

zurück. Wenn ich als niedergelassener Arzt politisch aktiv werde, so hat dies sofort einen negativen Einfluß auf meine Praxis. Jede Sitzung in einem Gremium führt zu hohen Ausfallkosten in der Praxis. Es wird auch wenig Rücksicht genommen auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Nervenärzte. Beispielweise veranstaltet die Aktion Psychisch Kranke in allen neuen Bundesländern Seminare zum Erfahrungsaustausch. Auf ausdrücklichen Wunsch der Bundesgesundheitsministerin sollen daran auch niedergelassene Nervenärzte mitwirken, zumal diese ja die Hauptlast der ambulanten psychiatrischen Versorgung tragen sollen. Die Seminare sind thematisch aber primär auf die Bedürfnisse im stationären und komplementären Bereich, nicht aber auf eine möglichst progressive Organisation der ambulanten Versorgung unter Einbeziehung der Nervenärzte im Sinne von berufsgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen aufgebaut.

Zudem finden sie mit Rücksicht auf die in der Klinik tätigen Ärzte und Kollegen an Wochentagen statt, was für den am Seminar teilnehmenden Nervenarzt jeweils heißt, an diesem Tag die Praxis zu schließen. Der Klinikbetrieb dagegen läuft weiter, auch ohne den Chefarzt oder Oberarzt oder Mitarbeiter, der am Seminar teilnimmt.

Widerstand gegen die eigene Selbstüberschätzung

Einen ganz anderen Aspekt von Widerstand möchte ich nun anführen. Ich meine den Widerstand gegen unsere eigene Selbstüberschätzung. Ich stehe dazu, daß niedergelassene Nervenärzte aufgrund ihrer Qualifikation und Ausbildung eine zentrale koordinierende Funktion im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung haben. Ich will hier durchaus auch ohne Selbstüberschätzung von einem Fundament der ambulanten Behandlung sprechen. Die niedergelassenen Nervenärzte sollen die körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte der Erkrankung zumindest zusammenschauen können. Sie sollten aber auf

jeden Fall der Versuchung widerstehen, diese drei Aspekte des Krankseins ebenso wie die Förderung aller gesunden Anteile in diesen drei Bereichen selbst zu erfassen, geschweige denn, selbst zu übernehmen. Statt dessen ist Teamarbeit angesagt.

Widerstand und Anpassung des Nervenarztes an die westliche Leistungsgesellschaft

Ich habe schon einleitend betont, daß ich zu einer Gesellschaft stehe, die die Leistung des einzelnen honoriert, daß ich gegen globale Lösungen bin, sozusagen soziale oder sozialistische Zwangsbeglückung an den Bedürfnissen, Möglichkeiten und Chancen vorbei. Die sozialistischen Diktaturen haben ja eine Lösung dieser sozialen Fragen versprochen und sind dann an ihren Lösungsversuchen allesamt gescheitert. Mehr noch, man muß den sozialistischen Diktaturen anlasten, daß sie durch die Aufblähung des ideologischen Ost-West-Konfliktes die ehrliche Auseinandersetzung mit dem Zwiespalt leistungsorientierte, auf das Individuum zentrierte Gesellschaft einerseits und soziale Probleme andererseits behindert haben. Wir Nervenärzte sind wegen der psychischen Folgen sozialer Probleme besonders mit der sozialen Frage konfrontiert. Insofern sehen wir im kleinen tagtäglich die Probleme, die sich im größeren Rahmen wiederholen, sei es in den Beziehungen zwischen Einwohnern der ehemaligen DDR und der ehemaligen Bundesrepublik, sei es im Vergleich

zwischen den Ostblockländern einerseits und dem neuen Gesamtdeutschland andererseits oder sei es im Vergleich der nördlichen mit den südlichen Staaten der Erde. Wenn Sie mich fragen, wie ich mir hier eine Lösung vorstelle, dann kann ich nur auf den Dichter Heiner Müller verweisen, der auf einer Podiumsdiskussion kurz vor den Bundestagswahlen im Dezember 1990 auf die Frage, wie Deutschland in Zukunft aussehen solle, antwortete: „Ich weiß nicht“. Ich weiß nur, daß auch zukünftig globale Lösungen widerstanden werden muß. Widerstand ist aber auch nötig gegen eine ausschließliche Leistungsgesellschaft, statt dessen kreative Anpassung oder Adaptation, ich will eher sagen, Offenheit für den anderen Menschen und damit für die soziale Frage. Wir müssen also miteinander reden, wie wir es in diesen Tagen hier versuchen.

Dr. med. Ulrich Hutschenreuter
Nervenarzt-Psychotherapie
Diplom-Psychologe
Saarbrücker Str. 266
W-6602 Saarbrücken-Dudweiler

(Ergänzte Fassung eines Vortrages anlässlich der 6. Jahrestagung der Lausitzer Gesellschaft für psychosoziale Medizin zu dem Thema: Psychosoziale Medizin zwischen Widerstand und Anpassung — Zwei unterschiedliche Wege in Deutschland? vom 25. bis 27. Oktober 1991 in Cottbus, Congreßzentrum)

Eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle in Berlin — Arbeitsweise und Nutzung

K. HOFFMANN¹⁾, S. PRIEBE²⁾, B. PROSKE¹⁾, D. SCHEYTT¹⁾

Zusammenfassung

Berichtet wird über Entwicklung, Arbeitsweise und Frequentierung einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle, die seit 1983 im Berliner Bezirk Charlottenburg betrieben wird. Neben Zeiten der offenen Begegnung werden Gruppenaktivitäten und Bera-

tungen angeboten. Diese Angebote werden vorwiegend von chronisch psychisch Kranken genutzt. Innerhalb von sechs Monaten suchten 309 Personen bei insgesamt fast 4 000 Kontakten die Kontaktstelle auf. Die bisherigen prak-

(Fortsetzung Seite 104)

(Fortsetzung von Seite 106)

tischen Erfahrungen (Akzeptanz der Angebote einschließlich der integrierten Beratungsformen, Förderung von Selbsthilfepotentialen, Teamarbeit) werden dargestellt und diskutiert.

Einleitung

Vor nunmehr anderthalb Jahrzehnten wurde die Erprobung von einzelnen Einrichtungen im Rahmen des Modellverbundes „ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosoziale Versorgung“ durch die Bundesregierung beschlossen (1). Ein Typ dieser neuen Modelleinrichtungen war die „Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle“. Sie sollte im Vorfeld der im engeren Sinne psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung angesiedelt sein und schwerpunktmäßig präventive Aufgaben in Zusammenarbeit mit der Bevölkerung wahrnehmen. Bei akuten Krisensituationen sollte sie Beratung anbieten, bei bestehenden psychischen Erkrankungen eine Weitervermittlung in entsprechende Fachdienste gewährleisten und zur Kooperation und Koordination der bestehenden Einrichtungen eines Standardversorgungsgebietes beitragen. In der praktischen Erprobung der ersten Modellberatungsstellen zeigte sich jedoch recht bald, daß dieses kurz skizzierte Aufgabenprofil den Anforderungen und Problemen der täglichen Praxis nicht gerecht wurde. In den neueren „Empfehlungen der Expertenkommission“ werden deshalb „Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion“ anders konzipiert, nämlich als „ambulante Versorgungseinrichtungen, die ... ein therapeutisches Instrumentarium zur Rückfallverhütung, zur Stabilisierung und Besserung des Zustands insbesondere chronisch psychisch Kranker darstellen“ (3). Die Einordnung der Kontaktstellen als psychiatrische Nachsorgeeinrichtung impliziert entsprechende Aufgabenfelder wie die Beratung von psychisch Kranken und Behinderten sowie deren Angehörigen, das Angebot von Hilfen zur Tagesstrukturierung sowie arbeits- und beschäftigungstherapeutische

Maßnahmen und klammert folgerichtig Aufgaben im rein präventiven Bereich aus (3, 10).

In Berlin sind Kontakt- und Beratungsstellen inzwischen zu einem festen Bestandteil der psychosozialen Angebotspalette geworden (9).

Wie wird die Arbeit einer Kontaktstelle in einem Großstadtbezirk konkret gestaltet, und wie werden die Angebote genutzt? Im folgenden wollen wir Arbeitsweise und Erfahrungen einer psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle im Berliner Bezirk Charlottenburg schildern¹⁾.

Rahmenbedingungen und Leitlinien

Der „Treffpunkt Klausenerplatz“ entstand auf Initiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Bezirk in Zusammenarbeit mit einem gemeinnützigen Verein, der die Trägerschaft übernahm. Dieser Verein (Platane 19 e. V., Verein zur Wiedereingliederung psychisch Kranker) ist assoziiert mit der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin, die in modellhafter Weise eine gemeindenahere Versorgung mit teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten in Charlottenburg aufgebaut hat (2). Der „Treffpunkt“ arbeitet in einem Bezirk, der über ein relativ gut differenziertes und dichtes Angebot psychiatrischer Versorgungseinrichtungen und anderer Beratungsstellen verfügt.

Im „Treffpunkt“ sollten spezielle Angebote für chronisch psychisch Kranke und dabei insbesondere Hilfen zur Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung entwickelt werden. Darüber hinaus sollten Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, die aufgrund sozialer Probleme, körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen oder belastender Lebensereignisse eine professionelle Beratung und Hilfe wünschen. Schließlich sollten auch andere Menschen, die vorwiegend Kontakt und Begegnung suchen, an den allen offenstehenden Angeboten und Aktivitäten des „Treffpunkts“ teilnehmen können.

Die praktische Arbeit begannen wir in einer sanierungsbedürftigen Ladenwohnung im Charlottenburger „Kiez“ mit jeweils dreistündigen Öffnungszeiten werktags ohne zusätzliche Beratungs- oder Gruppenangebote. Anfangs kamen überwiegend Menschen mit einer langen psychiatrischen Krankheitsgeschichte. Nach einem Umzug in neue und hellere Räume bekam die Kontaktstelle in der Öffentlichkeit ein seriöseres Image und rückte etwas vom „Schmuddelmilieu“ des alten Ladens ab. Hierdurch bedingt kamen erstmals auch Beratungsklienten ohne psychiatrische Vorgeschichte in die Einrichtung. Die jetzigen Räume können wir uns aufgrund der Mietentwicklung in Berlin aber nicht mehr leisten und müssen erneut umziehen. Wahrscheinlich werden sich Atmosphäre und Milieu in Abhängigkeit von den neuen Räumlichkeiten wieder ändern.

Die ursprüngliche Personalausstattung von 1 1/2 Stellen wurde auf 3 1/2 feste Mitarbeiterstellen erhöht, zeitweilig ergänzt durch Honorar- und ABM-Kräfte. Sach- und Personalkosten werden vom Berliner Senat für Gesundheit getragen.

Das Arbeitskonzept der Kontakt- und Beratungsstelle wird durch folgende Leitlinien bestimmt:

- Die Kontaktstelle soll ein niedrigschwelliges Angebot für Menschen darstellen, die den Weg in traditionelle Einrichtungen meiden und bürokratische Hindernisse scheuen.
- Die Angebote der Kontaktstelle sollen sich weitgehend an den Bedürfnissen und Interessen der Besucher orientieren und von diesen aktiv mitgestaltet werden.
- Die Beratung ist weitgehend in die allgemeinen Öffnungszeiten integriert und erfolgt — soweit möglich — in der offenen Runde.
- Es werden keine Diagnosen im herkömmlichen Sinne gestellt. Der

Umgang mit den Besuchern soll nicht im Sinne einer üblichen Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten gestaltet werden. Bewußt wird deshalb — auch bei Besprechungen der Mitarbeiter untereinander — das Wort „Besucher“ und nicht „Patient“ verwendet.

- Es gibt keine Aktenführung; auf Wunsch können die Besucher anonym bleiben.
- Vertraulichkeit wird zugesichert; ohne Einwilligung der Betroffenen findet kein Informationsaustausch mit anderen Institutionen statt.

Praktische Arbeit

Außer sonnabends ist der „Treffpunkt“ an jedem Tag für drei Stunden für alle Besucher geöffnet, wobei von den Mitarbeitern mindestens zwei anwesend sind. Die einzigen vorgegebenen Regeln innerhalb dieser offenen Begegnungszeiten sind, daß weder Alkohol noch illegale Drogen oder Gewalt erlaubt sind. Hauptkennzeichen sind Lebendigkeit und das Nebeneinander von verschiedenen Aktivitäten und Interaktionen. Eine typische Situation mag folgendermaßen aussehen:

Im hinteren Raum — der „Wohnküche“ — haben sich an dem ovalen Küchentisch sieben Besucher zu einer Runde zusammengesetzt. Gesprächsthema ist Herr S., ein Besucher, der in letzter Zeit häufig durch ununterbrochenes, lautes Reden störend aufgefallen ist. Das Gespräch der Besucher dreht sich zunächst um die Frage, ob die Mitarbeiter nicht gegen diesen Störenfried einschreiten könnten, bis hin zu der Überlegung, ob Herr S. Hausverbot bekommen sollte. Ein Mitarbeiter sitzt dabei und teilt seine Beobachtung mit, daß Herr S. oft durch Provokationen anderer Besucher zu seinen lauten Reden veranlaßt wird. Am Herd sind zwei Besucher damit beschäftigt, Kaffee zu kochen, und verfolgen dabei das Gespräch. Im vorderen, im Stile eines Cafés eingerichteten Raum sitzen an einem Tisch zwei Besucher und spielen Schach. An einem anderen sitzt eine Mitarbeiterin im Gespräch mit Herrn L. Herr L., langjähriger Besucher des „Treffpunkts“, ist alkohol- und medikamentenabhängig, hat in den letzten Tagen eine zunehmende psychotische Symptomatik

entwickelt und fühlt sich bedroht. Gesprächsthemen sind das Ausmaß seiner Ängste und die Frage nach dem möglichen Sinn eines Klinikaufenthaltes. In einem weiteren Raum sitzt Herr M., ebenfalls langjähriger Besucher der Kontaktstelle. Er hat sich von den Mitarbeitern eine Gitarre geben lassen und intoniert in schaurig falschen, nichtsdestoweniger eindrucksvollen Tönen ein Lied. Im Badezimmer ist Frau F. damit beschäftigt, ihre Wäsche in der Waschmaschine zu waschen. Die Tür öffnet sich, zwei neue Besucher betreten den Treffpunkt.

Insbesondere während dieser allgemeinen Öffnungszeiten ist der „Treffpunkt“ ein Ort der Begegnung und des sozialen Lernens. In deutlichem Kontrast zum klassischen Therapiesetting — in dem sich als Problem oft der Transfer des in der Therapie Gelernten in die soziale Realität des Klienten stellt — erfolgt das Lernen hier in einer echten sozialen Situation. Konflikte, z. B. um das Einzahlen in die Kaffeekasse, um das Abwägen unterschiedlicher Interessen und Bedürfnisse oder um Störungen durch unangepasstes Verhalten, müssen in der konkreten Situation bewältigt werden. Die Besucher, von denen einige schon jahrelang daran gewöhnt sind, in einer klassischen Patientenrolle eher passiv eine Behandlung hinzunehmen, sind hier als aktive Gestalter mitverantwortlich für den Ablauf der Öffnungszeiten (4).

Ein wesentliches Moment des Arbeitskonzeptes ist die Integration von Beratungen in die Zeiten der offenen Begegnung. Die Intention, möglichst wenig neue Abhängigkeiten von professionellen Beratern zu schaffen und die Selbsthilfepotentiale und Kompetenzen der Besucher auch für deren gegenseitige Unterstützung nutzbar zu machen und zu fördern, veranlaßt uns, Beratungen vorwiegend in einer offenen Runde bzw. als gemeinsames Gruppengespräch durchzuführen (5). Mit dieser öffentlichen Form der Beratung scheinen die Besucher häufig weniger Schwierigkeiten zu haben als die Mitarbeiter. Insbesondere dann, wenn der „Treffpunkt“ von so vielen Besuchern benutzt wird, daß ein ständig

hoher Geräuschpegel und die allgemeine Unruhe ein sinnvolles Gespräch in der offenen Runde erschweren, ziehen sich die Mitarbeiter mit Besuchern zu Einzelgesprächen zurück.

Während der allgemeinen Öffnungszeiten finden auch nahezu alle Erstkontakte statt, Wartezeiten gibt es nicht. Ein neuer Besucher kann sich über die Angebote des „Treffpunkts“ informieren, ohne sich gleich hinsichtlich einer Teilnahme festlegen zu müssen. Diese Form des unverbindlichen Kennenlernens ermöglicht es, auch Kontakt zu schwerer gestörten Menschen aufzunehmen, die sich nicht schnell auf verbindliche Strukturen einlassen können oder möchten. Über längere Zeit — manchmal mehrere Jahre — hinweg betrachtet, wird aus einer anfänglichen Unverbindlichkeit häufig eine tragfähige Beziehung und Bindung an den „Treffpunkt“ als Ganzes, so daß sich Einflußmöglichkeiten und Chancen zur Veränderung bieten.

Für manche Besucher, vor allem diejenigen, die sich selbst nicht als krank erleben und jede Form herkömmlicher psychiatrischer Behandlung ablehnen, ist der „Treffpunkt“ auch eine soziale Nische, welche zur Stabilisierung beiträgt. Hier ist in bestimmten Grenzen das Anders-Sein, auch das Zurück-Sein, erlaubt und akzeptiert. All jenen, die ohne Arbeit und sozial isoliert leben, bietet der „Treffpunkt“ die Möglichkeit zu Kontakten und ein Mindestmaß an Lebensqualität.

Mögliche negative Aspekte der offenen Arbeit sollen nicht unerwähnt bleiben. So hat der „Treffpunkt“ bei einigen Besuchern dazu beigetragen, sie in ihrer desolaten Situation zu stabilisieren, anstatt gezielt Veränderungen anzustreben. Für akut psychotische Menschen ist der „Treffpunkt“ zumindest in den offenen Begegnungszeiten nicht der angemessene Ort. Die unübersichtliche und unruhige Situation im „Treffpunkt“ ist dann zu wenig strukturiert.

(Fortsetzung auf Seite 113)

(Fortsetzung von Seite 110)

Unabhängig von den offenen Begegnungszeiten bietet der „Treffpunkt“ den Besuchern ein breites Spektrum von Gruppenaktivitäten. Es gibt Gruppen mit kreativen Tätigkeiten (Malen, Musik, Töpfern), lebenspraktische (Kochgruppen, Werken/Reparaturgruppe) und körperorientierte Angebote (Sport/Tischtennis, Atem- und Bewegungsgruppe), einen Spieleabend sowie zwei Gruppen, die sich speziell an Frauen und alte Menschen richten. In Zusammenarbeit mit der Volkshochschule wird ein Englisch-Kurs veranstaltet. Die Gruppen finden wöchentlich statt, sind bis auf zwei Ausnahmen offen und differieren nach dem Grad ihrer Verbindlichkeit. Die Teilnahme ist grundsätzlich kostenlos. Durch das breite Angebot mit derzeit zwölf verschiedenen Gruppen ist es möglich, Besucher mit sehr unterschiedlichen Interessen oder Schwierigkeiten anzusprechen. Manche Besucher nehmen lediglich an einer Gruppe teil, andere beteiligen sich an mehreren Gruppen und nutzen zudem noch die allgemeinen Öffnungszeiten. Für die letzteren kann der „Treffpunkt“ damit in einem zeitlich begrenzten Rahmen die Funktion einer Tagesstätte übernehmen.

Insgesamt haben wir die Erfahrung gemacht, daß die Gruppenangebote eher von den vergleichsweise gesünderen Besuchern genutzt werden, während in den offenen Begegnungszeiten häufig schwerer gestörte Besucher dominieren. Die wenigen und zaghafte Ansätze der Besucher, Selbsthilfegruppen zu bilden (Beispiele waren eine Wandergruppe und eine Kochgruppe), sind letztlich immer wieder gescheitert. Dennoch bleibt festzustellen, daß eine große Zahl von nicht organisierten bzw. nicht formalisierten Selbsthilfeansätzen unter den Besuchern entstanden sind. So gibt es Verabredungen außerhalb des „Treffpunkts“, gemeinsame Aktivitäten wie Spaziergänge oder Ausflüge, eine gegenseitige Unterstützung in Krisen und dauerhafte Freundschaften.

Einmal in der Woche wird außerhalb der allgemeinen Öffnungszeiten ein gesonderter Termin für soziale und

psychologische Beratung angeboten. Diese Beratung wird sowohl von Besuchern der allgemeinen Öffnungszeiten als auch von anderen Menschen aus dem Bezirk wahrgenommen. Häufige Beratungsanlässe sind Informationswünsche über Therapieformen oder Selbsthilfegruppen, sozialhilferechtliche Probleme, Schwierigkeiten bei der Neuorientierung nach einem Klinikaufenthalt oder akute Krisensituationen.

Das feste Mitarbeiterteam besteht aus zwei Psychologen und drei Sozialarbeitern auf Teilzeitstellen. Einen Leiter gibt es nicht. Die Arbeit in der Kontaktstelle beinhaltet sehr unterschiedliche Anforderungen. So müssen die Mitarbeiter zeitweilig wechselnde Rollen wie die eines Lebensberaters, einer Krankenschwester, eines Pädagogen, eines Psychotherapeuten oder eines Freundes ausfüllen. In der Anfangsphase führten Engagement und Begeisterung beim Aufbau der Kontaktstelle zu einem improvisierten und unkonventionellen Arbeitsstil. Hohe Ansprüche einerseits und die vom Träger zugestandene weitgehende Freiheit bei der Gestaltung andererseits bewirkten im Team nicht nur eine hohe Arbeitsmotivation, sondern auch einen gewissen Verantwortungsdruck. Wir fühlten uns einer „alternativen“ Versorgung psychisch Kranker verpflichtet, arbeiteten recht isoliert von anderen Institutionen und entwickelten eine Art „Wagenburg-Mentalität“. Dies ermöglichte eine gute teaminterne Kooperation, bewirkte aber auch eine mangelnde innere Differenzierung und eine Tendenz zur Leugnung berufsspezifischer Kompetenzen (6, 8). In den Jahren gemeinsamer Tätigkeit sind in der Teamstruktur einige Veränderungen bemerkbar. Die organisatorischen Arbeitsbereiche der Mitarbeiter sind klarer voneinander abgegrenzt. In Fallbesprechungen werden Richtlinien für den Umgang mit problematischen Besuchern genauer herausgearbeitet. Anders als in der Anfangszeit sehen wir uns jetzt eher als Teil eines ganzen Versorgungssystems und kooperieren enger mit anderen Einrichtungen. Diese Entwicklung mag neben den Abnutzungserscheinungen von neun Jah-

ren gemeinsamer Arbeit dazu beigetragen haben, daß teaminterne Spannungen und Einzelinteressen stärker hervortreten. Unklar ist, wie sich solche Veränderungen der Teamarbeit auf den therapeutischen Umgang mit den Besuchern auswirken.

Nutzung und Kosten

Im Zeitraum von sechs Monaten (erstes Halbjahr 1990) kamen 309 Personen in den „Treffpunkt“. 41 % der Besucher waren Frauen, 59 % Männer. Die Gesamtzahl der Kontakte betrug 3896. 119 Personen kamen nur ein einziges Mal, die anderen 190 besuchten die Kontaktstelle bis zu 122mal in diesen sechs Monaten. 18 Besucher nutzten den „Treffpunkt“ in 22 oder mehr der insgesamt 26 Wochen des Untersuchungszeitraums. 61 % kamen ausschließlich zu den allgemeinen Öffnungszeiten. 21 % hingegen nutzten nur die Gruppenangebote und nie die Zeiten der offenen Begegnung.

Die Gesamtkosten betrugen im Jahre 1990 311.000 DM — wovon 255.000 DM auf reine Personalkosten entfielen — und entsprachen somit den Tagesätzen, die im gleichen Zeitraum für drei Klinikbetten im für den Bezirk zuständigen Landesnervenkrankenhaus gezahlt wurden. Teilt man diese Gesamtkosten durch die Anzahl der einzelnen Kontakte, ergibt sich ein fiktiver Durchschnittswert von 39,86 DM für jeden Kontakt, der zwischen wenigen Minuten und mehreren Stunden dauern kann.

Perspektiven

Psychosoziale Kontaktstellen haben sich anders entwickelt, als dies in der Psychiatrie-Enquête vorgeschlagen war. Ihre wesentliche Aufgabe ist jetzt, einen Beitrag zur Versorgung insbesondere chronisch psychisch Kranker zu leisten. Zumindest in einem Großstadtbezirk können sie diese Funktion erfüllen, ihre Arbeitsweise ist dieser Aufgabe angepaßt.

Bei zukünftigen Planungen sollten die psychosozialen Kontaktstellen als we-

sentlicher Baustein der komplementären Versorgung berücksichtigt werden, wobei verschiedene Modifikationen von Aufgaben und Arbeitsweise denkbar sind. Von besonderer Bedeutung ist, inwieweit Pflichtaufgaben im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes übernommen werden können.

Als mögliche neue Aufgabenfelder von Kontakt- und Beratungsstellen werden im „Bericht der Expertenkommission“ die psychiatrische Pflege sowie arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen genannt. Für unsere Einrichtung erscheint die Einbeziehung psychiatrischer Pflege vor allem bei derjenigen Klientel sinnvoll, die über andere Institutionen nicht erreichbar ist. Zumindest in Einzelfällen sollten Hausbesuche und andere aufsuchende Aktivitäten mehr als bisher ermöglicht werden. Auch wäre ein Ausbau der Gruppenangebote für bestimmte Zielgruppen wünschenswert. Schließlich gilt es zu überlegen, inwieweit die Schwelle zu erneuten Besuchen für diejenigen, die nur ein einziges Mal den „Treffpunkt“ aufsuchten, und insbesondere für Frauen erniedrigt werden sollte und könnte.

Bei der Erwägung möglicher Veränderungen sollte jedoch bedacht werden,

daß der „Treffpunkt“ in seiner jetzigen Form im Leben vieler Besucher eine bedeutende Funktion eingenommen hat. Äußerungen wie „Der Treffpunkt bedeutet für mich ein Stück auf dem Weg zur Gesundheit“, „Es ist die einzige Stelle, wo ich mal angehört werde“, „Zusammen in der Gruppe sein, Gemeinschaftsgefühl, denn viele sind doch hier sehr einsam“ oder „Damit ich unter Leuten bin und mich auch mal unterhalten kann mit Gleichgesinnten, und daß die Therapeuten da sind, daß man auch mit diesen Leuten mal spricht, wenn man Probleme hat — wenn ich es möchte“ illustrieren dies.

Literatur bei den Verfassern.

Dipl.-Psych. Karin Hoffmann
„Treffpunkt Klausenerplatz“
Danckelmannstr. 1
1000 Berlin 19

¹⁾ Platane 19 e. V., Verein zur Wiedereingliederung psychisch Kranker

²⁾ Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

³⁾ Den Mitarbeitern H. Allers, V. Conrad und E. Voigt danken wir für ihre Unterstützung und Anregungen bei der Erstellung des Manuskripts.

Denkschrift zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Stuttgart bis 1995¹⁾

Von KARL-LUDWIG TÄSCHNER, unter Mitarbeit von Dipl.-Psych. Dr. Peter Dietsch, Dipl.-Psych. Dr. Jürgen Fischer, Violetta Holczer, Rudolf Straub

1. Einleitung: Zielsetzung der Denkschrift

Angesichts der offenkundigen Schwierigkeiten in der stationär-psychiatrischen Versorgung der Stuttgarter Bevölkerung, die im November 1991 ihren vorläufigen Höhepunkt in einem Aufnahmestop für die Psychiatrische Klinik des Bürgerhospitals fanden, hat sich die Leitung der Klinik entschlossen, den für die Krankenversorgung in

der Stadt verantwortlichen Entscheidungsträgern Wege aufzuweisen, die aus dem gegenwärtigen Mangelzustand hinausführen. Die Klinikleitung faßt in der vorliegenden Denkschrift die in den letzten Jahren entstandenen Konzeptionen zusammen, damit die psychiatrische Versorgung in nächster Zeit angemessen sichergestellt werden kann. Die vorgelegte Denkschrift soll die Grundlage für konkrete Planungen des Trägers sein und be-

ruht vor allem auf Ergebnissen der in den letzten Jahren intensiv geführten innerklinischen Diskussionen in teilweise eigens dafür geschaffenen ständigen Konferenzen. Auf diese Weise haben alle interessierten bzw. Verantwortung tragenden Mitarbeiter der Klinik letztlich ihren Beitrag zu der Denkschrift geleistet. Die Denkschrift versucht, die gegenwärtige Situation aus der Entwicklung der vergangenen mindestens zehn Jahre herzuleiten, die Ursachen der gegenwärtigen Misere zu erkennen und knüpft dabei an Vorschläge an, die die Klinikleitung seit 1979 mehrfach vorgebracht hat.

2. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Stuttgart in den letzten zehn Jahren

Schon Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre war klar, daß die stationär-psychiatrischen Versorgungsverhältnisse in der Stadt unzureichend waren, weil nicht genügend psychiatrische Behandlungsplätze zur Verfügung standen. Diese Erkenntnis fand Berücksichtigung in mehreren Erweiterungen der Bettenkapazität der Psychiatrischen Klinik des Bürgerhospitals und einer umfassenden Sanierung und Renovierung der Gebäude der Klinik.

Die Stadt als Träger der Klinik hatte sich zwischenzeitlich (1987) in einem Psychiatrie-Hearing vergewissert, ob die Konzeption des weiteren Ausbaus der Psychiatrischen Klinik erfolgversprechend für die Sicherstellung der stationär-psychiatrischen Krankenversorgung in der Stadt sei. Die angehörtten Experten versicherten dem Träger weitgehend übereinstimmend, daß die von der Klinikleitung vorgelegte und später mehrfach publizierte Konzeption (s. Täschner, 1989) der Erweiterung der Klinik bei gleichzeitiger Beibehaltung ihrer zentralen, in einigen Bereichen auch horizontalen Organisationsstruktur die wesentlichen und entscheidenden Elemente erfolgreicher, zukunftsorientierter psychiatrischer Krankenversorgung enthalte und die optimale Grundlage für die weitere Planung darstelle. Wichtig seien indessen