischen Kämpfe waren vorbei. Mitarbeiter, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wollten ihre „Soteria-orientierten“ Konzepte endlich in die Praxis umsetzen. Die Projektentwicklung wurde im Dialog durchgeführt und das Konzept geschrieben, die Räume wurden gemietet und spartanisch eingerichtet. Es bildete sich ein multidisziplinäres und mobiles Team mit einer Fachärztin als Leitung.

Wie hat bis jetzt die Krisenpension gearbeitet?

Interessierte können telefonisch oder direkt in der Einrichtung tagsüber Kontakt aufnehmen. Sie erhalten einen Gesprächstermin. Im Erstgespräch geht es darum die Anliegen und Erwartungen der hilfsbedürftigen Menschen zu besprechen, das Begleitungs- und Behandlungsangebot darzustellen und gemeinsam mit den Klienten eine Behandlungsvereinbarung zu besprechen. Es wird auf die Punkte geachtet, die eine Behandlung in der Krisenpension ausschließen bzw. wann eine medizinisch angemessene Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Dazu gehören unter anderem primäre Suchterkrankungen, organische Psychosen und akute Selbst- und Fremdgefährdung. Beim Aufnahmegespräch ist in der Regel ein Arzt dabei. Die Klienten werden nicht anonym aufgenommen: die Mitarbeiter nehmen bei Bedarf Kontakt mit dem behandelnden Arzt, Psychotherapeuten oder der Klinik auf. Es wird großen Wert auf eine enge Kooperation mit allen Beteiligten gelegt. Mehr als 90% Prozent der Klienten haben bereits Psychiatrie-Erfahrung. Sie kommen oft mit der Erwartung, eine stationäre Behandlung zu vermeiden. Selten ist zu hören, dass Menschen in ihrer psychotischen Krise auf eine medikamententöse Behandlung verzichten möchten. Viel häufiger kommt ein starkes Bedürfnis nach intensiver Begleitung und menschlicher Nähe zum Ausdruck. Klienten und Mitarbeiter erstellen den Begleitungsplan gemeinsam. Bis zu sieben Personen haben die Möglichkeit in der Pension zu übernachten. Der innovative Charakter des Projekts, das in den ersten zwei Jahren nicht an die Leistungskataloge der Krankenkassen gebunden war, ermöglichte eine hohe Flexibilität, die in die inhaltliche Ausgestaltung des i.V.-Vertrages übernommen werden konnte. Das Angebot ist in fünf Module eingeteilt. Für Klienten, die tagsüber kommen, für andere, die nur übernachten und für solche, die sich Tag und Nacht in der Krisenpension aufhalten. Nachsorge- und Vorsorgeprogramme gehören dazu: Sowohl für die Entlassungsphase als auch im Vorfeld einer Krise sind weiche und flexible Übergänge möglich. Dazu gehören auch die Unterstützung in konkreten Lebensbereichen, die aufsuchende Hilfe und die Möglichkeit, über das Geschehen während der Krise zu reflektieren und in diesem Rahmen auch in Kontakt mit den anderen Gästen der Pension zu gelangen. Nicht selten findet ein narrativer Erfahrungsaustausch über „außergewöhnliche Erlebnisse“ statt, der sich für alle, vor allem aber die Professionellen, als äußerst gewinnbringend erweist.

Spuren für die Zukunft

Die Aufbauphase ist vorbei. Die Krisenpension ist jetzt im Wandel. Die Verträge mit den Krankenkassen werden die Struktur und die Praxis in der Krisenpension erheblich verändern. Der Elan der ersten Stunden weicht wie nicht anders zu erwarten zunehmend einer Routine, die es gilt konstruktiv und kreativ zu gestalten. Es ist der Zeitpunkt gekommen eine erste Bilanz zu ziehen. Die ersten zweieinhalb Jahre Erfahrung in der Krisenpension bestätigen im wesentlichen die Ergebnisse der Evidenz-basierten Forschung: Die außerstationäre Akutbehandlung und Begleitung von Menschen mit schweren seelischen Problemen ist möglich, sie führt zu guten Behandlungsergebnissen und einer hohen Nutzerzufriedenheit. Diesbezüglich weist die Krisenpension einige gemeinsame Merkmale mit anderen außerstationären integrierten Strukturen⁴ auf:

- Die Begleitung findet in einem „non-hospital setting“ statt.
- Die Behandlung/Begleitung wird durch ein multiprofessionelles und mobiles Team, dem auch Fachärzte angehören, durchgeführt.
- Das Team trägt die Verantwortung sowohl für die Behandlung als auch für die Begleitung.
- Der Zugang zur Krisenpension ist niedrighschwellig, die Behandlung wird flexibel und aufsuchend gestaltet.

Die Beteiligung der Experten durch Erfahrung hat das Projekt in besonderer Form geprägt. Die häufig noch paternalistisch-fürsorgliche Haltung gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen ist schnell in den Hintergrund getreten und die Genesungs-Konzepte und Erfahrungen von Betroffenen gelten als Maßstab professionellen Handelns.⁵ Die bisherigen Erfahrungen sind für die Nutzer und das Team positiv. Alle Beteiligten stehen im Moment in einem intensiven Austausch, um Stimmungen, theoretische Überlegungen und Ergebnisse der dialogischen Arbeit zu diskutieren und das Konzept weiter zu entwickeln.

Jahrestagung-Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Erkner, 17.-19.Juni 2008

Autorinnen:

Fr. Dr. med, univ. Luciana Degano Kieser (MPH), Ärztin f. Psychiatrie, Mitinitiatorin des Projekts und ärztliche Leiterin der Krisenpension bis zum 30.06. 2008; E-Mail-Adresse: lucdeganokieser@gmx.de

Fr. Gitta Dressel, Sozialarbeiterin, Mitinitiatorin des Projekts und Koordinatorin der Krisenpension;
E-Mail-Adresse: gitta.dressel@pinel.de

¹ Buck D. (2006) „70 Jahre Zwang in gesprächslosen Psychiatrien – erlebt und miterlebt“. Hauptvortrag vom 7. Juni 2007 beim Kongress "Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review", World Psychiatric Association in Dresden 06-08 Juni 2007

² Das Projekt „Krisenpension und Hometreatment“ gGmbH besteht aus folgenden GesellschafterInnen: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie Betroffener (BOP&P) e.V. , Der Steg e.V.; Einzelfallhilfe Berlin gGmbH, frei-raum e.V., Landesverband Berlin für Angehörige psychisch Kranker e.V., Lesbenberatung e.V., Netzwerk Stimmenhören e.V., Pinel gGmbH, Rose gGmbH, Schwulenberatung – Psychosoziales Zentrum für Schwule. Geschäftsführer: Hr. Rüdiger Mangel. www.krisenpension.de

³ Weitere Kooperationspartner: siehe (2)

⁴ Wright C., Catty J., Watt H., Bruns T. (2004) “A systematic review of home treatment services. Classification and sustainability.” *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 39: 789-796

⁵ Amering M., Schmolke M. (2007) „Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit“ Bonn:Psychiatrie Verlag