

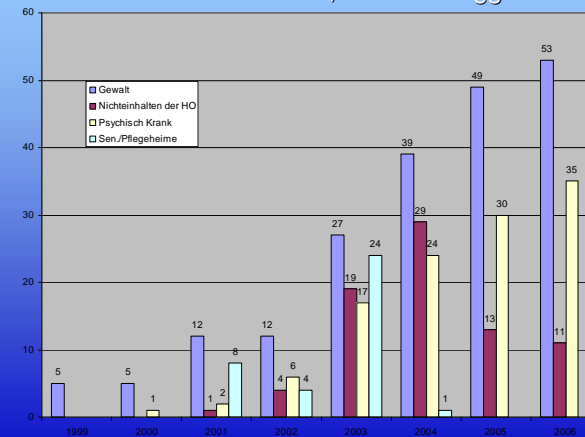
Wohnungslos und psychisch krank Ein Problem wird sichtbar?

Dr. Christian Wetschka

Caritas Wien, Verein Struktur, Kreativ am Werk

Steigende Zahl der psychisch Kranken in der WL

- Beispiel: Indikator Hausverbote bei Wieder Wohnen 1999 – 2006, Aus: Oberegger 2007



Was wissen wir?

- Wissenschaftliche Untersuchungen über das Problemfeld „psychisch krank und wohnungslos“ fehlen in Österreich gänzlich
- Letzter Psychiatriebericht 2004
➡ Wohnungslosigkeit kommt nicht vor

Parallelen?

Salze/Dillmann/Kentner (2002):

„ Geeignete Verfahren und Instrumente für diese Vorgehensweise liegen in der psychiatrischen Versorgungsforschung seit mehr als einem Jahrzehnt vor. Sie wurden und werden bei psychisch kranken Wohnungslosen in Deutschland jedoch bisher kaum eingesetzt. In dem Mangel an solchen differenzierten Versorgungs- und Bedarfsdaten ist das größte Defizit der bundesdeutschen psychiatrischen Wohnungslosenforschung zu sehen.“

In: Nouvertné, Obdachlos und psychisch krank

Forschung

- * Deutschland: Ab 1990 steigt die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen in Deutschland (Hövelmann, Locher 1990, Kujat 1991, Rieger und Wessel 1992, Trabert 1995 u. a.)
→ Schwerpunkt Suchterkrankungen
- * USA: In den 80er-Jahren Anstieg der Wohnungslosigkeit (250.000 bis 3.000.000) APA setzt 1983 eine Task Force ein (Arce/Vergare 1984, Fischer/Breaky 1991, Jones/Katz 1991)
→ These: *Psychiatriepatienten werden in die Wohnungslosigkeit entlassen*
Die Validität und Reliabilität dieser Studien wurde anschließend in Frage gestellt.
90er-Jahre: Bessere Studiendesigns: Koegel 1988, Hermann 1989
→ Einheitliche Daten → Etwa 1/3 der Wohnungslosen leidet an behandlungsbedürftigen psychischen Krankheiten
- * Australien (Herrmann et al 1989), Großbritannien (Newton et al. 1994, Reed et al. 1992), Dänemark (Brand/Munk-Joergensen 1996) und Spanien (Vazquez et al. 1997) ähnliche Daten

Forschung in Deutschland

- Eikelmann et. al 1992 (Münster)
- Fichter et. al 1996 (München)
- Trabert 1996, 1997 (Mainz, Nürnberg)
- Nouvertné et. al. 1996 (Düsseldorf)
- Wessel/Zechert 1996 (Bielefeld)
- Reker et. al. 1997 (Münster)
- Kellinghaus 2000 (Münster)

„Die geringe Anzahl von medizinisch-psychiatrischen Forschungsarbeiten zur Problematik der alleinstehenden Wohnungslosen und der psychisch Kranken... dokumentiert den Mangel an empirischen Daten und den Forschungsbedarf auf diesem Gebiet“

(Kellinghaus)

Ergebnisse?

- Über 2/3 der Wohnungslosen betreibt **Substanzmissbrauch** (hauptsächlich Alkohol)
- Ca. 1/3 hat **affektive Störungen**
- Ca. 15 % haben **ANGSTSTÖRUNGEN**
- Ca. 10 % **schizophrene Störungen**
- **Komorbiditätsraten** über 50 %
- Inanspruchnahme von **psychiatr. Ambulanzen, Tagesklinik** usw. bei Wohnungslosen geringer (SH-Gruppen z. B.: 0) sowohl vor der Aufnahme als auch in der Nachbetreuung (Inverse Care Law)
- **Krankheitsverläufe schlechter** – steigend mit Dauer der Wohnungslosigkeit (längerfristig Wohnungslose: bei Aufnahme mehr **Denkstörungen**)
- **Soziale Isolation** ausgeprägter

Bedenken?

- Wohnungslosenforschung wird primär von Psychiatern, also aus der medizinischen Perspektive gemacht
- Sozialarbeitswissenschaftliche, soziologische, sozialpädagogische Sichtweisen fehlen
- Daten über den **VERNETZUNGSGRAD** von komplementären und stationären Einrichtungen fehlen
- Gefahr der „Psychiatisierung“ bzw. „Medizinalisierung“ von sozialen Problemen?

Non-Cooperation

- Das Fehlen von Daten ist ein Symptom für die Nicht-Kooperation bzw. einer systemimmanenten Abgrenzung von Psychiatrie und Sozialarbeit.

Was bringt Kooperation?

Beispiel England: Assertive Community Treatment (ACT)

Ein Evaluationbeispiel (1995):

- **212 chronische psychisch Kranke** mit *hohem Wiederaufnahmerisiko* (3 – 5 Mal in den vergangenen 2 Jahren) werden über *18 Monate* soziotherapeutisch betreut



- Anzahl der stationären Aufnahmen **sinkt um ein Drittel**
- Anzahl der stationären Behandlungstage **wird um 50 % reduziert**

Reduktion der Krankenhauskosten belegt

Ambulante Soziotherapie lt. SGB V (Beispiel Deutschland)

1. Durchführung durch qualifizierte Sozialarbeiter oder Psychiatriekrankenpflegepersonal
2. Im „gemeindepsychiatrischen Verbund“ (oder einer vergleichbaren sozialpsychiatrischen Struktur)
→ *Fallkonferenzen*

Modellprojekt „Ambulante Soziotherapie“

(Deutschland 1995 – 1998)

N = 200

Erzielte Verbesserung der Versorgung durch ST:

Versorgungsangebot	Vor Behandlungsbeginn	Im Verlauf der Behandlung
Psychiatr. Tagesstätte	16 %	32 %
Geschützter Arbeitsplatz	11 %	32 %
Betreutes Wohnen	12 %	22 %
Reha-Einrichtungen	5 %	18 %
Ambulanter Pflegedienst	4 %	7 %
Psychiatrisches Wohnheim	3 %	5 %
Übergangswohnheim	1 %	3 %

Beispiel England: Gemeindepsychiatrische Teams (GPT)

- Pro 50.000 Einwohner ist ein GPT eingerichtet (11 Vollzeitstellen, multiprofessionell besetzt)
- 60 % der PatientInnen sind an Schizophrenie erkrankt
- Entwicklung seit 1954: Psychiatrische Krankenhäuser wurden in großer Zahl geschlossen (1954: 135 versus 1998: 35), stattdessen Einrichtung von kleinen psychiatrischen Stationen in den Allgemeinspitälern)
- **Resultat:** * Verringerte Suizidraten
* verbesserte Patientenzufriedenheit

Reduktion der Hospitalisierung

- Hospitalisierung sinkt innerhalb von 12 Monaten in der gemeindepsychiatrischen Versorgung von durchschnittlich 62 Tagen auf 21 Tage und innerhalb von 20 Monaten auf ca. 12 Tage

(Brenner et. al., Creed et. al., Burns et. al.)

- Eindeutige Kosteneffektivität zugunsten der gemeindepsychiatrischen Projekte

Ambulante versus stationäre Versorgung am Beispiel eines Schizophrenen

(gerechnet auf 1 Jahr)

- **Facharzt:** 6.500 €
- **Facharzt + komplementäre Leistungen:** 13.000 €
- **Pflegebereich Landeskrankenhaus:** 33.000 €
- **Akutbereich psychiatr. Krankenhaus:** 45.000 €

Roth-Sackenheim 2001

Kosten Wohnungslosenhilfe versus Psychiatrie

- Tagsatz TZ Ybbs: **366,- Euro**
- Tagsatz AKH Wien (psychiatr. Station): **750,- Euro**
- **Tagsatz WL-Einrichtungen Wien:**
(Zielgruppenwohnen) **19,53 Euro**

Spannungsverhältnis Psychiatrie - Sozialarbeit

„Psychiatriereform“:

seit Ende der 70er-Jahre Reduktion der psychiatrischen Betten in Ö. von 20.000 auf 4.000 (Mitte der 90er-Jahre)



Komplementäre/extramurale Einrichtungen sollten die Betreuung der Patienten übernehmen



Angebot und Nachfrage klaffen auseinander



PatientInnen werden häufiger in die **WLH** abgeschoben

Wahrnehmung des Problems in der Politik?

„In allen neun österreichischen Bundesländern gibt es „Psychiatriepläne“, die zum Teil sehr **umfangreiche Erhebungen** über die aktuelle psychiatrische und psychosoziale Versorgung enthalten. Diese zeigen, dass die ambulanten, mobilen und komplementären Einrichtungen (Wohnen, Arbeit, Freizeitgestaltung) einen unterschiedlichen, aber **überwiegend hohen Ausbaugrad** haben“

(Aus der Kurzinfo zum Österr. Psychiatriebericht 2004)

„Da hier sehr unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Finanzierungsmechanismen vorherrschen, ist ein wesentliches Kennzeichen der psychiatrischen Versorgung die mangelnde Kontinuität der Betreuung psychisch Kranker und die größtenteils fehlende Koordination verschiedener Träger, Einrichtungen und Finanziere im medizinischen und sozialen, im stationären, ambulanten und komplementären Bereich. Wegen der besonderen Vulnerabilität der psychiatrischen Klientel besteht hier ein noch größerer Koordinationsbedarf als im medizinischen Bereich, **für den dieser Bedarf von der Politik bereits erkannt wurde.**“

Aus: Kurzinfo zum österr. Psychiatriebericht 2004

SELEKTION

wird durch die beschränkten Ressourcen, bzw. durch die Ressourcenumverteilung notwendig

- Hierarchisches Verhältnis von Psychiatrie und Sozialarbeit – die Abgrenzung von der Sozialarbeit erfüllt schon z. T. Selektionsfunktion
- Diagnostik
- Creaming
- Motivationsparadigma
- Komm- und Geh-Strukturen
- Hochschwelligkeit/Professionalisierung

Warum gibt es keine fachübergreifenden wissenschaftlichen Studien?

- Sozialarbeiter sind keine Wissenschaftler?
Mangelnde Ressourcen für Evaluation und Projektarbeit
- Sozialarbeiter befinden sich gegenüber der Medizin in einer untergeordneten Position („Hilfsdienst“) vgl. Staub-Bernasconi
- „Soziale Diagnose“ (GAF) hat keinen Stellenwert, medizinische Diagnose dominiert

DIAGNOSE = MACHT = GELD

- Wer diagnostiziert, bestimmt die Behandlung, damit auch den **Geldfluss**
(z. B. Zuerkennung von Therapien, Rehab, Pensionen, Pflegegeld, Zugang zu Wohnplätzen, usw.)
- WL-Einrichtungen bleiben vom Diagnose-gesteuerten System ausgegrenzt
(Ressourcenverschwendung: jene, die den Patienten am längsten kennen, werden nicht einbezogen)

Wem „gehören“ Diagnosen?

1. Diagnosen können Ressourcenzugänge eröffnen oder schließen.
2. Diagnosen haben eine „lange Haltbarkeit“, soziale Konsequenzen, können stigmatisieren.
3. Diagnosen sind daher nicht nur Ausdruck der objektiven medizinischen Beschreibung und Erklärung eines Krankheitszustandes, sondern auch Symptom und Instrument in einem sozialen MACHT-DISKURS.

Frage: Wer beteiligt sich an diesem „Diskurs“?
Wer übernimmt die Anwaltfunktion für den Klienten/Patienten?

Diagnose ist soziale Abgrenzung via Sprache

- Was meinen wir überhaupt, wenn wir von „psychisch Kranken“ sprechen?
- Verständigung mit Medizinern fällt schwer, weil sie an ihrer Begriffs- und Sprachwelt festhalten
- Lösung: An die Stelle der medizinischen Diagnose muss ein **Diskurs** aller Betroffenen treten, d. h. auch eine gemeinsame Sprache ALLER Beteiligten

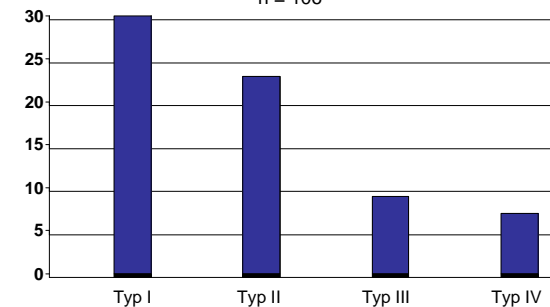
„Creaming“

- „Damit ist die problematische, subjektiv aber nachvollziehbare Tendenz gemeint, sich den vermeintlich einfachen, bequemen, pflegeleichten, lieben „KlientInnen“ zuzuwenden und unbewusst oder planvoll die sogenannten schweren Fälle abzuschieben.“ (M. Oberegger)

„INVERSE CARE LAW“

- „Denjenigen, die am schwersten betroffen sind, stehen die geringsten Mittel und damit die am wenigsten qualifizierte Hilfe zur Verfügung.“

Schweregrad von Alkoholerkrankungen
in einer österreichischen Suchtklinik
n = 106



Quelle: König

Hindernis: „Komm-Struktur“

- Berufsbild des Mediziners: Patient muss kommen („Komm-Struktur“)
- Irrweg „Motivationsprüfung“?
- Anpassung an die lebensweltlichen Eigenheiten von Wohnungslosen erfordert „Geh-Strukturen“

Was behindert den Diskurs zwischen Psychiatrie und Sozialarbeit?

- **Sozialarbeit:** zu wenig Selbstbewusstsein, kaum wissenschaftliche Fundierung, fehlende Forschung
- **Medizin:** Festhalten an Hoheitsansprüchen
(Diagnose, Therapie, Ressourcenverteilung, Wissenschaft, Unabhängigkeit)
- Fehlen einer gemeinsamen **Sprache**
- Fehlen gegenseitigen **Vertrauens** in die Professionalität

Der Diskurs erfordert:

- Das Zurückstellen von Hierarchie und Macht-Verhältnissen
- Prinzipielle Gleichheit der Teilnehmer
- Prinzipielle Problematisierbarkeit aller Themen und Meinungen
- Prinzipielle Unausgeschlossenheit des Publikums
- authentische Gefühle

(nach Jürgen Habermas)

Lösungsansätze

- Transparenz der Finanzierungsstrukturen: Entsprechen die Finanzierungen den Zielsetzungen der Psychiatriereform?
 - Forschungsaufträge zur Bedarfserhebung
Schwerpunkte: Vernetzungsgrad, Schnittstellenproblematiken, Evaluation von Kostenverschiebungen, Effizienz von Einrichtungen, usw.
 - Multiprofessionell besetzte Planungsgremien
(auch AMS, Behinderteneinrichtungen, Patientenanwälte, Sachwalter, Polizei, usw. einbeziehen)
- * Pilotprojekte für die Kooperation von Psychiatrie und WLH

Lösungsansätze

• Aufbau von gemeindenahen Betreuungsstrukturen

- Gemeinsame Arbeitskreise und Fortbildungsveranstaltungen zum Abbau von Vorurteilen
- Multiprofessionelle Hilfeplankonferenzen (Vernetzungstreffen)
- Case-Management (Fallverantwortung!)
- Psychiatr. Liaisondienste (auch in niedrighschwelligen Einrichtungen) – Finanzierungsklärun!
- Schwerpunktpraxen für psychisch und somatisch erkrankte Wohnungslose
- Schaffung bzw. Ausbau von Tagesstrukturprojekten/Tageszentren
- Medical Streetwork (z. B. Gesundheitsbusse)

Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!