

Kurzbeschreibung

Krisenpension und Hometreatment ist ein Projekt zur außerstationären, intensiven und flexiblen Begleitung für Menschen in schweren psychischen Krisen oder akuten Phasen psychotischen Erlebens. (siehe Abschnitt 1 der Projektbeschreibung)

Ein multiprofessionelles und mobiles Team bietet an, Menschen durch schwere Krisen entweder zu Hause (Hometreatment) oder in einer eigens für das Durchleben einer Krise eingerichteten Wohnung (Krisenpension) zu begleiten. Das Projekt wird von Professionellen, Psychoseerfahrenen und Angehörigen gemeinsam geplant und durchgeführt (Triolog) und greift auf Begleitungskonzepte der Soteria-Projekte in den USA und der Schweiz und auf milieutherapeutische Ansätze zurück. (Abschnitte 1 und 5)

Ziel: Menschen, die in schwere psychische Krisen geraten, soll so die Möglichkeit gegeben werden, sich zwischen der bestehenden stationären Behandlung in einem Krankenhaus und einer intensiven Begleitung zu Hause oder in einer Krisenpension entscheiden zu können. Damit wird den Wünschen seitens betroffener Menschen und deren Angehöriger nach **Alternativen zur** (oft im Schwerpunkt pharmakologischen) **Behandlung in der psychiatrischen Klinik** entsprochen. Der in der Psychiatrie-Enquete von 1975 formulierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll auch für Menschen in schweren und psychotischen Krisen umgesetzt werden. (Abschnitte 1, 2 und 3)

Personenkreis: Die Zielgruppe des Projektes sind Menschen in schweren psychischen Krisen oder akuten Phasen psychotischen Erlebens, die stationäre Behandlung nicht wünschen, oder bei denen andere Gründe vorliegen, die einen stationären Aufenthalt unangemessen oder ungünstig erscheinen lassen. (Abschnitt 6)

Methode: Positive und innovative Erfahrungen in der außerstationären Krisen- und Psychosebegleitung in Europa und in den USA werden aufgegriffen und genutzt. Kern des Modells sind ein verändertes Krisenverständnis und das Konzept der **Begleitung**. Die Grundhaltung ist ressourcenorientiert, aktivierend und von einem verstehenden Zugang der Wertschätzung und des partnerschaftlichen Umgangs miteinander geprägt. Vertraute Personen und andere stützende Faktoren werden in die Begleitung einbezogen. (Abschnitte 7 und 8)

Struktur: Gemäß dem Begleitungskonzept sind im Team vielfältige Kompetenzen durch verschiedene Gruppen vertreten:

Professionelle HelferInnen (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und andere vergleichbar Qualifizierte) bringen das professionelle Wissen ihrer Berufsgruppen sowie Erfahrung in der Krisenarbeit und Psychosebegleitung aus verschiedenen außerstationären Arbeitsmodellen mit.

Betroffene und Angehörige bringen ihre Erfahrungen und das spezifische Wissen aus persönlichem Erleben ein.

LaienhelferInnen bringen ihre Lebenserfahrung und ihre menschliche Fähigkeit mit, anderen Menschen in schwierigen Situationen zuzuhören, Sicherheit zu vermitteln, für sie da zu sein und Zeit zu haben.

Allen gemeinsam ist die Bereitschaft, sich auf den jeweils individuellen Prozess einer jeden Krise einzulassen und mit den Betroffenen gemeinsam und immer wieder neu Wege der Krisenbewältigung zu finden und zu erfinden. (Abschnitt 9)

Innovation in der gemeindepsychiatrischen Versorgung:

Hometreatment und Krisenpension ist ein Modell, das erstens historische und internationale Erfahrungen außerstationärer Begleitung, zweitens das immer wichtiger gewordene Betroffenen- und Angehörigenwissen und drittens die vorhandene professionelle Kompetenz erfahrener HelferInnen mit dem konkreten Bedarf unseres Versorgungssystems in einer verbindlichen Struktur zu einem nutzbaren Angebot verbindet.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, durch die Änderung der §§ 140 a ff SGB V bereits den Rahmen geschaffen, um die bestehende Versorgungslücke zu schließen. Es gibt allerdings bislang keine Umsetzung in die Praxis. Mit dem Projekt **Krisenpension und Hometreatment** sollen neue Strukturen und Kooperationen erprobt werden. Hier soll also auch ein Modell entstehen, das diese im Gesetz vorgesehenen Neuerungen möglich macht. (Abschnitte 1 und 3)

Projektbeschreibung

Krisenpension und Hometreatment

Inhaltsübersicht

1. Ziele des Projektes	S. 1
2. Internationale Erfahrungen	S. 2
3. Zur Versorgungssituation in der Bundesrepublik, speziell Berlin	S. 2
4. Der Trägerverbund	S. 4
5. Projektaufbau	S. 4
6. Zielgruppe	S. 6
7. Krisenverständnis	S. 8
8. Begleitung	S. 9
9. Das Team	S. 11
10. Qualitätssicherung	S. 11

PROJEKTDESCREIBUNG

1. Ziele des Projektes

Das Projekt verbindet zwei neue, außerstationäre intensive und flexible Begleitungsangebote für Menschen in schweren psychischen Krisen oder akuten Phasen psychotischen Erlebens: **Hometreatment und Krisenpension.**

Dieses Modell stellt einen Baustein der psychiatrischen Versorgung dar, der die Umsetzung des in der Psychiatrie-Enquete von 1975 formulierten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ auch für Menschen in schweren und psychotischen Krisen erlaubt.

Es versteht sich als Ergänzung der bestehenden Versorgung in der Lücke zwischen der stationären Behandlung in der Klinik auf der einen Seite und der ambulanten und komplementären Behandlung und Betreuung, wie sie von niedergelassenen Ärzten, von therapeutischen Wohngemeinschaften, der Einzelfallhilfe, dem Krisendienst und vergleichbaren Hilfsangeboten geleistet wird, auf der anderen Seite.

Diese Lücke entsteht für Nutzer/Klientinnen und deren Angehörige erfahrungsgemäß dann, wenn eine Krise oder akute psychotische Phase von den vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen und dem sozialen Umfeld nicht mehr aufzufangen ist, weil vor allem die erforderliche Intensität einer umfassenden und flexiblen Hilfe durch die bestehenden Einzelangebote nicht mehr abgedeckt werden kann, ein Klinikaufenthalt aber nicht gewünscht ist, abgelehnt wird und/oder durch einen solchen keine Besserung zu erwarten ist.

Das seit der Psychiatrie-Enquete entwickelte sozialpsychiatrische System hat bislang noch nicht die Fähigkeit entwickelt, das bestehende Defizit auszugleichen und dem berechtigten Interesse von Betroffenen und Angehörigen an einer Alternative zu unerwünschten Klinik-Einweisungen und Zwangsunterbringungen gerecht zu werden. Auch wenn HelferInnen und ÄrztInnen aus allen beteiligten Einrichtungen die Notwendigkeit einer flexiblen und intensiven, an den Ressourcen und Wünschen der Betroffenen orientierten Hilfe immer öfter erkennen und über die nötigen Kompetenzen verfügen, verhindert das fragmentierte System der Einzelangebote regelmäßig eine adquate außerstationäre Begleitung akuter und betreuungsintensiver Krisen.

An dieser Stelle bietet das Projekt **Hometreatment und Krisenpension** ein Konzept, das erstens historische und internationale Erfahrungen auerstationrer Begleitung, zweitens das immer wichtiger gewordene Betroffenen- und Angehrigenwissen und drittens die

vorhandene professionelle Kompetenz erfahrener HelferInnen mit dem konkreten Bedarf unseres Versorgungssystems in einer verbindlichen Struktur zu einem nutzbaren Angebot verbindet.

Hometreatment und Krisenpension bietet die Möglichkeit der Begleitung von Menschen in schweren psychischen Krisen und akuten Psychosen durch ein multiprofessionelles Team – entweder in der eigenen Wohnung (Hometreatment) oder in einer eigens für das Durchleben einer Krise eingerichteten Wohnung (Krisenpension). Das Angebot gilt auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen. Das Projekt wird von Professionellen, Psychoseerfahrenen und Angehörigen gemeinsam geplant und durchgeführt (Trialog) und greift auf Begleitungskonzepte der Soteria-Projekte in den USA und der Schweiz sowie auf milieutherapeutische Ansätze und das Need-adapted Treatment aus Skandinavien zurück.

2. Internationale Erfahrungen

Internationale Evidenz basierte Studien beschreiben hauptsächlich integrierte Versorgungsmodelle für die außerstationäre Behandlung und Betreuung von psychisch beeinträchtigten Menschen als wirkungsvoll, um die Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Dazu gehören „Case Management“ (CM)¹, „Assertive Community Treatment“ (ACT)², „Community Mental Health Teams“ (CMHTs)³, „Crisis Intervention“⁴. Trotz der Heterogenität der Modelle haben alle diese Dienste wesentliche gemeinsame Merkmale⁵:

- „Non-Hospital Settings“ für akute psychiatrische Behandlung, möglichst zu Hause
- Multiprofessionelle und mobile Teams mit FachärztInnen
- Verantwortung sowohl für die Behandlung als auch für die Betreuung
- Niedrigschwellige, flexible und aufsuchende Arbeit
- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betroffenen bei vielen Diensten.

3. Zur Versorgungssituation in der Bundesrepublik, speziell Berlin

In der Bundesrepublik legte die Sachverständigen-Kommission 1975 den Bericht⁶ über die Lage der Psychiatrie in Deutschland vor⁷. Als Rahmenbedingung für eine Psychiatriereform

¹ Thornicroft G. (1991) „The concept of case management for long term mental illness.“ *International Review of Psychiatry*. 3: 125-132.

² Marshall M., Lockwood A. (1998) „Assertive Community treatment for people with severe mental disorders“ *The Cochrane library*

³ Tyrer P., Coid J., Simmonds S., Joseph P., Marriott S. (1998) „Community mental health team management for those with severe mental illnesses and disorders personality.“ *The Cochrane Library*

⁴ Joy CB., Adams CE, Rice K. (1998) „Crisis intervention for severe mental illness.“ *The Cochrane Library*

⁵ 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

⁶ Bis heute ist dieses die einzige, die gesamte Bundesrepublik umfassende Zustandsbeschreibung der Psychiatrie geblieben.

wurde die gemeindenahe Versorgung festgelegt. Gemäß dem „Psychiatrie–Entwicklungs-Plan (PEP des Landes Berlin von 1996) wird in jedem Bezirk nach § 5 GDG 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. Die niedergelassenen ÄrztInnen sind in der Regel nicht vertreten. Alle Beteiligten bekannten sich zur regionalen gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung gem. § 26 GDG. Es wurde versucht, durch die Einführung des Überleitungsbogens (1997) und darauf folgend des IBRP (2000) die Qualität der Arbeit positiv zu beeinflussen.

Trotz der Fortschritte gibt es schwerwiegende Koordinationsprobleme, vor allem an den Schnittstellen zwischen den stationären und ambulanten Behandlungsangeboten sowie außerstationär zwischen Betreuungsangeboten und ambulanter Behandlung. Einerseits „fallen“ viele schwer psychisch Kranke aus den Versorgungseinrichtungen „heraus“: Sie werden „umhospitalisiert“ oder in Heime⁸ verlegt. Auf der anderen Seite fehlen Alternativen zur Krankenhausbehandlung. Denn im Gegensatz zu anderen Ländern ist in Deutschland eine außerstationäre integrierte gemeindepsychiatrische Versorgung bislang kaum umgesetzt⁹. „Die Zergliederung der psychiatrischen Versorgung in Leistungssektoren“¹⁰ bedingen die Schwierigkeiten in der Koordination und Integration der Hilfen¹¹. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat hier „ein Strukturproblem unseres Gesundheitswesens“¹² erkannt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, durch die Änderung der §§ 140 a ff SGB V, sind nun nicht nur an der Schnittstelle zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenhäusern, sondern auch in der „Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Leistungserbringern“¹³ neue Kooperationsmöglichkeiten entstanden. Der Gesetzgeber hat so bereits den Rahmen geschaffen, um die Lücke zwischen den stationären und den ambulanten Angeboten und deren Finanzierungsarten durch die

⁷ Kulenkampff C. „Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquete-Kommission“. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). *25 Jahre Psychiatrie-Enquete*. Bonn:Psychiatrie Verlag. 2001, Bd. I, 38–43

⁸ Kaiser W., Isemann M., Hoffmann K., Priebe S. „Entlassungen in vollstationäre Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Postskriptum zu Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie“. *Psychiatrische Praxis*. 1999; 26: 22-24

⁹ Haug H.J., Rössler W.(1999) „Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe“. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 249:115-122

¹⁰ Melchinger H., Machleidt W., Rössler W. (2003) „Psychiatrische Versorgung. Ausgaben auf den Prüfstand.“ *Deutsches Ärzteblatt*. November, 11: 499-500,S. 499

¹¹ *ibid.*

¹² Redaktionsbüro GESUNDHEIT – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. „Gesundheitsversorgung im Aufbruch. Was ist, was kann, was leistet integrierte Versorgung? Verfügbar unter www.die-gesundheitsreform.de, 07.02.2005

¹³ *ibid.*, S. 3

Krankenkassen einerseits und die Sozialämter andererseits zu schließen. Es gibt allerdings bislang keine Umsetzung in die Praxis.

Mit dem Projekt **Krisenpension und Hometreatment** soll die Lücke tatsächlich geschlossen werden.

4. Der Trägerverbund

Verschiedene Träger und Organisationen, die in der gemeindepsychiatrischen Arbeit im Bezirk Tempelhof-Schöneberg etabliert sind (Pinel-Gesellschaft, Einzelfallhilfe e.V., Freiraum e.V., Lesben- und Schwulenberatung), Betroffenen- und Angehörigenvertretungen (Landesarbeitsgemeinschaft Berlin der Psychiatrie-Betroffenen, Angehörigenverband Berlin) und andere Institutionen gründen gemeinsam durch den Beitritt zu einem Kooperationsvertrag den neuen Träger „**Hometreatment und Krisenpension**“.

So fließen in die Planung, den Prozess der Umsetzung und schließlich in die konkrete (Krisen-)Arbeit alle relevanten Kompetenzen und Erfahrungen ein. Die im Bezirk langjährig arbeitenden Träger kennen die Möglichkeiten und Grenzen der bestehenden Versorgung und des eigenen Angebotes. So bietet deren Kooperation die Möglichkeit, das geplante Angebot so genau wie möglich in den Bedarf des Bezirkes einzupassen. Sie kennen eine Vielzahl der KlientInnen und können ihre Kontakte zum psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz und zueinander nutzen und die Erfahrungen und Bedürfnisse der NutzerInnen einbeziehen.

5. Projektaufbau

Das **Hometreatment** (häusliche Behandlung/Begleitung) und die **Krisenpension** werden in einem Projekt zusammengefasst. Das in beiden Bereichen eingesetzte **mobile Team** und die gemeinsame Organisation gewährleisten die personelle Kontinuität und die Flexibilität in der Begleitung. So entsteht die Möglichkeit, umgehend auf eine Krise zu reagieren und auf den individuellen Bedarf abgestimmt eine Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten. Ein reibungsloser Wechsel zwischen intensiver Begleitung und Eigeninitiative, dem Ort der Begleitung und den Bezugspersonen oder anderen stabilisierenden Faktoren erlauben es, die notwendigen Hilfen auch während des Krisenbewältigungsprozesses kontinuierlich zu überdenken und ggf. anzupassen.

Das Projekt ist rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche erreichbar. Beim ersten Kontakt, der erfahrungsgemäß telefonisch erfolgt, wird vereinbart, wo und mit welchen Beteiligten ein erstes Treffen stattfindet. Hier wird entschieden, ob Krisenpension und Hometreatment als geeignetes Angebot in der vorliegenden Situation erscheint.

MitarbeiterInnen, Betroffene und ggf. Familienangehörige, andere Bezugspersonen oder HelferInnen planen gemeinsam erste Schritte, Rahmen und Details der Unterstützung.

Hometreatment:

Bei der Begleitung zu Hause sollen so umfassend wie möglich alle Umfeldressourcen mit einbezogen werden. Die MitarbeiterInnen begleiten die KlientInnen im vertrauten Rahmen – oder unterstützen Bezugspersonen bei der Begleitung – je nach Bedarf bis zu 24 Stunden am Tag. In die Planung und Begleitung werden alle Beteiligten integriert. Die MitarbeiterInnen können so auf bekannte Strategien der Betroffenen und deren Umfeld aufbauen und Bewährtes einbeziehen. Betroffene und Angehörige können außerdem im Kontakt und im Austausch mit dem Team neue Strategien aus der akuten Situation entwickeln sowie unerprobte Bewältigungsmethoden erlernen und für die Zukunft nutzen. Durch die gemeinschaftliche Planung und die dauernde Erreichbarkeit können Zeit und Intensität der Begleitung im Verlauf der Krise nah an den jeweils aktuellen Bedarf angepasst werden. So werden sowohl Zeiten entwicklungsbehindernder Überbetreuung als auch verunsichernde Brüche und Lücken beim Abklingen einer Krise vermieden.

Krisenpension:

KlientInnen, deren direktes häusliches Umfeld für die Bewältigung einer Krise insgesamt oder zeitweise nicht hilfreich erscheint, können in der Krisenpension aufgenommen werden. Die Krisenpension ist - orientiert an den Grundgedanken der Milieuthherapie - sowohl durch die Lage im Bezirk wie atmosphärisch ein „alltagsnaher“ Raum, der Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Auch hier wird die Art der Begleitung durch alle Beteiligten gemeinsam geplant. Individuelle Bewältigungsstrategien und stützende Faktoren werden beibehalten und in die Begleitung integriert, unterstützende Bezugspersonen an der Begleitung beteiligt.

Die Krisenpension kann in der Regel für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen sowohl als alleiniger Aufenthaltsort wie als flexible und stundenweise Alternative zur eigenen Wohnung genutzt werden. Grundsätzlich sollen die Verbindung zum bekannten Umfeld, die eigene Wohnung und die sozialen Bezüge erhalten und stabilisierend genutzt werden. Andererseits kann von der Pension aus auch eine als ungünstig und beeinträchtigend empfundene Wohnsituation verändert werden.

In der Pension, einer Wohnung für bis zu vier BewohnerInnen, sind neben Gesprächen und anderen therapeutischen Angeboten sowohl Gemeinschaft wie

Rückzug oder alltägliche Beschäftigungen möglich. Neben Zimmern für jeweils ein oder zwei Personen, Küche und Gemeinschaftsraum steht das sogenannte „weiche Zimmer“ für die intensive Begleitung in reizreduzierter Umgebung zur Verfügung.

Die Teamstärke im Projekt wird der jeweiligen Situation flexibel angepasst. Orientiert am Bedarf jeder BewohnerIn ist eine Mischung oder ein Wechsel zwischen der Krisenpension und dem Hometreatment jederzeit möglich.

6. Zielgruppe

Die Zielgruppe des Projektes sind Menschen in schweren psychischen Krisen oder akuten Phasen psychotischen Erlebens, die stationäre Behandlung nicht wünschen oder bei denen andere Gründe vorliegen, die einen stationären Aufenthalt unangemessen oder ungünstig erscheinen lassen, wie

- Menschen, die wiederkehrendes psychotisches Erleben gut selbst einschätzen können und einen klar definierten, intensiven Unterstützungsbedarf formulieren
- Menschen in traumatisch bedingten Krisen mit erhöhtem Bedarf an eine ruhige, überschau- und kontrollierbare Umgebung
- Menschen in akuten Lebenskrisen ohne pathologische Relevanz
- Jungen Menschen mit erstem psychotischen Erleben, für die eine Hospitalisierung ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko darstellt, bzw. eine unnötige Stigmatisierung bedeutet
- Menschen mit wiederkehrendem psychotischen Erleben, bei denen durch stationäre Behandlung insgesamt keine Besserung erreicht wurde
- Menschen in einer der o.g. Krisen, deren soziale Bezüge, Wohnung, Lebensraum und Alltagsstruktur (oder einzelne dieser Faktoren, die stationär nicht oder weniger nutzbar sind) als positive Faktoren zur Bewältigung der Krise einzuschätzen sind bzw. bei denen ein Bruch mit diesen unterstützenden Ressourcen die Situation weiter verschlechtern würde
- Menschen in einer der o.g. Krisen, deren Umfeld zur Verschlechterung der Situation beiträgt, bei denen jedoch kein anderer Einweisungsgrund vorliegt (Krisenpension).

Eine wesentliche Voraussetzung für das Bewältigen einer Krise ist die aktive Mitarbeit und damit die positive Einstellung der Betroffenen zum Unterstützungs- oder Behandlungsangebot – sei es eine Behandlung in der Klinik oder eine außerstationäre Begleitung. So werden Menschen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht auf den Rahmen einer stationären Behandlung einlassen können, außerstationär eine bessere

Prognose zur Überwindung der Krise haben. An wichtiger Stelle steht mithin auch die Frage, welche Art der Begleitung/Behandlung Betroffene für sich als hilfreich einschätzen.

Persönliche Gründe für die Ablehnung stationärer Behandlung können sein:

- Angst vor Zwangsbehandlung
- Wunsch nach kleinem Rahmen, überschaubarer Umgebung
- Wunsch nach mehr Einflussmöglichkeiten auf Behandlung/Begleitung
- Schlechte Erfahrung in der Vergangenheit
- Schwellenängste vor klinischen Institutionen
- Angst vor Stigmatisierung
- Misstrauen gegenüber medizinischer Behandlung.

KlientInnen stellen den Kontakt zum Projekt her:

- Aus eigener Motivation
- Auf Empfehlung von Angehörigen, Bezugspersonen, gesetzlichen BetreuerInnen, Haus- oder FachärztInnen
- Über den Sozialpsychiatrischen Dienst
- Über den Berliner Krisendienst
- Nach stationärem Aufenthalt auf Empfehlung der Klinik
- Durch Vermittlung anderer Projekte und Einrichtungen der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung

Ausschluss:

- Menschen, bei denen eine Suchterkrankung oder eine organische Ursache für die Krise im Vordergrund stehen.

7. Krisenverständnis

Im Lebensalltag verfügt jeder Mensch über Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten und Herausforderungen umzugehen, ohne aus seinem psychischen Gleichgewicht zu geraten. Erst wenn die Probleme unlösbar erscheinen, weil die Anforderungen von außen so groß und massiv erlebt werden oder/und bislang bewährte Umgangsweisen nicht helfen (darüber

nachdenken, mit Vertrauten sprechen, darüber schlafen, Alternativen entwickeln ...) gerät ein Mensch in eine Krise, die als bedrohlich erlebt wird.

Krisen treffen Menschen, die aufgrund ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung bereits psychisch beeinträchtigt sind, in besonderer Weise. Die erhöhte Vulnerabilität (Verletzbarkeit) lässt manchmal Ereignisse zu einem Krisenauslöser werden, die von außen betrachtet eher als geringfügig eingestuft würden.

Der Personenkreis, für den aufgrund der vorliegenden Erfahrungen vorrangig ein Bedarf nach einer Krisenbegleitung besteht, verfügt oftmals nur über eingeschränkte Bewältigungsmechanismen für neue Anforderungen. Äußere Umstände und/oder innerpsychische Veränderungen werden als bedrohlich erlebt und lassen die bisherige Lebensperspektive und das erworbene Wertesystem als brüchig erscheinen.

Denken und Wahrnehmung sind eventuell ebenso eingeeengt wie die Möglichkeiten sozialer Kontaktaufnahme. Dies kann bei jedem Menschen – ob mit oder ohne „Krankengeschichte“ – zu einer existentiellen Verzweiflung am Leben führen. Die Einengung kann sich bis zu Suizidgedanken und konkreten Suizidabsichten zuspitzen.

Je nach persönlicher Vorgeschichte reagieren Menschen in einer Krise mit unterschiedlichen, oft inädaquaten Bewältigungsversuchen. In diesem Sinne sind auch psychotisches Erleben oder selbstverletzendes Verhalten als Teile von Verhaltensmustern zu verstehen, die dazu dienen sollen, unaushaltbare Situationen erträglich zu machen.

Krisenhaftes Erleben und Verhalten sowie die wiederholte Erfahrung von Krisen gewinnen jedoch auch eine problemverschärfende Eigendynamik, die das krisenhafte Geschehen für Betroffene wie für die Außenstehenden leicht als unkontrollierbare Krankheit erscheinen lässt.

Demgegenüber gilt unser Verständnis von Krise für alle Menschen als eine zum Leben gehörende Erfahrung, die für sich genommen kein pathologisches Phänomen darstellt. Vielmehr entscheidet sich in der Bearbeitung der Krise, ob es zu einer (erneuten) Psychiatrisierung bzw. Chronifizierung von psychischem Leid kommt, oder ob die in einer Krise stets vorhandenen Potentiale für eine Neubestimmung von Lebensinhalten genutzt werden können.

Im Zentrum der Krisenbegleitung stehen deshalb zum einen der Krisenhintergrund (biographische und situative Faktoren, die eine erhöhte Verletzbarkeit erklären können) und der aktuelle Auslöser der Krise, zum anderen die individuellen Ressourcen (stärkende und stützende Eigenschaften, Beziehungen und Umstände). Darauf aufbauend können gemeinsam sowohl ein Verständnis der Situation als auch mögliche Auswege erarbeitet werden.

Symptome werden hier nicht als die Krise selbst, sondern als individueller Ausdruck von Überlastung verstanden, der wichtige Hinweise für einen möglichen Zugang und für Lösungsansätze birgt. So steht im Vordergrund nicht, die Symptome möglichst schnell zu beseitigen, sondern die Begleitung durch die Krise mit dem Ziel, äußere und innere Faktoren, die das krisenhafte Erleben und Verhalten begünstigt haben, neu zu ordnen.

Die konsequente Beteiligung der KlientInnen am Prozess der Krisenbewältigung und der Rückgriff auf individuelle Bewältigungsstrategien fördert die Fähigkeit, zukünftigen Belastungen selbstbewusster zu begegnen. Der verstehende Zugang soll ein besseres Kennenlernen der eigenen Möglichkeiten und Grenzen ermöglichen, frühes Erkennen von Überlastungssymptomen sowie eine bessere Organisation von Anforderungen und Ressourcen fördern und damit weiteren Krisen vorbeugen.

8. Begleitung

Kern des Modells ist das Konzept der **Begleitung**. Es ist eine Verbindung aus dem „Being with“ und Prinzipien der Milieuthherapie. Die Grundhaltung ist ressourcenorientiert, aktivierend und von einem verstehenden Zugang der Wertschätzung und des partnerschaftlichen Umgangs miteinander geprägt.

Being with / Dabei-Sein

Vorbild der außerstationären Psychose- und Krisenbegleitung ist das Konzept des „Dabei-Seins“, wie es zuerst von dem kalifornischen Psychiater Lauren Mosher entwickelt wurde und bis heute in verschiedenen europäischen und US-amerikanischen Projekten praktiziert wird. Das zentrale Element ist die tatsächliche und dauernde Anwesenheit von HelferInnen, die im Wortsinn in physischer und psychischer Nähe durch die Krise begleiten sollen. Die BegleiterInnen fühlen sich zum einen in das Erleben der KlientInnen ein, begeben sich mit auf deren Weg des kritischen Erlebens und stellen zum anderen die sichernde Rückbindung zur gemeinsamen Realität her. Sie lassen Gesprächs- und Rückzugswünsche zu und unterstützen auch durch nonverbale Praktiken, wie Nähe oder haltende, beruhigende und versichernde Präsenz.

Ressourcenorientierung

Hier liegt der Gedanke zugrunde, dass gerade in einer Krisensituation, die an sich schon eine existentielle Verunsicherung darstellt, alle Lebensbereiche, Eigenschaften und Beziehungen, die stabilisierend wirken und Sicherheit und Kontinuität vermitteln können, gestärkt werden sollen. Das vertraute Wohnumfeld, der Kontakt zu vertrauten Menschen, eigene Alltagsrituale und die gewohnte Tagesstruktur sind dabei ebenso wichtig wie

individuelle Stärken und Fähigkeiten. In all diesen Bereichen finden sich die Potentiale, die zur Bewältigung einer Krise mobilisiert und genutzt werden können. Die Erhaltung stützender Strukturen und Beziehungen betont die eigene Kompetenz zur Überwindung der Krise.

Milieutherapeutischer Ansatz

Grundgedanke der Milieutherapie ist, dass neben gezielten therapeutischen Settings oder der Pharmakotherapie alle umgebenden Faktoren wie Räume, Menschen, Atmosphäre, Tagesstruktur und gleichberechtigte und klare Kommunikationsstrukturen im Team und zwischen HelferInnen und KlientInnen wichtigen Einfluss auf die Menschen nehmen. Bewusst gestaltet haben diese Faktoren eine entscheidend positive therapeutische Wirkung.

Aktivierung und Beteiligung an der Hilfeplanung

Bereits der Prozess der gemeinsamen Planung und des Aushandelns der konkreten Begleitung ist Teil der Aktivierung: Funktionierende Anteile und die eigene Verantwortung werden gestärkt, das Gefühl, passiver Gegenstand einer nicht beeinflussbaren Behandlung zu sein, dagegen vermindert. In Gesprächen und im gemeinsamen Handeln sowie in der konsequenten Beteiligung an den alltäglichen Anforderungen werden verbliebene Verbindungen zur gemeinsamen Realität sowie zu den eigenen Stärken und Fähigkeiten erhalten und ausgebaut.

Medikamente

Mit der Möglichkeit, Psychosen begleitet zu hause oder in der Krisenpension durchleben zu können, geht der zurückhaltende Umgang mit Medikamenten einher. Informationen über Möglichkeiten, Grenzen und Risiken sowie die ärztliche Begleitung im Projekt bilden die Grundlage, um einen individuellen und selbstbestimmten Weg gemeinsam mit allen Beteiligten zu erarbeiten. Dabei werden die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen und Bezugspersonen und das Fachwissen und die Erfahrungen der MitarbeiterInnen über alles, was bereits als hilfreich erlebt wurde oder vorstellbar ist, genutzt.

9. Das Team

Im trialogisch und multiprofessionell besetzten Team werden die relevanten Kompetenzen durch verschiedene Gruppen vertreten.

Professionelle HelferInnen: SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und andere vergleichbar Qualifizierte bringen das professionelle Wissen ihrer Berufsgruppen sowie Erfahrung in der Krisenarbeit und Psychosebegleitung aus verschiedenen außerstationären Arbeitsmodellen mit. Sie sind offen für die unterschiedlichen Formen der Unterstützung und Begleitung. Der theoretisch und methodisch integrative Ansatz bietet Raum für die Vielfalt an

therapeutischen Angeboten, die die individuelle Bearbeitung einer Krise ermöglicht. Denn nicht jeder Klientin/jedem Klienten hilft in einer Krise dasselbe. Elemente der Gestalt- und Systemtherapie, des Being with (Dabei-Sein) und der Milieutherapie sowie der Medizin und alternativen Medizin, Entspannungstechniken, Atemarbeit und Psychoedukation ergänzen sich zu einem breiten und flexiblen Angebot.

Betroffene und Angehörige bringen ihre Erfahrungen und das spezifische Wissen aus persönlichem Erleben ein. Auf Grundlage ihrer Auseinandersetzung mit eigenen Psychose- und Krisenerfahrungen und der Arbeit in Gruppen und Verbänden haben sie eigene Positionen und Anforderungen an die Krisenarbeit formuliert, die die konsequente Beteiligung und Selbstbestimmung der KlientInnen fordern. Auf die Bedürfnisse der KlientInnen können sie in der konkreten Begleitung aus der Perspektive selbst bewältigter Krisen und eigener Erfahrung mit unterschiedlichen Hilfeangeboten eingehen.

LaienhelferInnen bringen ihre Lebenserfahrung und ihre menschliche Fähigkeit mit, anderen Menschen in schwierigen Situationen zuzuhören, Sicherheit zu vermitteln, für sie da zu sein und Zeit zu haben. Sie können im Alltag begleiten und ihr eigenes In-der-Welt-Sein als sicheren Bezug anbieten.

Alle gemeinsam haben die Bereitschaft, sich auf den jeweils individuellen Prozess einer jeden Krise einzulassen und mit den Betroffenen gemeinsam und immer wieder neue Wege der Krisenbewältigung zu finden und zu erfinden. Die Reflektion der eigenen Arbeit, das Ernstnehmen anderer Perspektiven und das Interesse, von anderen zu lernen, sind wesentliche Teile der Teamarbeit.

10. Qualitätssicherung

- Transparenz der Arbeit durch regelmäßige Arbeits- und Teambesprechungen
- Supervision
- Dokumentation
- Fortbildung
- Wissenschaftliche Begleitung
- Die beständige Reflektion des eigenen Herangehens im Team und in Auseinandersetzung mit den verschiedenen vertretenen methodischen Ansätzen
- Systematische Auswertung der Rückmeldungen durch KlientInnen, Angehörigen und anderen Einrichtungen.