

Inhalt

<i>Hans Rittmannsberger</i> Editorial	87
<i>Ren L. Kellern</i> Evaluation Arbeitstrainingszentren OÖ	91
<i>Stefan Frühwald</i> Psychiatrische Rehabilitation mit oder ohne oder mit und ohne Betten.....	111
<i>Egon Michael Haberfellner</i> Medizinische Rehabilitation in psychiatrischen Indikationen – pro und contra	119
<i>Rezension von Silvia Lindorfer</i> <i>Zeitschrift für Sozialpsychiatrie – Literatur – Kunst</i> <i>Ausgabe Wahn – Sinn – Wirklichkeit</i> „Brückenschlag“.....	123

Medieninhaber und Herausgeber:

Österreichische Gesellschaft für gemeindenähe Psychiatrie

Redaktion:

Alfred Grausgruber, Egon Michael Haberfellner, Werner Leixnering, Susanne Mair,
Hans Rittmannsberger, Friederike Roithmeier-Ebner, Anton Tölk, Thomas Zaunmüller

Redaktionelle Leitung und für den Inhalt verantwortlich:

Univ.-Prof. Prim. Dr. Hans Rittmannsberger

Prim. Dr. Anton Tölk

Redaktionsadresse, Anzeigen und Verwaltung:

ATZ etb-Verlag Kartonia

Freileben 12, A-4121 Altenfelden

Tel.: 07282/20570

Fax: 07282/20570-13

Wissenschaftlicher Beirat:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rainer Danzinger (Graz), Prim. Dr. Gerd Eichberger (Tulln),
Univ.-Prof. Dr. Heinz-Eberhard Gabriel (Wien), Prim. Dr. Rainer Gross (Hollabrunn),
Univ.-Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber (Innsbruck), Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter
Kapfhammer (Graz), Univ.-Prof. Dr. Heinz Katschnig (Wien), Dr. Günther Klug (Graz),
Univ.-Prof. Dr. Otto Michael Lesch (Wien), Univ.-Prof. Dr. Ulrich Meise (Innsbruck),
Prim. Dr. Theodor Meißel (Tulln), Dr. Jan Pfeffer (Prag), Prim. Dr. Thomas Platz
(Klagenfurt), Mag. Christian Rachbauer (Linz), Prim. Dr. Stephan Rudas (Wien),
Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata (Wien), Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky (Wien)

Preise:

Einzelheft € 6,-, Jahresabonnement (4 Hefte) € 20,-

Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn bis zum 1. Oktober keine
Abbestellung erfolgt. Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für gemeinde-
nahe Psychiatrie ist im Mitgliedsbeitrag von € 25,- das Jahresabonnement enthalten.
Studierende/Auszubildende erhalten eine Ermäßigung von 50%.

Bankverbindung: Oberbank Linz, BLZ: 15000, Kto.-Nr.: 482-6178/00

ZVR 490551465

Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen die Meinung des Verfassers dar und decken
sich nicht unbedingt mit jener der Redaktion. Bei der Zusammenstellung von Texten und
Abbildungen wurde mit größter Sorgfalt vorgegangen. Trotzdem können Fehler nicht voll-
ständig ausgeschlossen werden. Verlag, Herausgeber und Autoren können für fehlerhafte
Angaben und deren Folgen keine Haftung übernehmen. Für Verbesserungsvorschläge, An-
regungen und Hinweise auf Fehler sind Verlag und Herausgeber dankbar. Die Zeitschrift
und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Re-
produktionen, fotomechanische Wiedergabe und Nachdruck von Texten, Textteilen und Ab-
bildungen können ausnahmslos nur mit Zustimmung der Redaktion erfolgen.

Editorial

Sehr geehrte Leserin!
Sehr geehrter Leser!

Ein Schwerpunkt dieses Heftes betrifft die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Es werden die Ergebnisse einer Untersuchung referiert, die im oberösterreichischen Arbeitstrainingszentrum durchgeführt wurde. Die dabei gefundenen Ergebnisse zeigen, was man auch aus der Praxis kennt: Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation bedeuten für viele Patienten weit mehr als die Aussicht auf einen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft, sondern auch eine Verbesserung von Struktur, Interaktion und Selbstwert. Diese erweisen sich für die Teilnehmer oft als viel bedeutsamer als die ohnehin höchst unsichere Integration in den ersten Arbeitsmarkt, die das vordergründige Ziel der Maßnahme ist.

Ein zweiter Schwerpunkt dieses Heftes ist die Diskussion über die neuen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke in Österreich. Gerade aus der Perspektive der „Gemeindenahen Psychiatrie“ ist diese Auseinandersetzung interessant: Passen diese Rehabilitationseinrichtungen in das Konzept einer „gemeindenahen“ psychiatrischen Versorgung, und sind sie mit ihrer zeitlich begrenzten Dauer in der Lage, ein suffizientes Angebot zu machen? Die Antwort wird unterschiedlich ausfallen, je nachdem, welche Diagnosegruppe man im Auge hat: mehrheitlich suffizient für „neurotische“ Störungen, wie Depressionen oder Angststörungen, mehrheitlich insuffizient für psychotische Störungen wie Schizophrenie.

Allerdings ist gerade bei der letzteren Diagnosegruppe darauf hin-

zuweisen, dass das Ideal der ambulanten Rehabilitation durch gemeindenähe Dienste, wenn überhaupt, nur dann gut funktioniert, wenn es um ausgeprägte Behinderungen mit einem hohen Bedarf an soziotherapeutischen Maßnahmen, wie z.B. im Bereich des Wohnens, geht. Gerade bei nicht so schwer ausgeprägten Störungen und Erstmanifestationen sind diese Angebote aber oft nicht notwendig und stigmatisierend. Die dann erforderlichen spezifischen psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen werden – weil zu spezialisiert und zu therapeutisch – in den ambulanten Strukturen meist nicht

angeboten. In den Spitälern können sie aber auch nicht durchgeführt werden, weil für diese Maßnahmen jenseits der Akutbehandlung die Kapazitäten nicht ausreichen.

Für dieses Segment von Patienten mit psychotischen Störungen wäre ein Angebot innerhalb der neuen Rehabilitationseinrichtungen günstig und sinnvoll – allerdings hieße das auch, dass für diese Personen ein spezifisches Programm entwickelt werden muss.

Prim. Univ. Prof. Dr. H. Rittmannsberger



Cipralex®
bei Depression & Angst.

**Vertrauen kann man
nicht kopieren!**



Lundbeck



Cipralex®
escitalopram

Stark¹
Schnell²
Verträglich³

www.depression.at

1, 2, 3. Moore et al. Int Clin Psychopharmacol 2005; Klein et al Psychopharmacology 2007; Lepola et al. Int Clin Psychopharmacol 2004; Montgomery S.A. et al. Int Clin Psychopharmacol 21:297-309, 2006; Wade A. et al. Curr Med Res Opin 23(7) 2007; Baldwin et al. Brit J Psychiatry 2006; Lader et al. Depress Anxiety 2004; Stein et al. Curr Medical Research and Opinion 2007.




Time-out für orale Therapie ...

... schon ab dem 2. Rückfall

Risperdal® CONSTA™ bei Schizophrenie:

Risperdal® CONSTA™ ist die Erfolgsstrategie für Ihre Schizophrenie-Patienten.

 JANSSEN-CILAG PHARMA



Risperdal® CONSTA™

CONSTA[®]nter Schutz schon ab dem 2. Rückfall

* Verwendung laut Fachinformation bei nicht beherrschbarer Negativsymptomatik oder wenn eine parorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist.

FACHKURZINFORMATION RISPERDAL CONSTA: Bezeichnung des Arzneimittels: RISPERDAL CONSTA 25mg, RISPERDAL CONSTA 37,5mg und RISPERDAL CONSTA 50mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer verzögert freisetzenden Suspension zur intramuskulären Injektion. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon, 1 ml der hergestellten Suspension enthält 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: 1 ml der hergestellten Suspension enthält 3 mg Natrium, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rp., apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Last Update: Juli 2008

© Janssen-Cilag 2008

Ren L. Kellern

Unter Mitarbeit von Marie-Therese Sagl

Evaluation Arbeitstrainingszentrum OÖ

Stabilisieren von Lebensführung und Bewältigen von Übergängen

1) Von einer Maßnahmenperspektive zu einer Biografieorientierung

Arbeit trainieren – geht das?¹ Bringt das etwas für Menschen in schwierigen psycho-sozialen Situationen, um sich in ihren Lebenskontexten wieder besser zurecht zu finden? Wie kann Arbeit fragile Lebensverhältnisse stabilisieren? Arbeitstrainingszentren, wie auch andere Beschäftigungsmaßnahmen einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik, zielen auf die soziale und berufliche Re-Integration von aus ihrem Lebensvollzug hinausgeworfenen Menschen.

In einer Zeit, in der Lebenspositionen prekärer oder instabiler werden, in der Lebensvollzüge mehr und mehr rationalisierenden Verschärfungen unterliegen, in der Arbeit und Erwerb bald ausschließlich – aber bloß vermeintlich – mit wirtschaftlichen Kalkülen unterlegt werden, stellt sich zusehends die Frage, wie Arbeit als Tätigsein sinnstiftend, menschenförderlich, menschenwürdig, motivierend und so gestaltet werden kann, dass es zu einem gelingenden Lebensverlauf beiträgt – und nicht an dessen Grenzen heranführt. Geht Sinnzusammenhang verloren, sind Tätigkeiten sinnentleert, oder können Menschen ihrem Tun keinen Sinn mehr geben, hat dies – neben ökonomischen – schwerwiegende soziale und psy-

¹ Dieser Beitrag beruht auf der Evaluationsstudie von Loidl-Keil Rainer und Sagl Marie-Therese (2008).

chische Folgen. Menschen fallen aus sozialen Lebensvollzügen, sie werden ausgegrenzt, isolieren sich, verarmen – im psychischen und sozialen Sinn. Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit scheiden zwischen „Insidern“ und „Outsidern“ in unserer Gesellschaft (Zilian 2004).

Soll Arbeit sinnstiftend sein und sollen Menschen ihre Erwerbstätigkeit in ihr Leben förderlich einbetten können, so wird dies ein Motiv voraussetzen, und gerade Motivation ist eine zentrale Stellgröße im Gelingen einer Arbeitstrainingsmaßnahme (Kern & Loidl-Keil 2001, 2003). Mentale Vitalisierung ist dabei ein grundlegendes Element, um die für Erwerbstätigkeit erforderliche persönliche psychische Energie zu befördern.

Persönliche psychische Energie braucht geistige Gesundheit, Fehlen von Angst und ein Minimum an Stressresistenz. Gleichzeitig bedarf es der Gestaltung von Arbeit in einer Weise, die es den TeilnehmerInnen eines Arbeitstrainings erlaubt, Kontrollüberzeugung aufzubauen und zu übernehmen. Ein weiteres essentielles Element für die Gestaltung eines Arbeitstrainings liegt in der Verbesserung von Sinnorientierung und Sinnstiftung in der Berufstätigkeit (z.B. durch Methoden der Logotherapie, Ergotherapie). Erst diese Fähigkeiten ermöglichen die Entwicklung persönlicher Ziele und

Handlungsabsichten. Arbeit trainieren bedeutet demnach Rekonstruktion und Stabilisierung von Selbstachtung, Selbstwert, Selbstkonzept und Selbstwahrnehmung. Das Motiv zur Arbeit stellt sich in Studien (Kern & Loidl-Keil 2003) als einer der „Dreh- und Angelpunkte“ des Gelingens von Trainings- und Beschäftigungsmaßnahmen heraus. Für die Maßnahmengestaltung wird u.a. die Bedeutung von individuell anpassbaren Teilnahmen, von Partizipation im Arbeitsprozess zur Selbstrealisierung, der Passungsfähigkeit mit regulären Arbeitsumwelten zu betonen sein. Arbeitstraining stellt etwas Originäres dar, dessen Eigenheit erhaltenswert ist.

Beschäftigungsmaßnahmen bzw. Arbeitstrainingszentren formulieren – teils nicht ganz freiwillig – ihr soziales bzw. arbeitsmarktpolitisches Ziel in der Vermittlung bzw. Re-Integration der TeilnehmerInnen in einer temporären Beschäftigung. Aus Maßnahmensicht ist ein Arbeitstraining ein Instrument, mit dem eine Integration erreicht werden soll: Menschen werden in einen Arbeitsmarkt (re)integriert. Aus Sicht der Betroffenen ist ihr Arbeitstraining ein kurzer Abschnitt in ihrem Leben: sie integrieren diese Phase und Tätigkeit in ihren Lebensvollzug. Beide Male handelt es sich um eine Integrationsleistung, allerdings aus unterschiedlichem Blickwinkel. Diese

Perspektiven schließen sich keinesfalls aus, sie betonen zwei Aspekte dieser Integrationsleistung.

Leben ist fragil. Leben kann gelingen oder misslingen. Menschen sind aus der Bahn geworfen, können kritische – oder auch weniger kritische – Lebensereignisse nicht zureichend in ihr Leben integrieren. Leben vollzieht sich in Phasen und Perioden, Übergänge müssen gefunden werden. Ein einfacher Wohnungswechsel kann den Verlust sozialer Eingebundenheit mit sich bringen. Mit einer Jobkündigung kann ein Stück Identität brechen. Tod oder Scheidung stellen – der Stressforschung nach – die massivsten Belastungsfaktoren für unser psychophysiologisches Befinden dar. Aus unserer Bahn geworfen, sind wir gefordert, unser Leben zu stabilisieren.

Werden Evaluationen im Feld der beruflichen Re- und Integration von Menschen angestrengt, so konzentrieren sie sich traditionell auf den Aspekt des Vermittlungserfolges. Integration wird als Maßnahmeneffekt entworfen. Beurteilt werden Integrationsquoten; welche TeilnehmerInnen-Quoten in ein Beschäftigungsverhältnis vermittelt werden; wie erfolgreich TrainingsteilnehmerInnen (TMA) (re-)integriert werden. Dies als Ausgangspunkt nehmend greifen wir den zweiten Aspekt der Integrationsleistung auf: Integration

als individuelle Leistung der TeilnehmerInnen.

Leitende Forschungsfrage hierbei ist nicht die übliche nach den „Vermittlungsquoten“ oder unterstellten simplen Kausalitäten von „Training“ und „Erfolg“. Vielmehr geht es um das Nachspüren, welche Elemente des Arbeitstrainings sich als wesentlich für die Stabilisierung des Lebensverlaufes von TMA erweisen. Welche Elemente unterstützen die Menschen bei der Entwicklung und Wiederentfaltung ihrer vitalen und sinnstiftenden Fähigkeiten? Hiermit orientieren wir uns vorrangig an der Biografie der betroffenen Menschen und der Integration der Trainingsteilnahme in ihr Leben. Entgegen der vorherrschenden Evaluationspraxis in diesem Feld mit einer Maßnahmenperspektive wählt diese Evaluation eines Arbeitstrainingszentrums (ATZ) mit einer Biografieperspektive also einen alternativen Ansatz.

2) Fragen und Zielsetzung der Evaluation

Die Forschungslage weist für Beschäftigungsmaßnahmen ein zwar uneinheitliches Bild auf, doch kann für spezifische Zielgruppen und Rahmenbedingungen eine positive Bilanz – hinsichtlich der traditionellen Kennzahlen – gezogen werden (vgl. Loidl-Keil & Laskow-

ski 2005b). Beschäftigungsmaßnahmen machen – eingegrenzt für bestimmte Voraussetzungen und spezifische Zielgruppen – Sinn. Damit ließe sich davon ausgehen, dass die Befundlage zu Trainings- und Beschäftigungsmaßnahmen (vgl. Bode 2005; Lechner, Loidl, Mitterauer & Reiter 2000; Loidl-Keil 2005b; Loidl-Keil 2008; Stopacher 2005; Wroblewski 2005) ein perpetuiertes Legitimieren – durch weitere gleich angelegte Evaluationen – derselben unnötig werden lässt, so eröffnet dies für Evaluationen neue Perspektiven. Alternative und – zu existierenden Untersuchungen, Monitoring-Daten und Dokumentationen – komplementäre Fragen können aufgeworfen und alternative Evaluationsdesigns angewendet werden. Die vorliegende Evaluation akzentuiert Fragen der Stabilisierung und die Bedeutung von Übergängen von und in die Trainingsteilnahme im Rahmen der individuellen Biografien. Zentrale Elemente psychosozialer und beruflicher Stabilisierungsarbeit des Arbeitstrainings sollen aufgezeigt werden.

Im Fall des Arbeitstrainingszentrums OÖ. kommt hinzu, dass in zwischen Studien zum ATZ OÖ. mit anderen Untersuchungszielen (Grausgruber, Mörth, Rittmansberger und Atzlinger 1994; Kern & Loidl-Keil 2001; Loidl-Keil 2004; Pesendorfer 2006) bzw. zu anderen ATZ in Österreich (Reiter, Mitter-

auer, Riesenfelder & Willsberger 1998) vorliegen, die eine alternative Schwerpunktsetzung einer Evaluationsstudie nicht nur erlauben, sondern nahelegen. Die Beteiligten in der vorliegenden Evaluation ziehen jedenfalls eine alternative einer replikativen Studie vor.

3) Zweiteiliges Evaluationsdesign – Betriebsbefragung und Fallstudien

Die zwischen November 2007 bis Mai 2008 durchgeführte Evaluation beruht auf einem dreiteiligen Forschungsdesign, welches quantitative und qualitative Zugänge kombiniert. Die an der Evaluation Beteiligten – MitarbeiterInnen des ATZ und des AMS OÖ sowie die EvaluatorInnen – treffen sich im Verlauf der Evaluation zu drei eintägigen Workshops, in denen Konzept, Zwischenergebnisse und Evaluationsergebnisse diskutiert werden und darauf aufbauend ein Wirkmodell erarbeitet wird. Das Evaluationsformat verknüpft unterschiedliche Erhebungs- und Analysemethoden und kann als qualitative, diskursiv-partizipative, interaktive bzw. formative Evaluation bezeichnet werden. Als positiv erweist sich die Offenheit des Evaluationsauftraggebers AMS OÖ hinsichtlich der Ausrichtung der Evaluation und der Integration der Interessen der Beteiligten.

Als Novum bezieht die Evaluation jene Betriebe mit ein, die die TMA in Praktika und/oder regulären Dienstverhältnissen beschäftigen (der drei Jahre 2006, 2005, 2004; eine nicht weiter nachprüfbare Quasi-Vollerhebung für diesen Zeitraum); alle recherchierbaren Betriebe für diesen Zeitraum werden telefonisch befragt (N=97; n=60). Dieser Teil bindet die generellen Erfahrungen und Einschätzungen der für die integrativen Leistungswirkungen wesentlichen Betriebe mit den TMA ein.

Zur Kernfrage der Evaluation werden vier Fallstudien von ehemaligen TMA (Fokuspersonen) realisiert. Für die Fallanalysen werden 16 Personen interviewt und Dokumentationen und Individualdaten der Fokuspersonen herangezogen.

In die Untersuchung fließt als zusätzlicher dritter Teil eine selektive Inhaltsanalyse ausgewählter Interviewtranskripte vorangegangener Studien (aus Loidl-Keil 2004) ein.²

3.1) Betriebsbefragung: Quantitative Vollerhebung von 97 mit dem ATZ kooperierenden Betrieben

Die Betriebe sind in 38 Gemeinden angesiedelt, vorwiegend in Linz und in Steyr. Mehr als die Hälfte der befragten Betriebe sind Kleinst- oder Kleinunternehmer mit einer Betriebsgröße von bis zu

² Details zur Ergebnisdarstellung der Betriebsbefragung als auch ausführliche Falldarstellungen finden sich im Evaluationsbericht Loidl-Keil & Sagl (2008).

Empirische Erhebungen und Analysen Telefonische Befragung der aktuellen Praktikums- und Dienstgeberbetriebe ehemaliger TeilnehmerInnen (AbgängerInnen aus 2004,2005, 2006); das sind nach Angaben ca. 100 bis 150 Betriebe	Plan ca. 150	Durchführung Ermittelt: 97 Erreicht: 60
Fallstudien zu 4 ATZ-AbgängerInnen	4	4
Interviews mit ATZ-TrainerInnen und ausgewählten AMS-MitarbeiterInnen	Ohne Angabe	4 ATZ-MA 4 AMS-MA
Themenzentrierte inhaltsanalytische Verwendung existierender Interviewtranskripte aus vorangegangenen Studien: Kern & Loidl-Keil 2001; Loidl-Keil 2004	-	Ausgewählte Interview- Transkripte

Abbildung 1: Empirische Erhebungen und Analysen in der Evaluation des ATZ OÖ

50 MitarbeiterInnen. Die Betriebe kommen zumeist aus den Sparten Handel und Gastgewerbe. Weder bei der Frage, welche Betriebsgröße die Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besser ermöglichen könne, noch bei jener, welche Sparte geeigneter für eine solche Integration wäre, herrscht eine einheitliche Meinung. Wiederkehrend wird der Kundenkontakt sowohl als Argument für als auch gegen die integrative Eignung einer Branche genannt. Die Praktikumsdauer liegt zwischen wenigen Tagen und mehreren Monaten, die Dauer der Dienstverhältnisse mit TMA von wenigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren. Als Einstellungsgrund wird zumeist „weil es gerade gepasst hat“ vorgebracht, was eine Kombination mehrerer Faktoren – vorrangig betriebsseitiger Gründe – darstellt. Die meisten der befragten Betriebe geben an, von Anfang an über die Teilnahme der Betroffenen an der Trainingsmaßnahme Bescheid gewusst zu haben. Bei Praktika wäre den Aussagen der Befragten zufolge davon auszugehen, dass in über 50 Prozent der Fälle keinerlei Probleme auftraten. Kommt es zu Problemen, handelt es sich zumeist um entschuldigtes Fernbleiben, mangelnde Arbeitsmoral, mangelnde Körperhygiene oder häufige Krankenstände. Die Übergänge in und aus einem Praktikum werden vom Betrieb fast immer mit Gesprä-

chen begleitet. „Besondere“ Begleitungen zur Stabilisierung und Übergangsbewältigung gibt es seitens der Betriebe kaum, was mit erklären mag, dass die Betriebe die fortlaufende Betreuung durch das ATZ während des Praktikums hoch schätzen. Mehr als die Hälfte der befragten Betriebe erfährt ein Praktikum als wichtig und förderlich für den/die PraktikantIn. Ebenso zeigt sich über die Hälfte der befragten Betriebe mit dem ATZ zufrieden und ist bereit, wieder TMA aufzunehmen. Dem AMS stellen 45 Prozent der Betriebe ein positives Zeugnis aus.

3.2) Fallstudie zu vier ehemaligen TeilnehmerInnen als Fokuspersonen

Die Wahl, die Erhebung in Form von Fallstudien zu gestalten, ermöglicht eine biografisch orientierte Rekonstruktion der Fokuspersonen unter zu Hilfenahme mehrerer Materialien und Methoden (Methoden-Triangulation). Die Fallstudien beinhalten Interviews mit ehemaligen TMA, mit deren Verwandten, FreundInnen, Dienstgebern, BetreuerInnen aus dem ATZ und MitarbeiterInnen des AMS, ebenso wie Versicherungsdaten oder andere Materialien zur Fokusperson. Die Auswahl der Fallstudien erfolgt über eine Typologie, für die die Dimensionen „gelungener und misslungener Betreuungsverlauf“ und „erfolgte und

nicht erfolgte Stabilisierung“ heran gezogen werden. Dies führt zu vier möglichen Kombinationen, die die Typen der Fallstudien (A, B, C und D) darstellen. Potentielle Fokuspersonen werden gemeinsam mit ATZ-BetreuerInnen unter Bedachtnahme auf Dimensionen wie Alter, ATZ-Zweigstelle, Geschlecht und Jahr der Trainingsbeendigung identifiziert. Die konkrete Wahl als Fokusperson setzt dann selbstredenderen Bereitschaft zur Mitarbeit als Fall voraus.

Fall A wird als Typ von positivem Betreuungserfolg und positiver Stabilisierung eingestuft. Frau A ist 22 Jahre alt und wohnt bei ihrem Freund. Sie bekommt im Alter von 17 Jahren erste Panikattacken, die dazu führen, dass Frau A ein Jahr lang die Wohnung kaum noch verlässt. Nach mehreren Schulabbrüchen und Krankenhausaufenthalten beginnt sie im Jahr 2005 das Arbeitstraining. Das ATZ verhilft ihr zu einer Lehrstelle als Fachfrau für Mediendesign. Trotz Arbeitsplatzwechsel auf Grund des drohenden Konkurses der ursprünglichen Ausbildungsfirma ist Frau A stabil und blickt positiv in die Zukunft.

Fall B steht für den Typ der positiven Stabilisierung ohne vorläufigen oder dem ATZ zugerechneten Betreuungserfolg – eine Jobvermittlung im engeren Sinne erfolgte nicht, allerdings, wie sich

zeigt, eine spätere Beschäftigung. Frau B ist 1985 geboren und wächst bei Pflegeeltern auf. Frau B beginnt eine Lehre als Schneiderin, bricht diese aber im dritten Lehrjahr ab, da sie häufig Anfälle bekommt und sich von den Kolleginnen gemobbt fühlt. Nach zwei Selbstmordversuchen und stationären Aufenthalten in der Psychiatrie kann Frau B im Juni 2004 ihr Arbeitstraining beginnen. Die Aufnahme im ATZ erfolgt auf Grund der Hartnäckigkeit von Frau B, mit einigen Bedenken im Hinblick auf mögliche Anfälle während der Arbeit mit scharfen Messern etc. Die Anfälle bessern sich nur geringfügig, weshalb über das ATZ eine psychiatrische Betreuung angeregt wird. Frau B beendet das Arbeitstraining ohne eine unmittelbar darauf folgende Anstellung und wird weiterhin über die Arbeitsassistentin betreut. Nach einem halben Jahr Arbeitssuche kann Frau B eine Stelle als Küchenhilfe in einem Gasthaus in der Nähe ihres Wohnortes beginnen. Frau B ist dort bis heute beschäftigt und sehr froh über ihren Arbeitsplatz. Dieser Typ illustriert Wirkweisen der Trainingsteilnahme in der Hinsicht gut, als in diesem Fall regulierende und stabilisierende Elemente eines Arbeitstrainings als auch einer weiterführenden Begleitung zuerst im psychosozialen Befinden zu realisieren gesucht werden, ohne dass dies gleich in einer beruflichen Integration sicht-

bar wäre. Selbst wenn vermeintlich eindeutige Kausalitäten verschwimmen: die Betroffene rekonstruiert ihre ATZ-Teilnahme als Mit-Ursache ihrer späteren Beschäftigung und Stabilisierung.

Fall C kann in der Typologie als Betreuungserfolg ohne Stabilisierung eingeordnet werden. Frau C ist 39 Jahre alt und wohnt mit ihren beiden Kindern (15 und 9 Jahre) neben ihren Eltern. Frau C hat eine bewegte Vergangenheit hinter sich. So übernimmt sie nach erfolgter Lehre als Kürschnerin 22-jährig die Pflege ihres Großvaters. Sie lebt im Anschluss mehrere Jahre mit ihrem Mann im Ausland. Bis zum Sommer 2003 hat Frau C zahlreiche Dienstverhältnisse in unterschiedlichen Betrieben. Nach der Scheidung im Jahr 2001 geht es Frau C immer schlechter. Sie fühlt sich als Mutter überfordert und überlässt die Kindererziehung zum Großteil ihrer Mutter. Sie lebt riskant und ist akut selbstmordgefährdet. Es folgen im Jahr 2003 zwei Aufenthalte in der Psychiatrie. Dort erfährt sie von der Möglichkeit eines Arbeitstrainings und kann im Jahr darauf im ATZ beginnen. Ihr Arbeitstraining geht direkt in ein Beschäftigungsverhältnis als Hilfskraft in einer Tischlerei über, wo sie noch heute beschäftigt ist. Sie fühlt sich fachlich unterfordert und würde gerne eine Ausbildung als Altenfachbetreuerin beginnen. Im Be-

werbungsverfahren hierzu scheidet sie aber zuletzt auf Grund ihrer psychischen Probleme aus.

Fall D kann im Laufe des Arbeitstrainings weder Stabilisierung erreichen noch einen Arbeitsplatz finden. Frau D ist 43 Jahre alt und arbeitet den Großteil ihres Lebens als Kindergartenhelferin. Auf Grund von Wirbelsäulenproblemen bittet sie um Versetzung und ist einige Zeit als Bibliothekarin tätig. Im Jahr 2000 wechselt Frau D erneut in den Kindergarten, weil sie Depressionen bekommt und gemobbt wird. 2001 wird Frau D einvernehmlich gekündigt. Es folgt eine von psychischer und physischer Krankheit geprägte Zeit. Im Jahr 2003 erfolgt eine Umschulung zur Bürokauffrau in einer AMS-Maßnahme. Nach weiterer Arbeitslosigkeit beginnt Frau D im Jahr 2005 im ATZ ihr Arbeitstraining. Seit Ende des Arbeitstrainings, welches auch durch zahlreiche Krankenhausaufenthalte unterbrochen wird, ist Frau D auf Arbeitssuche.

4) Stabilisierung von Lebensbiografie und Überbrücken von Übergängen

„C: Mir fällt nur ein, dass das Gold wert ist, dass das so Gold wert ist, dass ich im ATZ gewesen bin.“ (FS_C_T S20 Z46f) Arbeit „neu“ kennen zu lernen – das ist „Gold wert“ und eine wesentliche Dreh-

schraube des Arbeitstrainings, ebenso wie kollegiale und freundliche Elemente. „S: Ja, dass ihr die Arbeit ziemlich Spaß gemacht hat, glaube ich. Also sicher nicht alles, aber sie hat halt wieder was Neues kennen gelernt, das ihr halt voll getaugt hat. Und sicher auch die ganzen Kollegen, weil die haben schon immer einen Spaß gehabt, auch wenn sie jetzt keinen Kontakt mehr haben oder so, das hat ihr ziemlich getaugt. Und sicher die Betreuer und so haben auch einiges ausgemacht (FS_A_G Seite 6 Z21ff).

Fassen wir die Leitfragen nach der Bedeutung von Stabilisierung und den Elementen für deren Gelingen zusammen.

4.1 Welche Elemente aus dem Leistungskatalog des ATZ machen Stabilisierung für die TrainingsmitarbeiterInnen aus und sichern Übergangsphasen positiv ab?

Wiederholt ist es die „Arbeit an sich“, die das zentrale stabilisierende Element ist. Es geht dabei um Aufbau und Förderung grundsätzlicher Arbeitstugenden, eine berufliche Orientierung und Eignungsprüfung und das Entwickeln von Perspektiven. Seitens des Arbeitstrainingszentrums sind Arbeitsklima und kollegiale Arbeitsbedingungen wesentliche integrative und die Stabilisierung förderliche Elemente. Es wird als Gefühl

des „Willkommenseins“ beschrieben. Stabilisierung bedeutet für Fall A vor allem den Wechsel zwischen guten und schlechten Phasen der Befindlichkeit zu akzeptieren und bewältigen zu können. In Fall B stellt sich Stabilisierung über ein offeneres und regeres Sozialverhalten dar. Sie hat keine Angst mehr vor dem Kontakt mit anderen Menschen und kann ihre Anfälle besser kontrollieren. Hier spielt die richtige Medikation eine große Rolle. Bei Fall C zeigt sich Stabilisierung vor allem über die Klärung der familiären und persönlichen Verhältnisse. Bei Fall D ist Stabilisierung insofern zu erkennen, als dass sie zumindest temporär (zum einen körperlich, zum anderen psychisch) erreicht wird. Allen Fällen gemein sind eine Stärkung des Selbstvertrauens und eine verbesserte Reflexionsfähigkeit gepaart mit einer gestärkten Selbstwahrnehmung und Selbstsicherheit.

Stabilisierendes Element des ATZ ist im Falle von Frau A vor allem die Übernahme einer Tagesstruktur. Generell erweist sich der Umstand, durch das Arbeitstraining wieder eine Aufgabe – vor allem aus der realen Wirtschaft – zu haben und gebraucht zu werden, als positiver Verstärker. Frau B profitiert vom Arbeitstraining, selbstbewusster und sicherer zu werden. Erfolge, die im ATZ gelangen, kann Frau B in ihr weiteres Leben trans-

portieren. Die Zusammenarbeit und Unterstützung der psychiatrischen Behandlung tragen ebenso intensiv zur Stabilisierung der Betroffenen bei. Im Fall von Frau C stellt sich der persönliche Kontakt bzw. die persönliche Unterstützung der Sozialarbeiterin als tragendes stabilisierendes Element dar. Frau D hebt unterdessen die Kollegialität und das Element der Akzeptanz hervor.

Von besonderer Bedeutung bei der Stabilisierung ist der zeitliche Faktor. Es zeigt sich in allen Teilstücken der Untersuchung, dass in der professionellen Arbeit mit den ATZ-Zielgruppen regulative, stabilisierende und integrative Leistungswirkungen des Arbeitstrainings bestenfalls mittel- bis langfristig, nicht aber „über Nacht“ erfolgen.

Stabilisierung an Übergängen bedeutet für Fall A Linien vorzeichnenden weiterführenden Kontakt und Rückhalt durch das ATZ. Durch die Möglichkeit, vor dem Arbeitstraining eine individuelle Trainingsmaßnahme zu absolvieren, werden der Einstieg und das Durchhalten erleichtert. Fall A betont das Hineinwachsen-Können in die Aufgabe, ohne sofort volle Leistung bringen zu müssen, als förderlich. Bei Fall B zeigt sich ein weiteres starkes Übergangselement, die Angst, den geschützten Bereich des ATZ zu verlassen, sehr

deutlich. Die Ausbildung von individuellen Tagesplänen und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven bieten Unterstützung und Schutz am Übergang in die erneute Arbeitslosigkeit. Die Überwindung dieser Angst und der positive Blick in die Zukunft stellen stabilisierende Elemente am Übergang aus den ATZ dar. Der Übergang ins ATZ wird bei Fall C von Erfolgserlebnissen erleichtert. Durch sie gewinnt Frau C Kraft und Motivation und erfährt, dass auch sie tatsächlich etwas schaffen und leisten kann. Die Sinnstiftung von Arbeit gilt im Fall von Frau D als verbindendes Element im Übergang hin zum ATZ.

Über den Einzelfall hinaus gehend zeigt sich, dass Gespräche und vor allem der Rückhalt vom ATZ als stabilisierende Elemente an Übergängen fungieren. Im Einzelnen können folgende Maßnahmenelemente als stabilisierende und integrative und Übergänge unterstützende Elemente resümiert werden:

- Den Tag strukturieren – durch Arbeitstätigkeit.
- Hineinwachsen in die Arbeit – durch individuelles Arbeitspensum.
- Personenzentrierte Arbeitsgestaltung – „Input“-Orientierung anstelle von „Output“-Maximierung

- Korrespondenz von Arbeitsfähigkeit, Lebensführung und Krankheit: Lebensumstände stabilisieren – Krankheitsverlauf stabilisieren.
- Vertrauen, Rückhalt und Bindung – durch aktives Zugehen und Zulassen.
- Authentische Erfahrung und bewusstes Beitragen – durch realitätsnahe Arbeitssituation.
- Reformulierung der Krankheit – durch Integration im veränderten Selbstbild.

4.2 Was bedeutet Stabilisierung im Lebenskontext der TrainingsmitarbeiterInnen und insbesondere an Übergängen von Arbeitslosigkeit und regelmäßiger Trainingsteilnahme sowie beim Wechsel nach dem Arbeitstraining in eine Beschäftigung?

Stabilisierung im Lebenskontext bedeutet für die TrainingsmitarbeiterInnen eine Absicherung, ein „Back-up“, das Finden einer Perspektive im Beruflichen sowie in der Befindlichkeit „Oberwasser“ zu bekommen. Stabilisierung an Übergängen bedeutet, Ängste und Handlungsunsicherheiten zu reduzieren.

Die Fokuspersonen erfahren das Arbeitstraining positiv: sie integrieren ihre Teilnahme in ihre Biografie als gelungene Phase.

Im Fall von Frau A kann das Arbeitstraining als Grundstein für

die begonnene Ausbildung gesehen werden. Sie kommt immer noch, vor allem in den stressigen Zeiten der Berufsschule, auf einen Besuch im ATZ vorbei. Sie baute sich ein eigenes Sicherheitssystem auf, nachdem sie Entscheidungen mit Bedacht trifft.

Bei Frau B stehen der Erwerb von neuem Selbstbewusstsein und verbesserte Selbsteinschätzung im Vordergrund. Sie blickt mit Stolz auf die Zeit im ATZ zurück, und die Fähigkeit, dass sie selbst einen Job gefunden hat, erfüllt sie mit Selbstachtung.

Weniger psychische Stabilität als solches, als die Klärung und Festigung sozialer Beziehungen und persönlicher Verhältnisse prägt, im Nachhinein betrachtet, den Erfolg der Betreuung von Frau C im ATZ. Sie kann ihre Ängste nun benennen und ist soweit in ihrer Selbsteinschätzung, als sie früh genug um Hilfe bittet und mittels Selbstkontrolle auch schlechte Tage überstehen kann.

Selbst in Fall D, bei dem von einem negativen Betreuungserfolg und einer negativen Stabilisierung die Rede ist, können bedeutsame positive Entwicklungen ausgemacht werden. So ist Frau D sehr stolz auf ihre Leistungen im ATZ. Sie profitiert noch heute davon, dass sie weiß, sie kann Leistung bringen und ihre Tätigkeit hat in der Gesellschaft einen Wert.

Im Lebenskontext bedeuten Stabilisierung und Übergänge für die Betroffenen:

- Eigene Leistungen besser sehen und in Arbeitsprozesse einbringen können.
- Resistenz gegenüber krisenhaften Lebensereignissen aufbauen – „kritische“ Situationen bewältigen können.
- Akzeptanz von Schwankungen im eigenen Leben – „Beruhigung“ durch
 - a) weniger intensive Schwankungen,
 - b) „Auf-und-Ab“ bedeutet nicht mehr Instabilität (weniger Angst besetzt).
- Entwicklung eines sensibilisierten Selbstbildes, in dem die eigene Krankheit akzeptiert und konstruktiv integriert ist – realistischeres Selbstbild vergrößert Handlungsspielraum.
- Persönlichkeitsentwicklung: Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Offenheit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Situationen, Fähigkeit zur flexiblen Reaktion auf die Anforderung wechselnder Situationen, Meistern auch stressreicher, frustrierender oder sonst wie schwieriger Lebenssituationen; „Elastizität“ und Widerstandsfähigkeit (Resilienz).
- Bewusste Abgrenzung und Situationsbewältigung – Nicht Abschottung oder Isolation, sondern eigene „Konturen“ besser kennen und ziehen können.
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben – durch „gesellschaftsfähige“ Integration der Krankheit, durch Akzeptanz von Notwendigkeit und Nutzen einer (auch) medikamentösen Therapie.
- Familiäre Situation und Beziehungen ordnen.
- Selbst Kontinuität herstellen können durch Umgehen mit temporären Passagen – Wechsel nicht auf sich selbst beziehen („Misserfolg“), nicht instabilisierender Bruch, sondern Chance auf Neu-Orientierung und Re-Stabilisierung („Erfolgsmöglichkeit“).
- Hintanstellen akuter (emotionaler) Dringlichkeiten – Umwandlung affekt-orientierten Handelns zu zweck-rationalem Handeln. Eigene Handlungen in einen längerfristigen Zeit-horizont bringen.
- „Ventil“ aufsuchen können – Abladen können von Frust, Abarbeiten und Loswerden von Misserfolg.

4.3 Was nehmen TrainingsmitarbeiterInnen aus dem ATZ für ihr weiteres (Berufs-) Leben mit?

Die Nachhaltigkeit des Trainings, was für die TrainingsmitarbeiterInnen das zentralste Element war, liegt in einem simplen, plausiblen, komplexen wie effektvollen Umstand: einfach beschäftigt gewesen zu sein. Die TrainingsmitarbeiterInnen verbinden damit eine Zeit, in der sie in einer sozial akzeptierten Form und Struktur eingebunden und in einem kollegialen Arbeitsumfeld gut aufgehoben waren. Sie erfahren sowohl durch die Tätigkeit selbst als auch das Arbeitsklima das Gefühl von „Wert-Sein“ und positive Selbstwert-Bestätigung. Dies und das „Gebrauchtwerden“ sind Grundbausteine für weitere Fähigkeiten und berufliche Integrationsaktivitäten. Was macht den Transfer vom Arbeitstraining in die Lebensführung aus?

- Berufliche Neu- bzw. Umorientierung: Berufssparte finden und festlegen; Reformulierung bisheriger Berufserlebnisse
- Anerkennen eigener Leistungsfähigkeiten: Bewusstsein über eigene Fähigkeiten, Selbstbewusstsein und Stolz auf eigene Leistungen
- Beziehungsleben: Beziehungen eingehen können und halten können

- „Zurück-Greifen-Können“ auf eigene gelungene Erlebnisse
- Akzeptanz von medikamentöser Behandlung
- Eigene Grenzen kennen und einschätzen lernen
- Probehandeln im Realkontext (Arbeits- und Belastungskontext)

5) Zur Entwicklung eines Wirkmodells in der Praxis

Im Workshop am 8. Mai 2008 skizzieren VertreterInnen von Arbeitstrainingszentrum und Arbeitsmarktservice OÖ gemeinsam und aufbauend auf den Evaluationsergebnissen und -diskussionen das in der Praxis vorherrschende Wirkmodell der Maßnahme im Hinblick auf die für die Stabilisierung und die Bewältigung von Übergängen maßgeblichen Dimensionen.

Relevanz der Dimensionen – Wie wichtig sind die einzelnen Wirk-Dimensionen?

Zwar werden in der Praxis die einzelnen Dimensionen kaum scharf getrennt werden können, fließen sie doch in unserem Erleben als auch im Leistungsangebot ineinander. Vorrangige Relevanz für Stabilisierung jedenfalls haben im Wirkmodell der Beteiligten die Dimensionen „Die eigenen Fähigkeiten wertschätzen“, „Eigene Krankheiten akzeptieren und damit um-

gehen können“, „Eigenen Alltag strukturieren können“, „Schwankungen in der Befindlichkeit akzeptieren“ und „Kritische Situationen bewältigen können“.

Dependenzen der Dimensionen – Wie hängen die Wirk-Dimensionen zusammen?

Die Wirk-Dimensionen werden in vier Wirk-Faktoren zusammengestellt:

- ***Faktor Arbeit und Beruf:***
Klare und realistische Berufsperspektive haben, Erweiterung der fachlichen Kompetenzen, die eigene Arbeit wertschätzen, Arbeitssituation und -bedingungen besser einschätzen können, eigene Leistungsfähigkeit sehen und anerkennen können.
- ***Faktor Umgang mit Krankheit:***
Bedingungen und Konsequenzen der Krankheit einschätzen und besser damit umgehen können, Krankheit akzeptieren und damit umgehen können, Schwankungen in der Befindlichkeit akzeptieren.
- ***Faktor Soziale und persönliche Beziehungen:***
Vertrauen zu Behörden und Institutionen (wieder) finden, familiäre Situation ordnen können, am gesellschaftlichen und sozialen Leben mehr teilnehmen können.

- ***Faktor Persönliche Fähigkeiten und Qualitäten:***

Den eigenen Alltag strukturieren können, Strategien von Personen und Institutionen zum Abladen von Frust / Belastungen nutzen können, kritische Situationen bewältigen können, Impulse zugunsten längerfristiger Perspektiven aufschieben können, gestärkte Persönlichkeit und Tugenden haben, Beziehungen halten können.

Dimensionen und Leistungen – Wie können die Wirk-Dimensionen den ATZ-Leistungen zugeordnet werden?

Die Beteiligten führen Wirk-Dimensionen und ATZ-Leistungen in zwei Cluster zusammen (Abb. 2): in einen fachlich-beruflichen und einen persönlichkeits-sozialarbeiterischen Dimensionencluster.

Dimensionen und zwei Stabilisierungsebenen – Auf welcher Ebene wirken die Dimensionen?

Wir unterscheiden zudem Stabilisierung, Gelingen und Betreuungserfolg in eine „objektive“ und „subjektive“ Ebene, d.h. Stabilisierung und stabilisierende Leistungen lassen sich auf zwei Ebenen ausmachen: auf einer „objektiven“ – dass faktische und äußerlich beobachtbare Umstände stabiler, gleichmäßiger verlaufen – und

einer „subjektiven“ – dass das Empfinden von gleichmäßigen, stabilisierten, kontinuierlichen Lebensumständen steigt. Für Interventionen und Handhabungen bedeutet dies, dass Stabilisierungsarbeit auch auf zwei Ebenen ansetzen kann:

- Lebensumstände und Lebensereignisse ändern und stabilisieren
- Persönliche Fähigkeiten ändern und stabilisieren: Handlungsspielraum der Menschen erhöhen. Fähigkeit erhöhen, Diskon-

tinuitäten oder Schwankungen im Erleben im „Rahmen des Stablen“ zu erleben und ins Stabile überzuführen. Person definiert eigene Befindlichkeiten und Lebensereignisse im „Stabilitäts-Raum“; sie wird fähiger, bereiter, williger, sich selber zu stabilisieren und als stabil zu definieren.

Auf welchen der beiden Ebenen nun siedelt die Handlungspraxis die Dimensionen im Wirkmodell an? Eine systematische Trennung und Zuordnung fällt besonders



Abbildung 2: Wirkmodell – Zuordnung der ATZ-Leistungen zu den Wirkdimensionen

schwer, da die Dimensionen meist auf beiden Ebenen wirken. Auf der objektiven Stabilisierungsebene finden sich etwa die Dimensionen „Familiäre Situationen ordnen können“, „Klare und realistische Berufsperspektiven“ und „Bedingungen der Krankheit einschätzen und damit umgehen können“ wieder; auf subjektiver Stabilisierungsebene sind dies „Alltag strukturieren“, „Eigene Arbeit wertschätzen“, „Krisen / Konflikte – Fähigkeit zu stellen“ und „Krankheit akzeptieren“ wieder.

6) Zusammenfassung

Die Evaluation macht folgende Kernelemente des Arbeitstrainings aus, die eine positive Bewältigung von Übergängen und eine nachhaltige Stabilisierung befördern:

- Eingehen auf die individuellen Fähigkeiten am Beginn des Arbeitstrainings über eine reduzierte Arbeitszeit und -leistung in der individuellen Trainingsmaßnahme
- eine Aufgabe haben und vermitteln; wertvoll für die Gesellschaft sein
- konstante und über die Trainingsteilnahme hinausreichende sozialarbeiterische Unterstützung in psychosozialen Belangen

- verbessertes Krankheitsbild in Folge guter und dauerhafter medizinischer Betreuung und Therapie
- vielschichtige Persönlichkeitsentwicklung im Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Selbsteinschätzung, Reflexionsvermögen etc. im Zusammenspiel mit dem Ausbau fachlicher Fähigkeiten

„Der Mensch steht im Mittelpunkt.“ Dies, das Leitbild des Arbeitstrainingszentrums OÖ, konsequent zu betreiben, heißt auch, den Menschen in seiner Ganzheit zu begreifen. Das Arbeitstraining umfasst zahlreiche Leistungen; etwa Arbeitserprobung, Arbeitstraining, Individuelle Trainingsmaßnahme, Beschäftigung und Qualifizierung, Sozialtherapie, Behindertenpädagogik, Berufs- und Sozialpädagogik, Lebens- und Sozialberatung, Erlebnispädagogik, Mal und Gestaltungstherapie in der beruflichen Rehabilitation, Ergotherapie und Fachunterricht in den spezifischen Berufsfeldern. Die TrainingsmitarbeiterInnen finden im Arbeitstraining ein motivierendes Arbeitsklima, Kollegialität, Wertschätzung und Respekt, welche sie zu Selbstachtung, Selbstverantwortung und Selbstbegräftigung leiten mag. Das gelingt nicht in jedem Falle, gerade angesichts der Eigenverantwortlichkeit eines Menschen wäre es geradezu anma-

ßend, wollte man dessen Leben und Arbeit maßnahmentechnisch steuern oder vorausbestimmen können.

Einzelne Leistungen lassen sich also nicht so ohne Weiteres herauslösen. Welchen Elementen kommt aus Sicht der Betroffenen tendenziell höheres Gewicht zu? Das sind vor allem: die Individualisierung des Arbeitstrainings, die Kooperation mit den Betrieben, eine über das Arbeitstraining hinausgehende Unterstützung. Die Schaffung einer Tagesstruktur bezeichnen alle Fallstudien als eines der wichtigsten Elemente des ATZ. Als ganz besondere Erleichterung wird die Möglichkeit zur Stundenreduktion am Anfang gesehen. Dies hilft den TMA, wieder in ein geregeltes Arbeitsleben zu finden ohne an der Überforderung zu scheitern. Es zeigt sich, dass eine Stabilisierung des Krankheitsbildes über die geeignete Therapie auch zu einer Stabilisierung der gesamten Lebensumstände beiträgt. Große Wirkung zeigen die Gespräche mit den diplomierten SozialarbeiterInnen sowie das Vertrauen, sich dort öffnen zu können. Allgemein werden die hohe soziale Bindung und der Rückhalt im ATZ positiv betont. Die Wertschätzung, die man über die Arbeit und die echten Aufträge aus der Wirtschaft erfährt, steigert das Selbstbewusstsein. In einem Fall zeigt sich eine Instabilität, die aber von der betroffenen

Person als stabil wahrgenommen wird. Das heißt, dass diese ständigen „Auf-und-Abs“ zu einem kontinuierlichen Zustand geworden sind und die Person gegenüber ihren psychischen Schwankungen „resistenter“ und offener geworden war.

Auf Basis der Evaluationsbefunde erscheint es paradox, „einzelne“ Elemente der im Arbeitstraining zu Tage kommenden Leistungen herauszugreifen oder in ihrem Effekt auf die Stabilisierung isolieren zu wollen. Das wäre angesichts der Wirkkomplexität eine der Realität nicht entsprechende Reduktion und Zergliederung, die das Arbeitstraining aus seinen Wirkzusammenhängen reißen würde. Arbeitstraining bedeutet nicht für jeden das Gleiche. Für den einen werden mehr berufsfachliche Perspektiven und Fähigkeiten im Vordergrund stehen, über die psychische Befindlichkeiten gefördert werden. Für eine andere werden eher sozialarbeiterische und therapeutische Eingangsunterstützungen angebracht sein, damit sie sich langsam in eine Arbeitsstruktur einfinden und diese Berufserfahrung positiv in ihr Leben integrieren kann. Erfolg und Stabilisierung werden letztlich durch das Zusammenwirken der im Arbeitstrainingszentrum praktizierten Leistungen und Beziehungen zustande kommen.

7) Weiterführende Literatur zur Evaluation von Arbeitstrainingszentren und Beschäftigungsmaßnahmen im Arbeitsmarkt

- Bode, Ingo (2005): Evaluation jenseits des Mainstreams, oder: Wie lässt sich Qualität in der (gemeinnützigen) Beschäftigungsförderung bestimmen? In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 57-80.
- Grausgruber, Alfred; Mörth, Ingo; Rittmansberger, Hans; Atzlinger, Gerda (1994): Integration durch Arbeit? Soziale und berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Problemen am Beispiel des Arbeitstrainingszentrums in Oberösterreich. Reihe Beiträge zur psychischen und sozialen Gesundheit, Band 1. Linz: Edition promente.
- Groß, Dirk, (2005): Alles Wirkung – oder was? Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung nach § 78 SGB VIII als Perspektive für die Evaluation von Arbeitsmarktpolitik. In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 165-186
- Kern, Rudolf; Loidl-Keil, Rainer (2001): Evaluation ATZ – Arbeitstrainingszentrum promente Oberösterreich. Ergebnisbericht Soziologisches Hauptpraktikum. Linz: Johannes Kepler Universität, Institut für Soziologie.
- Kern, Rudolf; Loidl-Keil, Rainer (2003): Towards a Conceptual Scheme of Motivation in Work-Based Training Centres. Paper presented at the Fifth International Conference of the „Journal of Education and Training“, University of Greenwich, London, 16-18 July 2003.
- Lechner, Ferdinand; Loidl, Rainer; Mitterauer, Lukas; Reiter, Walter (2000): Aktive Arbeitsmarktpolitik im Brennpunkt 1: Evaluierung Sozialökonomischer Betriebe. Reihe: AMS report 18. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich.
- Loidl-Keil, Rainer (2003): Evaluationen in der aktiven österreichischen Arbeitsmarktpolitik. In: Kontraste, Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik. Nummer 5, Mai 2003. pp. 18-22.
- Loidl-Keil, Rainer (2004): Organisationsbilder des Arbeitstrainingszentrums OÖ ATZ. Konturen einer Organisation. Bericht aus dem Forschungspraktikum Organisationssoziologie 1 und 2. Linz: Johannes Kepler Universität, Institut für Soziologie.
- Loidl-Keil, Rainer (2005): Integration als Geschäft und Wertschöpfung. Begriffliche Positionsbestimmung Sozialer Integrationsunternehmen als Organisationstyp. In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 1-28.
- Loidl-Keil, Rainer (2008): Soziale Dienste sind keine „Non-profit-Organisationen“. Sozialökonomische Wertschöpfungsprozesse zwischen Werkzeugdenken und Komplexitätsbewahrung am Beispiel des SROI (Social Return on Investment). In: soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschulstudiengänge soziale arbeit, Nr. 1 (2008), 10 Seiten. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/58/62>
- Loidl-Keil, Rainer; Laskowski, Wolfgang (Hrsg.) (2005a): Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag.
- Loidl-Keil, Rainer; Laskowski, Wolfgang (2005b): Bestandsaufnahme zum Evaluationsgeschehen in der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik – Wirkungsorientierung zwischen makroökonomischen Strukturen und mikroökonomi-

schen Handlungen. In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 29-56.

Loidl-Keil, Rainer; Sagl, Marie-Therese (2008): Evaluation Arbeitstrainingszentrum Oberösterreich. Akzentuierung von Stabilisierung und Übergängen. Unveröffentlichter Endbericht an das Arbeitsmarktservice Oberösterreich. Linz. 91. Seiten.

Pesendorfer, Christian (2006): Monitoring der Beschäftigungskarrieren von AMS REHA-AbsolventInnen in OÖ im Zeitraum 2002 – 2004. Ergebnisse zu den Erwerbskarrieren der AbsolventInnen in den oberösterreichischen AMS REHA-Schulungen (BBRZ 2002 – 2004, ATZ-promente 2004). Endbericht Gesamtfassung. Linz: Erstellt vom Institut für Ausbildungs- und Beschäftigungsberatung IAB. Technische Hilfe des AMS OÖ, gefördert aus Mitteln des ESF und der AMF.

Reiter, Walter; Mitterauer, Lukas; Riesfelder, Andreas; Willsberger, Barbara (1998): Evaluierung der Tätigkeiten der Arbeitstrainingszentren (ATZ). Endbericht. Wien: L+R Sozialforschung.

Stoppacher, Peter (2005): Evaluierungen von Beschäftigungsprojekten – Erfahrungen aus Sicht der Forschung. In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 121-130.

Wroblewski, Angela (2005): Die Evaluierung von Maßnahmen zur Integration von Personen mit besonderen Bedürfnissen – Anmerkungen zu methodischer Vorgangsweise und Bewertungsmaßstab. In: Evaluationen in Sozialen Integrationsunternehmen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen. Hrsg. von Rainer Loidl-Keil und Wolfgang Laskowski. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag. S. 103-120.

Zilian, Hans Georg (2004): Insider und Outsider. 1. Auflage. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag.

Korrespondenz

LQUADRAT Sozialforschung,
Evaluation und Unternehmensberatung
Prof. (FH) Dr. Mag. Rainer Loidl-Keil
A-4020 Linz, Römerstraße 23
A-8503 St. Josef, 165 B
Mobil ++43(0)664.1008073,
rainer.loidl-keil@lquadrat.at



Stimmungstief ade! **Hilfe aus der Natur**



„Eines Tages saß die Traurigkeit in einer Ecke und erzählte der Verzweiflung, dass die Kraft sie verlassen hatte.“

Wer kennt sie nicht? Die Niedergeschlagenheit, wenn sich die kleinen und größeren Belastungen des Lebens summieren und man sich überfordert und leer fühlt. Freilich ist nicht jedes Stimmungstief eine Depression und nicht jede depressive Verstimmung braucht eine medikamentöse Behandlung - schon gar keine „schweren Geschütze“.

Oft helfen bereits milde pflanzliche Präparate aus der Apotheke über den Blues hinweg. Johanniskraut etwa hebt die Stimmung und kann zum Beispiel als Tee oder in Form von Dragees eingenommen werden.

Kommen Sie zu uns. Wir beraten Sie gerne.



Apotheke **Eine Frage der Gesundheit**



Stefan Frühwald

Psychiatrische Rehabilitation mit oder ohne oder mit und ohne Betten

Gedanken zu einer inoffiziellen fachlichen Kontroverse in Österreich

Psychiatrische Rehabilitation in Österreich

Psychische Störungen betreffen eine große Anzahl von Menschen und führen häufig zu bedeutenden und anhaltenden Funktionseinschränkungen in verschiedenen relevanten Lebensbereichen, welche durch rehabilitative Maßnahmen gebessert werden können (WHO 1992, WHO 2001, WHO 2007). Rehabilitation stellt im medizinischen Fachgebiet von Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin eine bedeutende Intervention dar (Rössler 2004, 2007). Die Praxis der Rehabilitation ist jedoch – wie auch weitere Aspekte der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung – heute noch inhomogen,

theoretische Konzepte sind überlappend und praktische Umsetzungsbeispiele divergent.

Auch die Institutionen der EU messen der psychischen Gesundheit zunehmend hohen Stellenwert bei, investive Maßnahmen in diesen durch lange Zeit in Relation zu Prävalenzzahlen und beeinträchtigten Lebensjahren unterdotierten Sektor des Gesundheitswesens werden den Mitgliedsstaaten empfohlen (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz 2005, Europäische Kommission 2008). Die psychiatrische Fachöffentlichkeit Österreichs wird in den letzten Jahren mit erfreulichen strukturellen Veränderungen konfrontiert. Nach einer Änderung des ASVG 1996

wurde medizinisch-psychiatrische Rehabilitation in Analogie zu bestehenden rehabilitativen Maßnahmen für verschiedene bedeutende somatische Krankheitsbilder auch für psychiatrische Erkrankungen etabliert (Platz 2008, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2005).

In einem ersten Schritt wurden zwei **Rehabilitationskliniken** etabliert, eine in OÖ („Sonnenpark“ Bad Hall) und eine in Kärnten („Reha-Klinik für Seelische Gesundheit“ Klagenfurt). Beide Einrichtungen bestehen seit mehreren Jahren und berichten über positive Erfolge der rehabilitativen Behandlung (Haberfellner et al 2006, Hinterhuber & Meise 2007, Platz 2008). Als Konsequenz daraus wird in den kommenden Jahren die Anzahl dieser Betten für stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation von 240 auf über 500 in Österreich ausgebaut.

Mit Betten und auch ohne Betten: die psychiatrische Versorgungslandschaft im Wandel

Rehabilitative Elemente kommen allerdings im Tätigkeitsspektrum zahlreicher Leistungserbringer in der sozialpsychiatrischen Versorgung vor. Die **stationäre Behandlung** wurde in den letzten Jahren gravierend verändert. In den meisten Bundesländern wurde, dem

bewährten Vorgehen anderer Länder folgend, die stationäre psychiatrische Behandlung dezentralisiert und erfolgt heute meist in Allgemeinkrankenhäusern, statt wie früher in wohnortfern gelegenen, zentralisierten „Nervenkliniken“. In NÖ wurden in den letzten Jahren mehrere psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet (in Hollabrunn, Waidhofen/Thaya, Neunkirchen, Tulln und Baden), die Schaffung einer Abteilung in St. Pölten steht bevor. Eine der traditionellen Landesnervenkliniken, Gugging, wurde 2007 geschlossen. Auch in anderen Bundesländern wurden oder werden analoge Umstrukturierungen der stationären psychiatrischen Versorgung vollzogen. Seit knapp 10 Jahren beschleunigte sich nicht zuletzt durch die Umstellung auf eine „leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung“ (LKF) der Trend einer Verkürzung der Dauer stationärer Aufenthalte. Stationäre Aufenthalte auf Akutabteilungen dauern heute im Durchschnitt nur mehr zwei bis drei Wochen. An zahlreichen psychiatrischen Abteilungen stehen heute **Tageskliniken** zur Verfügung. Hier wird ein dichtes frührehabilitativ-therapeutisches Programm offeriert, das vom Morgen an bis in die mittleren Nachmittagsstunden reicht und einen „sanften“ Übergang von der vollstationären Behandlung zur selbstständigen Lebensbewältigung darstellt.

Insbesondere für komplexe Problemstellungen, also zur wohnortnahen ambulanten und mobilen Unterstützung von eher schwer und chronisch psychisch kranken Menschen, stehen seit den 70er Jahren **psychosoziale Einrichtungen (Psychosoziale Dienste u.a.)** zur Verfügung, die meist aus öffentlichen Mitteln der Sozialhilfe finanziert werden. Auch diese sind heute in allen Bundesländern flächendeckend vorhanden, variieren aber stark in Ausstattung und Leistungsspektrum. Diese psychosozialen Dienste stehen als Drehscheibe der langfristigen Dauerbehandlung zur Verfügung, wenn für psychisch Kranke über rein ärztliche Hilfe hinaus auch Unterstützung bei Selbstversorgung und Wohnen, bei Arbeit und Ausbildung oder in Tagesgestaltung und Kontaktfindung erforderlich erscheint, also wenn komplexe Bedürfnisse der Betreuung bestehen (Frühwald et al 2007, Katschnig et al 2003).

Problematische Aspekte medizinisch-psychiatrischer Rehabilitationskliniken

Idealerweise sollte die (Früh-)Rehabilitation bei psychiatrischen Erkrankungen rasch einsetzen und wohnortnahe erfolgen (Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2005, BAR 2000, 2005), weshalb dezentrale psychiatrische Abteilungen, an welche Tageskliniken angeschlossen

sind, hierfür gut geeignet sind (Amering 2006). Ebenso erbringen regionale psychosoziale Einrichtungen (PSD, Patientenclubs, Arbeitsrehabilitationseinrichtungen wie die Arbeitsassistenten, Wohnrehabilitationseinrichtungen wie die Wohnassistenten, Wohngemeinschaften, Wohnheime u.a.) rehabilitative Leistungen (Frühwald et al 2006, Matschnig et al 2008, Roick et al 2008, Bitter et al 2009). In der internationalen psychiatrischen Fachliteratur wurden genau diese, mit der Regelversorgung verzahnten bzw. diese ergänzenden Ansätze der Rehabilitation evaluiert und deren Erfolge z.B. hinsichtlich der erfolgreichen Wiedereingliederung in reguläre Beschäftigung dargestellt (Hoffmann & Kupper 2003, Becker et al 2005, Burns et al 2007).

Damit kontrastiert das Grundkonzept der in Österreich teils etablierten, teils geplanten psychiatrischen **Rehabilitations-Kliniken** in mehreren Parametern. Diese Kliniken sind für **große Einzugsgebiete** zuständig (gemeindefern), weshalb aufgrund der meist großen Distanzen zum Wohnort die Rehabilitanden den 6-wöchigen Aufenthalt am Ort der Rehabilitation verbringen und erst am Ende nach Hause zurückkehren. Dies hat zur Folge, dass die im dichten therapeutischen Setting hochprofessionell vorgehaltenen Interventionen nicht unmittelbar im Lebensumfeld erprobt und so lebenspraktisch wirk-

sam werden können. Auch ein **Einbezug der Angehörigen**, der in den verschiedenen psychiatrischen Tätigkeitsfeldern als ein den Interventionserfolg mit bestimmendes Kriterium betrachtet werden kann, ist mangels leichter Erreichbarkeit und Besuchsmöglichkeit schwierig umzusetzen. „Schnittstellen“ zur regional verfügbaren psychiatrischen Regelversorgung werden durch die Gemeindeferne zu „Rissen“: Die Zuweisung zur Rehabilitation erfolgt in der Regel nicht über die psychiatrische Regelversorgung (wo z.B. – in Analogie zur Rehabilitation bei unfallchirurgischen oder kardiologischen Gesundheitsproblemen – während eines Akutaufenthalts ein entsprechender Antrag gestellt würde), sondern über ein Antragsverfahren des zu Rehabilitierenden beim Kostenträger (Pensionsversicherungsanstalt), welches weniger auf Behandlungsverläufe als auf formale arbeitsrechtliche Prozessschritte (z.B. längerfristige Arbeitslosigkeit; Beantragung einer Invaliditätspension) abgestimmt ist. Ein persönlicher Kontakt der case manager der langfristigen Regelversorgung mit den Rehabilitationskliniken ist aufgrund der Distanz und deren Zuständigkeit für große Gebiete nicht leicht etablierbar. Als Konsequenz ist die **Vernetzung mit der Regelversorgung** zur bruchlosen Weiterbetreuung nach der medizinischen Rehabilitation **schwierig**. Alle diese Ar-

gumente führten ja (nach Präsentation umfassender wissenschaftlicher Evidenz) zur Infragestellung der traditionellen gemeindefernen stationären akutpsychiatrischen Versorgung.

Wenn rehabilitative Anschlussheilverfahren für somatische Krankheitsgruppen vorgehalten werden, so sollten solche nicht zuletzt **aus Gründen der Gerechtigkeit auch psychisch Erkrankten angeboten** werden. Dennoch dürfte ein bedeutender motivierender Faktor für die Versicherungsträger, Rehabilitationsangebote für von psychischen Störungen Betroffene zu etablieren, zweifellos auch die hohe und weiter ansteigende **Rate krankheitsbedingter Frühpensionierungen** sein. Inwieweit die in Österreich ungebremst ansteigende Rate an Zuerkennungen von Invaliditätspensionen aufgrund von psychiatrischen Störungen ein Beweggrund für die Bewilligung der psychiatrischen Rehabilitations-Kliniken war, ist dem Autor dieses Beitrags nicht bekannt. Eine Eindämmung der Frühpensionierungen scheint mir allerdings durch stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation nicht möglich: Weder national noch international finden sich wissenschaftliche Belege für erfolgreiche berufliche Integration durch gemeindeferne Interventionen bzw. durch Rehabilitationskliniken (Hoffmann 2004).

Schlussfolgerungen – psychiatrische Rehabilitation als Baustein integrierter Versorgung

Als Alternative, bzw. auch als Ergänzung oder Fortsetzung der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation bietet sich die Nutzung der Tageskliniken, wie auch der verfügbaren dezentralen, in Wohnortnähe vorhandenen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen an. Diese erbringen nachweislich bedeutende Leistungen der Rehabilitation (z.B. Arbeitsrehabilitation, Wohnrehabilitation), ohne allerdings im sozialversicherungsrechtlichen Sinn überhaupt als Rehabilitationseinrichtungen anerkannt zu sein. Beim Rehabilitationsbegriff der Rehabilitationskliniken handelt es sich um einen gesetzlichen Begriff des Sozialversicherungsrechts, der in Analogie zu körperlichen Krankheiten, bei denen eine Funktionswiederherstellung in speziellen Rehabilitationseinrichtungen zum Großteil (auch dort nicht in allen Fällen) zweckdienlich ist, auf die völlig anders geartete und de facto benötigte „Rehabilitation“ bei psychischen Krankheiten angewendet wird. Bei psychischen Krankheiten wird nicht eine „Reparatur“ unabhängig und fern von der Lebensumgebung benötigt, sondern ein komplex unterstützter Wiedereingliederungsprozess vor Ort. Und dafür sind gemeindepsychiatrische Einrichtungen prinzipiell sehr gut geeignet,

die dafür auch entsprechende Mittel der Kostenträger für Rehabilitation erhalten sollten.

Tageskliniken und gemeindepsychiatrische Einrichtungen sind allerdings nicht überall ausreichend ausgebaut (so liegt der Ausbaugrad psychosozialer Beratung z.B. in NÖ nach Evaluierung durch das ÖBIG (2007) erst bei gut 50% der Personalquantität des österreichischen Durchschnitts). Spezifische Angebote zur Arbeitsrehabilitation und beruflichen Integration sind nicht ausreichend etabliert (Frühwald & Matschnig 2008). Dass, vor einem (durch Evidenz als in einer integrierten Versorgung erwiesenermaßen nützlichen) flächendeckenden Ausbau gemeindepsychiatrischer Dienste und Angebote, die Errichtung medizinischer Rehabilitationskliniken Vorrang haben soll, erscheint deshalb zweifelhaft.

Falls tatsächlich in methodisch einwandfreier wissenschaftlicher Evaluierung belegbar ist, dass stationäre medizinisch-psychiatrische Rehabilitation Vorteile in härteren Parametern jenseits von Zufriedenheitsmessungen bringt (z.B. auf den weiteren längerfristigen Krankheitsverlauf, auf die längerfristige berufliche Integration, auf längerfristige Krankheitsfolgekosten, o.a.), so wäre dennoch zu fordern, dass nicht einerseits stationäre medizinisch-psychiatrische Behandlungen zügig implementiert, andererseits

in vielen Gebieten ein Ausbau des noch völlig unzureichenden Angebots von wohnortnahen gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen (die ja die Nachbetreuung der Rehabilitanden nach der 6-wöchigen medizinischen Rehabilitationsphase übernehmen könnten/sollten) unterbleibt. Dieses Problem mag in OÖ, wo die Ideengeschichte der psychiatrischen Reha-Kliniken mitbeganzen hat, nachrangig erscheinen. Auf Ebene Gesamtösterreichs ist dieses Problem hochrelevant (Frühwald & Matschnig 2008, Dantendorfer 2008, Bitter et al 2009).

Der Österreichische Schizophreniebericht (Rittmannsberger & Wancata 2008) stellt in zahlreichen relevanten Bereichen einen **Mangel an verlässlichen Daten** fest. Hier sind alle Akteure gefordert, in ihrem Wirkungsbereich **Evaluationen zu fördern** und **Wirksamkeitsnachweise** auf methodisch möglichst anspruchsvolle Weise zu **präsentieren**. Inzwischen ist zu fordern, dass komplexe Leistungen im Rahmen psychiatrischer Rehabilitation nicht „mit“ oder „ohne Betten“, sondern insgesamt in einem schlüssigen Gesamtkonzept, das medizinische Elemente wie auch längerfristige gemeindenähe Begleitung hin zu möglichst umfassender Integration umfasst, erforderlich sind und etabliert werden sollten, d.h. psychiatrische Rehabilitation „mit und auch ohne Betten“.

Literatur:

- Amering, M.: Wie könnte eine sinnvolle Frührehabilitation für ein Schizophrenie Erkrankte in der Gemeinde aussehen? – Wege zu einem neuen Standard in der Gemeindepsychiatrie. Wiener Medizinische Wochenschrift 156; 79-87, 2006
- Becker, T.; Reker T.; Weig W.: Psychosoziale Therapien (Behandlungsleitlinie 7 der Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Darmstadt 2005
- Bitter, D.; Entenfellner, A.; Matschnig, T.; Frottier, P.; Frühwald, St.: Da-Heim im Heim?! Bedeutete Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? Psychiatrische Praxis 36, 2009 (im Druck)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK – Bestandsaufnahme. BAR, Frankfurt am Main, 2000
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: RPK-Empfehlungsvereinbarungen 2005,
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen 2003
- Burns, T.; Catty, J.; Becker, T.; Drake RE.; Fioritti, A.; Knapp, M.; Lauber, C.; Rössler, W.; Tomov, T.; van Busschbach, J.; White, S.; Wiersma, D.: for the EQLISE group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 370, 1146-1152 (2007).
- Dantendorfer, K.: Inanspruchnahme psychosozialer Dienste in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Freizeit und Beratung. In: Rittmannsberger, H.; Wancata J. (Hrsg.): Österreichischer Schizophreniebericht, Buchplus Linz, 2008, S. 163-166
- Europäische Kommission: European Pact for Mental Health and Well-Being 2008 (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

- Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit 2005 (www.euro.who.int/document/mnh/gdoc06.pdf)
- Frühwald, S.; Korbel, C.; Taschler I.; Der Psycho-Soziale Dienst (PSD) der Caritas St. Pölten: Außerstationäre Hilfe für psychisch Kranke im Westen Niederösterreichs. *Gemeindenaher Psychiatrie* 28, 147-154, 2007
- Frühwald, S.; Bühler, B.; Grasl, R.; Gebetsberger, M.; Matschnig, T.; König, F.; Frottier, P.: (Irr-)wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. *Neuropsychiatrie* 2006, 20: 250-256
- Frühwald, S.; Matschnig, T.: Berufliche Rehabilitation. In: Rittmannsberger, H.; Wancata J. (Hrsg.): Österreichischer Schizophreniebericht, Buchplus Linz, 2008, S. 174-177
- Haberfellner, EM.; Schöny, W.; Platz, T. & Meise, U.: Evaluationsergebnisse medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatrie* 20, 215-218, 2006
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Handbuch zur medizinischen Rehabilitation. Wien 2005
- Hinterhuber, H.; Meise, U.: Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. *Neuropsychiatrie* 21; 1-4, 2007
- Hoffmann, H.: Berufliche Rehabilitation. In: Rössler, W.: *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 2004: S. 333-346.
- Hoffmann, H.; Kupper, Z.: Prädiktive Faktoren einer beruflichen Wiedereingliederung von schizophrenen Patienten. *Psychiat Prax* 30, 312-317 (2003).
- Katschnig, H.; Denk, P.; Weibold, B.: Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995. Universitätsklinik f. Psychiatrie, Wien, 2003 (<http://cms.noegus.at/images/noepsy03-kurzend.pdf>)
- Matschnig, T.; Frottier, P.; Seyringer, M.E.; Frühwald, St.: Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatrische Praxis* 35, 271-278, 2008
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Dokumentation der außerstationären psychiatrischen Versorgung. Wien, 2007
- Platz, T.: Stationäre Rehabilitation. In: Rittmannsberger, H.; Wancata, J. (Hrsg.): Österreichischer Schizophreniebericht, Buchplus Linz, 2008, S. 167-173
- Rittmannsberger, H.; Wancata, J. (Hrsg.): Österreichischer Schizophreniebericht, Buchplus Linz, 2008
- Roick, C.; Schindler, J.; Angermeyer, MC.; Fritz-Wieacker, A.; Riedel-Heller, S.; Frühwald, S.: Das Gesundheitsverhalten schizophrener erkrankter Menschen: ein typisches Verhaltensmuster? *Neuropsychiatrie* 2008, 22, 100-111
- Rössler, W.: *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 2004
- Rössler, W.: Perspektiven der psychiatrischen Rehabilitation. *Psychiatrie & Psychotherapie* 3; 3-8, 2007
- World Health Organization (WHO): *International Classification of Functioning, Disability & Health*. Geneva 2001
- World Health Organization (WHO): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva 1992
- World Health Organization (WHO): *Global burden of disease and risk factors*. <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html> (2007)

Korrespondenz

Univ. Doz. Dr. Stefan Frühwald
PSD der Caritas St. Pölten
Dr. Karl Renner Promenade 12
3100 St. Pölten
psd.fruehwald@stpoelten.caritas.at
www.psychosozialer-dienst.at

Living in the **Green Box**

Es ist schön **ER**ster zu sein!

Wer seit 12 Jahren als echtes Original im Rampenlicht steht,
glänzt durch profunde Erfahrung!



AUT-EFX06-0209

**Efectin® ER –
als Ersttherapie frei verschreibbar bei:**

- ◆ Depression
- ◆ Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe
- ◆ Generalisierter Angststörung (GAD)
- ◆ Sozialphobie (SAD)

Weil Linderung allein zu wenig ist.



Wyeth

www.wyeth.at
www.nein-zur-depression.at
www.nein-zur-angst.at

¹⁾ Laut Fachinformation.

EFFECTIN® ER
*simply effective*¹⁾

Egon Michael Haberfellner

Medizinische Rehabilitation in psychiatrischen Indi- kationen – pro und contra

In den letzten Jahren „boomt“ die medizinischen Rehabilitation in psychiatrischen Indikationen. Neben den ursprünglichen Standorten Klagenfurt und Bad Hall wurden mittlerweile in St. Veit (Salzburg), St. Radegund (Kärnten) und Podersdorf (Burgenland) Einrichtungen eröffnet, die insgesamt ca. 350 Rehabilitationsplätze anbieten.

Die Kritik an dieser Form der psychiatrischen Behandlung wurde in den letzten Jahren etwas leiser. Die Akzeptanz und die große Nachfrage bei Patienten und Zuweisern (niedergelassene Fachärzte, psychiatrische Akutabteilungen und andere psychosoziale Fachleute) ist eines der stärksten Argumente, das für den eingeschlagenen Weg

spricht. Es gibt aber nach wie vor Befürworter und Gegner.

In den Diskussionen pro und contra werden immer wieder folgende Argumente vorgebracht:

Das Modell „Medizinische Rehabilitation“ widerspricht dem Grundsatz „ambulant vor stationär“:

Die Diskussion „ambulant oder stationär“ wird dadurch kompliziert, dass die Rehabilitationszentren, in denen medizinische Rehabilitation angeboten wird, zum Teil den sanitätsrechtlichen Status einer Sonderkrankenanstalt haben, zum Teil den eines „Ambulatoriums mit angeschlossenem Hotelbetrieb“.

Diese Ambulatorien sind nicht als „echte Ambulanzen“ zu sehen und entsprechen nicht dem Grundsatz der gemeindenahen Psychiatrie „ambulant vor stationär“, weil die Patienten die Nächtigungsmöglichkeit in Anspruch nehmen müssen und nicht die Möglichkeit haben, zuhause zu übernachten. Der Alltag hat Ähnlichkeiten mit einem Kurbetrieb, wie er in allen anderen medizinischen Indikationen auch üblich ist.

Ideologisch ist die Grundsatzdiskussion weiterhin von den Befürchtungen vor Hospitalisierung der Patienten getragen, die aber bei den üblichen und von vornherein begrenzten Aufenthaltsdauern von sechs Wochen nur selten eine Rolle spielt.

Die vorhandenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen reichen aus, um den Reha- und Behandlungsbedarf abzudecken:

Sozialpsychiatrische Rehabilitation wird ausschließlich gemeindenah angeboten und hat das Ziel, Menschen mit schwerwiegenden, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen langfristig zu unterstützen. Durch sozialpsychiatrische Angebote können aber nicht die Bedürfnisse aller Patienten abgedeckt werden, sondern die spezieller Patientengruppen. In manchen Fällen kann ein zeitlich unbegrenztes

intensives Langzeitrehabilitationsprogramm die einzig richtige Maßnahme sein, um die angestrebten Ziele zu erreichen. In manchen anderen Fällen kann ein zeitlich klar begrenztes, intensives Rehabilitationsprogramm die passende Maßnahme sein, die geeignet ist, einen Patienten soweit zu rehabilitieren, dass er wieder sein selbstständiges Leben in Angriff nehmen kann. Das gilt es individuell zu beurteilen.

Die Wirkung medizinischer Rehabilitation ist nicht nachgewiesen:

Die Rehabilitationsergebnisse werden derzeit durch eine umfassende, diagnosenübergreifende Katamnesestudie evaluiert und wurden zum Teil publiziert (Haberfellner et. al. 2004, Haberfellner et. al. 2005, Haberfellner et. al. 2006, Haberfellner et. al. 2008). Manche Kollegen fordern ein randomisiertes Studiendesign, Plazebokontrolle usw. Das ist von vornherein ein aussichtsloses und auch sinnloses Unterfangen. Die Interventionen der medizinisch psychiatrischen Reha unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Akutpsychiatrie. Warum die Einzelinterventionen von der Psychotherapie über Psychopharmakotherapie bis zur Ergotherapie und vieles mehr aufwändig neu beforscht werden sollen, ist daher nicht nachvollziehbar.

Mögliche Schnittstellenprobleme:

Schnittstellenprobleme sind zu erwarten, wenn Patienten von einem Behandlungssystem in ein anderes wechseln, vor allem von stationärer in ambulante Behandlung bzw. Rehabilitation und umgekehrt. Der Transfer der erreichten Verbesserungen oder der angeregten Verhaltensänderungen in den Alltag ist eines der Hauptprobleme an der Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Rehabilitationsangeboten. An den Schnittstellen besteht das Risiko, dass die erarbeitete Rehabilitationsstrategie, die geplante Nachbehandlung und weitere Betreuung im Sand verlaufen.

Langfristig bestehende Erkrankungen brauchen langfristige Strategien und Kontinuität in der Betreuung und Behandlung. In einem fragmentierten Versorgungssystem, in dem mehrere psychosoziale Fachleute mit ein und demselben Patienten arbeiten, muss geklärt werden, wer diesen Prozess steuert.

Indikationen stationär – ambulant:

Abgesehen von ideologischen Argumenten sind auch die Indikationen für stationäre Rehabilitation zu wenig bekannt (Schmeling-Kludas 1999).

- Die Berufs- und Erwerbsfähigkeit ist gefährdet
- Durch ambulante Therapiemöglichkeiten wurde der gewünschte Erfolg nicht erreicht
- Ein intensives, multimodales Therapieprogramm ist indiziert
- Vorübergehende Distanzierung vom häuslichen oder beruflichen Umfeld ist therapeutisch sinnvoll
- Ambulante Therapiemöglichkeiten sind im Lebensumfeld des Patienten nicht verfügbar
- Eine ambulante Therapie ist wegen chronischen Funktionseinschränkungen (z.B. somatischen Comorbiditäten, phobisches Vermeidungsverhalten) nicht realisierbar

Zudem sind die Ansprüche der Patienten gestiegen, aber auch deren Bereitschaft, Angebote in Anspruch zu nehmen. Ein steigender Bedarf ist daher auch zu erwarten, weil psychiatrische Hilfsangebote heutzutage von Patientengruppen genutzt werden, die früher aus Angst vor Stigmatisierung ferngeblieben wären. Neue, nicht unumstrittene Diagnosen wie z.B. das „burnout-Syndrom“ bieten ein reiches Betätigungsfeld für Psychiater und Psychotherapeuten.

Zukunftsplanungen ambulanter Rehabilitationsangebote:

Die „pro mente Reha“ und auch die Pensionsversicherungsanstalt planen ein Projekt, das medizinische Rehabilitation ambulant anbieten wird. Das bietet die Möglichkeit, Belastungserprobung in das Reha-Programm einzubauen, die Intensität des Reha-Programms insgesamt abzustufen und den aktuellen Möglichkeiten der Patienten anzupassen. Allerdings sind solche Projekte nur in Ballungszentren realisierbar, weil man dezentral nicht mit einer ausreichenden Inanspruchnahme rechnen kann. Eine flächendeckende Umsetzung braucht zunächst eine gründliche Evaluierungsphase.

Was die Rehabilitationslandschaft insgesamt betrifft, wurden in den letzten Jahren bereits einige wichtigen Weichen gestellt. Welchen Stellenwert ambulante Rehabilitation einnehmen wird, ist noch offen. An den Schnittstellen zwischen sozialpsychiatrischer und medizinischer Reha besteht sicher noch die Möglichkeit, die Abstimmung zu optimieren. Für die konkrete Umsetzung wird die Mitwirkung der Pensionsversicherung, speziell der Chefärzte von besonderer Wichtigkeit sein. Eine gelungene Kooperation zwischen den beteiligten Einrichtungen, den Kostenträgern, niedergelassenen Ärzten usw. wird auch in Zukunft entschei-

dend zum Erfolg in der praktischen Umsetzung wesentlich beitragen.

Literatur:

- Linden M, Lind A, Fuhrmann B, Irle H. Wohnortnahe Rehabilitation. *Rehabilitation*, 44:82-89, 2005.
- Haberfellner EM, Gausgruber A, Gausgruber-Berner R, et al. Medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte im „Sonnenpark“ in Bad Hall – Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung nach ½ Jahr. *Neuropsychiatr*, 18:18-24, 2004.
- Haberfellner EM, Schöny W, Platz T, et al. Evaluationsergebnisse Medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen – ein neues Modell im komplexen psychiatrischen Leistungsangebot. *Neuropsychiatr*, 20: 215-218, 2006.
- Haberfellner EM, Jungmayr J, Gausgruber-Berner R, Gausgruber A. Stationäre medizinische Rehabilitation von Patienten mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen in Österreich – eine katamnestiche Studie. *Rehabilitation*, 47:164-171, 2008.

Korrespondenz

Prim. Dr. Egon Michael Haberfellner
Ärztlicher Leiter
Rehazentrum Sonnenpark
4540 Bad Hall
Parkstraße 14
tel: 072 58 / 29 5 92 – DW 508
email: egonmichael.haberfellner@reha-
sonnenpark.at

Rezension zur Ausgabe „Wahn – Sinn – Wirklichkeit“

„Brückenschlag“

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie – Literatur – Kunst
Band 25, 2009, Paranus Verlag

In seiner Einleitung „Übung im Umgang mit „Fremdem“ zieht Fritz Bremer Bilanz über 25 Jahre „Brückenschlag“ und nennt dabei die entscheidenden Impulse, die zur Gründung dieser Zeitschrift geführt haben: „die Krankengeschichte ablegen, die Lebensgeschichte wiederentdecken“, die Förderung literarischer und künstlerischer Begabung „psychiatrie-erfahrener“ Menschen durch Publikation und nicht zuletzt die soziokulturelle und Öffentlichkeitsarbeit. Eindrucksvoll zeigt er die Früchte auf, die diese langjährige Arbeit getragen hat und stellt den 25. „Brückenschlag“ als weiteren Versuch der Neuentdeckung von Möglich-



keiten des Umgangs mit „Wahn“, mit „Fremdem“, mit „Wahn-Sinn-Wirklichkeit“ vor.

In ihrer Rede „Für die Opfer der ‚Euthanasie‘ und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus“ berichtet die 91jährige Zeitzeugin Dorothea Sophie Buck-Zerchin, die zwischen 1936 und 1959 fünf psychotische Schübe durchlebte, dass von Seiten ihrer behandelnden Ärzte keinerlei Interesse an den Sinnzusammenhängen ihrer Psychose-Inhalte und den vorausgegangenen Lebenskrisen bestand. Sie zeigt in ihrer Rede die fatalen Folgen dieses Krankheits(un)verständnisses auf: fehlende Kommunikation – Beurteilung der psycho-

tischen Inhalte als „sinnlosen Unsinn“, als „Irresein“ – Entwertung des/der Erkrankten als minderwertiges, ja unwertes Leben – quälende „Beruhigungsmaßnahmen“, Zwangsterilisation bis zur Ermordung psychisch Erkrankter.

Das Schlimmste jedoch sei für sie gewesen, dass mit den psychotischen PatientInnen überhaupt nicht gesprochen wurde, denn „Tiefer kann ein Mensch nicht entwertet werden, als ihn keines Gesprächs für wert oder fähig zu halten“, und sie plädiert für eine „auf unseren Erfahrungen begründende empirische Psychiatrie, weil man verstehen muss, was man erlebt“.

In ihrer „irren“ Geschichte erzählt Kerstin Schneider berührend über die durch ihre eigene Krankheit (und Gesundung) motivierte Entdeckung der Geschichte ihrer Großtante Marie, welche im Alter von 28 Jahren psychisch erkrankte, als „lebensunwertes Leben“ für Malariaexperimente missbraucht und zwangssterilisiert wurde und 1942 in Großschweidnitz 41-jährig unter mysteriösen Umständen ums Leben kam.

Wegen „Erblichkeit mütterlicherseits“ wurde von den Nationalsozialisten die gesamte Familie drangsaliert, was Kerstin Schneider auf die Spur einer weiteren Verwandten, Magdalena Kade, geb. 1835, einer böhmischen Großtante Mariens, brachte, welche aufgrund

ihrer Marienerscheinungen eine Massenhysterie auslöste, Philippsdorf zum „böhmischen Lourdes“ machte und hochverehrt als „böhmische Bernadette“ starb.

In seinem Text „Wahn und Illusion“ beleuchtet der Krankenhausseelsorger Ronald Mundhenk diese beiden Begriffe etymologisch, philosophisch und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen. Er zeigt zahlreiche Überschneidungen auf zwischen wahnhaftem Erleben und der „pathologisch unverständigen Illusion“ und die darin liegende Chance für mehr Solidarität zwischen psychiatrischen „Experten“ und sogenannten Gesunden und damit für eine Psychiatrie auf „Augenhöhe“.

Eindrucksvoll erzählt Esther Napp (in Bild und Wort!) von ihrer unter Medikamentenkarenz wiederaufblackernden Psychose und Rolf Scheffel verwendet in „Bolero und andere Melodien“ Musik als Metapher für sein psychotisches Erleben und berichtet, wie Medikamente ihm halfen „selbst die Lautstärke zu regulieren“.

Irene Hoppe erzählt in „In Wirklichkeit bin ich nur ganz viel allein“ wie die inhaltlichen Themen ihrer Psychosen ihr Erleben und ihr nach außen hin „desorganisiertes und selbstgefährdendes“ Verhalten formten und sie bedauert die mangelnde Kommunikation da-

rüber, die die Verarbeitung dieser Inhalte unmöglich mache.

Reinhard Gelbhaar berichtet in „wie eine Uhr mit hundert Zeigern“ sein Erleben von Psychose und Zeit.

Jana V. lässt uns teilhaben an ihrer Lebensgeschichte, in der sie durch Selbstwahrnehmung und zunehmendes Wissen über die Erkrankung lernte, mit ihren psychotischen Erfahrungen umzugehen.

In „Meine Psychose gehört mir!“ erklärt Brigitte Richter ihre Psychiatererfahrungen als Kranke, professionelle und Ehrenamtliche und wie eine psychoanalytische Behandlung ihr half, gesund zu werden, obwohl sie ihr Psychoseerleben kaum zum Inhalt machte, da es für sie zu den intimsten Dingen gehört.

Reinhard Lütjen beschreibt in seinem Text „Von der Unmöglichkeit der Verständigung zur gegenseitigen Anerkennung“ das gewandelte Psychoseverständnis in den letzten 25 Jahren. Er gibt dabei zu bedenken, dass das moderne medizinische Verständnis der Psychose als „Hirnstoffwechselstörung“ der Erkrankung zwar viel von ihrem Schrecken genommen hat, den Betroffenen aber auch die Möglichkeit vorenthalte, den Zusammenhang zwischen den subjektiven Erfahrungen, Ängsten, Konflikten und

Sinnbezügen mit den psychotischen Erlebnisinhalten zu ergründen.

Jürgen Bombosch erinnert sich in „Wie der Dialog mein Denken und Handeln grundlegend verändert hat“ an seine frühen Erlebnisse als Krankenpfleger in der „Hölle“ einer psychiatrischen Langzeitstation und seine positiven Erfahrungen mit der DGSP, Psychoseminaren und Dialog auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie für Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle.

Anja Musculus-Viehöfer erklärt im Anschluss daran, wie Psychoseminare und dialogische Mitwirkungsarbeit konkret funktionieren. Christine Wiedemann stellt EX-IN (Experienced-Involvement), ein neuartiges Fortbildungsangebot für Psychiatrie-Erfahrene und ihren eigenen Werdegang damit vor.

Gert Sprenger zieht eine „traurige Bilanz“ über sein Leben zwischen Psychopharmaka, frühzeitiger Berentung, unglücklicher Wohnsituation und Einsamkeit.

Renate Schernus erzählt in „Sinn – verloren, gefunden, verloren ...“ von Udo Osterstolz und dessen Pendeln zwischen (wenn auch wahnhafter) psychischer Stabilität und zunehmender psychotischer Desorganisation unter selbstgewählter Medikamentenkarenz.

Sehr spannend schildert Henning Horstson sein zunehmend psychotisches Erleben in den „Tagen vor der Einweisung“ im Spannungsfeld zwischen Verlust des Realitätsbezugs und Krankheitseinsicht.

Ingo Weikines gibt Einblick in das Gefühl des Verlorenenseins am Aufnahmetag an der psychiatrischen Abteilung während des langen Wartens auf den Arzt vor dem Stationsstützpunkt.

Karsten Kirschke und Karl Farr erzählen von ihrem Leben mit dem Wahn.

Nadine Schröder drückt ihr Erleben auf der geschlossenen Abteilung in dem Gedicht „Tür zu“ aus.

Andreas Manteufel lässt in seinem Text „Vox paradox“ 16 Jahre als Stationspsychologe Revue passieren und geht dabei besonders auf den Wert der Intuition und die faszinierenden Paradoxien, Widersprüchlichkeiten und „seltsamen Schleifen“ der Kommunikation im psychiatrischen Alltag ein.

Die Psychotherapeutin Andrea Döring erklärt in „Wäre doch gelacht, wenn wir was zu lachen hätten“ ihren Eindruck, dass zwar die psychiatrischen Behandlungsmaxime in den letzten 40 Jahren zunehmend freundlicher, zuversichtlicher und konstruktiver geworden sind, dass dies jedoch noch nicht

genauso für psychiatrische Teams gilt. Ihrer Wahrnehmung nach überlagern hier noch Problematisierungen oft die Kreativität und die Fähigkeit zu konstruktivem Denken, „gehört Pessimismus oft zur Teamkultur“.

Hans-Peter Petersen stellt Psychoseerleben aus (bezugs)pflegerischer Sicht dar und nimmt dabei besonders Bezug auf die persönliche Betroffenheit und die Beziehung zum Patienten.

Marina Gerdes stellt sich in „Wirklich wahnsinnig“ die Frage, welchen Sinn ihre Psychosen für sie erfüllt haben und plädiert dafür, die Psychose als schwere Wahrnehmungsstörung und nicht als schweres Schicksal hinzunehmen, denn: Wir sind einer Wirklichkeit nicht hilflos ausgeliefert, wir können sie gestalten (Paul Watzlawick).

Elisabeth Nicolai stellt in ihrem Artikel SYMPA (Systemische Behandlungselemente in der psychiatrischen Akutversorgung) vor und wie sie die Autonomie der PatientInnen für neue Lösungen stärken können.

Sibylle Prins reflektiert in „Wird die Wirklichkeit psychotisch?“ über die zunehmende Annäherung von „typisch psychotischen Denkinhalten“ und technischen, politischen und gesellschaftlichen Realitäten.

In „Wirf es von dir!“ erzählt sie von dem Drang, den sie in ihren Psychosen hatte, alles Mögliche loszuwerden, zu einer gewissen Ursprünglichkeit zurückzukehren und sie sieht die Psychose als (Aus-)Weg, dieser Sehnsucht nach Ursprünglichkeit Platz zu schaffen.

Andreas Gehrke geht der Frage „Wahn und Sinn?“ in Bezug auf seine eigene Geschichte nach.

Für Reinhard Gelbhaar ist das Thema „Der Sinn der Schizophrenie“ in seinem Text zentral.

Jutta Jentges bedauert das mangelnde Interesse ihrer Ärzte an dem, was sie über ihr psychotisches Erleben erzählte.

Anne Claire Melchior, von der auch das Titelbild der 25. Brückenschlag-Ausgabe stammt, erzählt von der Entstehung und Bedeutung dieses Bildes fünf(!) Jahre vor Ausbruch ihrer Erkrankung.

Armin Andreas Pangerl berichtet über den „Outsider Art Markt“ in der Sammlung Prinzhorn, welcher vom 27. – 29. April 2007 stattfand.

Ralf Seidel reflektiert in „Gewagte Nähe“ über Kunst und Psychiatrie.

Wolfram Voigtländer stellt Gustav Mesmer (1903-1994) und dessen Werk vor. Der bedeutende Art-

Brut-Künstler, der als „Ikarus vom Lautertal“ bekannt wurde, war 35 Jahre lang Psychiatrie-Patient und hinterließ auch ein weniger bekanntes literarisches Werk, durch welches sich flugtechnische und religiöse Fragen ziehen.

Florian Wacker erzählt die Geschichte einer „Nachtwache“, in der es zu einem besonderen Erlebnis des Diensthabenden kommt.

Sehr bereichert wird der 25. „Brückenschlag“ durch Gedichte, Texte und Bilder von Günter Kunert, ADA, Alfons Satz, Helmut Silbermann, Esther Napp, Despina Papadopoulou, Margit Fillies, Joachim Brüssow, Heinz Mölders, Georg Walz, Die Maler, Joachim H. Müller, Petra Blume, Thomas Riesner, Karsten Kischke, Nadine Schröder, Christian Sawatzki, Lisa Urban, Regina Siedler, Hartmut Selle, Agri Maenner und Regina Schmick.

Im Anhang finden sich Buchbesprechungen von Christine Robledo zu Reinhard Lütjen: „Psychosen verstehen“, Sabine Marya zu Didi Lindewald: „Trauma-Labyrinth“, Jürgen Blume zu J. Hargens, B. Hansen-Magnusson, Ernst Hansen-Magnusson: „Psychotherapie und Medizin“, Vera Bierwirth zu Marie Boden / Doris Molke: „Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen“ und Jürgen Blume zu Richard Wolf: „Lisa, Elisa, Anabelle“.

Natürlich schließt der gelungene 25. „Brückenschlag“, der sich besonders intensiv mit dem Erleben in der psychischen Erkrankung, dem Verstehen – wollen dieses Erlebens und der (oft mangelnden) Kommunikationsmöglichkeit über dieses Erleben auseinandergesetzt hat, mit einem Schreibauftrag für Band 26, welcher im Mai 2010 erscheinen wird und in dem es um das zentrale Thema „Abschiede“ gehen wird.

Silvia Lindorfer



Ich dachte, ich könnte etwas verpassen.

Mit ZYPREXA® habe ich wieder mehr Kontrolle.

Mit Zyprexa® können Sie Ihre Patienten langfristig stabilisieren und wieder ins Leben zurückführen.^{1,2,3}

In internationalen Therapie-
richtlinien als 1. Wahl zur Pha-
senprophylaxe empfohlen
(CANMAT, NICE*)

AT 17 (08/06), Januar 2008

ZYPREXA® 2,5 (5; 10; 15) mg Filmtabletten, ZYPREXA® VELOTAB 5 (10; 15) mg Schmelztablette, Olanzapin
Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 2,5 (5; 10; 15) mg Olanzapin. Jede Schmelztablette enthält 5 (10; 15) mg Olanzapin. Hilfsstoffe siehe Abschnitt 6.1. Anwendungsgebiete: Olanzapin ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. Bei Patienten, die initial auf die Behandlung angesprochen haben, ist Olanzapin bei fortgesetzter Behandlung zur Aufrechterhaltung der klinischen Besserung wirksam. Olanzapin ist zur Behandlung von mäßig schweren bis schweren manischen Episoden angezeigt. Bei Patienten, deren manische Episode auf eine Behandlung mit Olanzapin angesprochen hat, ist Olanzapin zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolarer Störung angezeigt (siehe Abschnitt 5.1). Weitere Informationen über klinische Prüfungen: In einer multinationalen, vergleichenden Doppelblindstudie bei Schizophrenie, Schizoauffügen und verwandten Störungen an 1481 Patienten mit depressiven Begleitsymptomen unterschiedlichen Schweregrades (Ausgangswert durchschnittlich 16,6 auf der Montgomery-Åsberg-Depressionskala) erwies sich Olanzapin (4,6) in einer prospektiven Analyse der Depressionsrecidiv-Änderung vom Ausgangspunkt zum Endpunkt (sekundäre Fragestellung) gegenüber Haloperidol (-3,1) als signifikant überlegen (p<0,001). Pharmakotherapeutische Gruppe: Neuroleptika, ATC Code N05A. Gegenanzeigen: Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Olanzapin oder einen der Hilfsstoffe. Patienten mit bekanntem Risiko eines Engwinkelglaukoms. Hilfsstoffe: Filmtabletten: Tablettkern: Lactose-Monohydrat, Hydroxypropylcellulose, Croscopolon, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. Tablettenfilm 2,5 (5, 10) mg: Hypromellose, Farbmischung weiß (Hypromellose, Titandioxid E 171, Macrogol, Polyborat 80), Karminschwartz, erdlose Bläue TiO₂ (Schlack), Makrogol, Indigocarmin E 132. Tablettenfilm 15 mg: Hypromellose, Farbmischung hellblau (Titandioxid E 171, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Triacetin, Farbstoff Indigoarmin (E132), Karminschwartz, Schmelztablette: Gelatine, Mannitol, Aspartam, Natriumthyl-4-hydroxybenzoat, Natriumpropyl-4-hydroxybenzoat. PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER: Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. Rezept- und apothekengültig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen.

1. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):1011-1017. 2. Tohen M et al. *Am J Psychiatry* 2003;160(7):1263-1271. 3. Namyoshi MA et al. *J Affective Disord* 2002;69:109-118.

* Yatham LN et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007. *Bipolar disorders* 2006;8:721-739. ** National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London July 2006.

Lilly

ZYPREXA®
Olanzapin
PERSPEKTIVEN FÜR DAS LEBEN

Fachkurzinformation – Ciprexal® 5 mg/10 mg – Filmtabletten; ATC-Code: N 06 AB; Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 5 mg bzw. 10 mg Escitalopram (als Oxalat); **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Hochdisperses wasserfreies Siliciumdioxid, Talk, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat; Tablettenhülle: Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E-171); **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Episoden einer Major Depression. Behandlung von Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie. Behandlung von sozialer Angststörung (Sozialphobie). Behandlung von generalisierter Angststörung. Behandlung von Zwangsstörung. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Escitalopram oder einen der anderen Bestandteile. Gleichzeitige Behandlung mit nicht selektiven, irreversiblen Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern); **Zulassungsinhaber und Hersteller:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Copenhagen – Valby, Dänemark; **Vertrieb:** Lundbeck Austria GmbH, Dresdner Straße 82, 1200 Wien; Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachkurzinformation – ABILIFY 5 mg Tabletten, ABILIFY 10 mg Tabletten, ABILIFY 15 mg Tabletten, ABILIFY 30 mg Tabletten, ABILIFY 10 mg Schmelztabletten, ABILIFY 15 mg Schmelztabletten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 5 mg / 10 mg / 15 mg / 30 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 67 mg / 62,18 mg / 57 mg / 186,54 mg Lactose je Tablette. Jede Schmelztablette enthält 10 mg / 15 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil: 2 mg / 3 mg Aspartam (E951) je Schmelztablette.

Sonstige Bestandteile: Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat / 5mg Tabletten: Indigocarmin, Aluminiumsulfat (E132) / 10 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172 / 15 mg Tabletten: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172) / 30 mg Tabletten: Eisen(III)-oxid E172. **Schmelztabletten:** Calciumtrimetasilicat, Croscarmellose-Natrium, Crospovidon, Siliciumdioxid, Xylitol, Mikrokristalline Cellulose, Aspartam (E951), Acesulfam-Kalium, Vanille-Aroma künstlich (enthält Vanillin und Ethylvanillin), Weinsäure, Magnesiumstearat / 10 mg Schmelztabletten: Eisen(III)-oxid (E 172), 15 mg Schmelztabletten Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **ANWENDUNGSGEBIETE:** Aripiprazol ist für die Behandlung der Schizophrenie angezeigt. ABILIFY ist für die Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Patienten angezeigt, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprechen (siehe Fachinformation Abschnitt Pharmakodynamische Eigenschaften). **GEGENANZEIGEN:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **PHARMAZEUTISCHER UNTERNEHMER:** Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd., Hunton House Highbridge, Business Park, Oxford Road, Uxbridge - Middlesex UB8 1HU - Vereinigtes Königreich. **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** NR, apothekenpflichtig.

Weitere Angaben zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Nebenwirkungen sowie den Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

FACHKURZINFORMATION RISPERDAL® CONSTATM

Bezeichnung des Arzneimittels: RISPERDAL CONSTA 25mg, RISPERDAL CONSTA 37,5mg und RISPERDAL CONSTA 50mg Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer verzögert freisetzenden Suspension zur intramuskulären Injektion. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält 25 mg, 37,5 mg oder 50 mg Risperidon. 1 ml der hergestellten Suspension enthält 12,5 mg, 18,75 mg oder 25 mg Risperidon. Sonstige Bestandteile: 1 ml der hergestellten Suspension enthält 3 mg Natrium. **Anwendungsgebiete:** RISPERDAL CONSTA ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Patienten, die zur Zeit mit oralen Antipsychotika stabilisiert sind. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antipsychotika, ATC Code: N05AX08. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Poly-(DL-lactidglycolid) (75:25); Lösungsmittel: Polysorbat 20, Carboxymethylcellulose, Calciumhydrogenphosphat, Citronensäure (wasserfrei), Natriumchlorid, Natriumhydroxid, Wasser für Injektionszwecke. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rp., apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Juli 2008

QUELLEN: 1) Fachinformation Seroquel®. 2) Estimate based in IMS APDL and Prescription data.

FACHKURZINFORMATION: BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Seroquel 25 mg - Filmtabletten, Seroquel 100 mg - Filmtabletten, Seroquel 150 mg - Filmtabletten, Seroquel 200 mg - Filmtabletten, Seroquel 300 mg - Filmtabletten, Seroquel 3-Tage Startpackung, Seroquel 4-Tage Startpackung **PHARMAKOTHERAPEUTISCHE GRUPPE:** Antipsychotika **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Seroquel 25 mg enthält 25 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat), Seroquel 100 mg enthält 100 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat), Seroquel 150 mg enthält 150 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat), Seroquel 200 mg enthält 200 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat), Seroquel 300 mg enthält 300 mg Quetiapin (als Quetiapinfumarat), die Seroquel 3-Tage Startpackung enthält 8 Seroquel 25 mg - Filmtabletten und 1 Seroquel 200 mg - Filmtablette. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kern - Povidon, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylcellulose-Natrium Typ A, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Überzug - Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172) (25 mg - 100 mg und 150 mg - Filmtabletten), Eisenoxid rot (E172) (25 mg - Filmtablett) **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Schizophrenie. Behandlung der mittelepisodischen bis schweren manischen Episode. Es wurde nicht nachgewiesen, dass Seroquel das Wiederauftreten von manischen oder depressiven Episoden verhindert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Die gleichzeitige Gabe von Cyclosporin P450 3A4 - Inhibitoren wie HIV-Proteasehemmern, Antimykotika vom Azolyl-, Echinocystin-, Clastromycin- und Telavancin-Halbrantizolant. **INHABER DER ZULASSUNG:** AstraZeneca Österreich GmbH, Schwarzenbergplatz 7, A-1027 Wien E-mail: info.austria@astrazeneca.com **VERSCHREIBUNGSPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Informationen zu den Abschnitten „Nebenwirkungen“, „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“ und „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ sind der veröffentlichten Fachinformation zu B. Austria Co. zu entnehmen.

Hinweise für Autoren

Ziele der Zeitschrift

„Gemeindenaher Psychiatrie“ ist das Organ der Österreichischen Gesellschaft für gemeindenaher Psychiatrie und des Dachverbandes der Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit (pro mente austria). Sie ist inhaltlich für sozialpsychiatrische Themen im weitesten Sinne offen. Vielfalt der Meinungen und Autoren ist erwünscht.

Manuskripte

Manuskripte sind per Post oder E-Mail an den Herausgeber zu senden:

Univ.-Prof. Prim. Dr. Hans Rittmannsberger

c/o Landes-Nervenklinik

Wagner-Jauregg-Weg 15

A- 4020 Linz

E-Mail: hans.rittmannsberger@gespag.at

Typen der Beiträge

1 Wissenschaftliche Arbeiten

Diese orientieren sich an den üblichen Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten (z.B. Fragestellung, Material und Methodik, Ergebnisse, Diskussion, Literatur).

2 Praxisberichte

Diese Abteilung ist Berichten gewidmet, die von Theorie und Methodik weniger aufwändig gestaltet, für die tägliche Praxis aber interessant und belangvoll sind. Dazu gehören auch Berichte aus Vereinen, die im psychosozialen Feld tätig sind und von Veranstaltungen.

3 Stellungnahmen zu aktuellen Geschehnissen

4 Buchbesprechungen

Gestaltung der Beiträge

Beiträge sollen mit einer Zusammenfassung (max. zehn Zeilen; nur bei wissenschaftlichen Arbeiten) versehen sein. Das Literaturverzeichnis ist alphabetisch nach dem Erstautor zu ordnen. Die Literaturangaben im Text erfolgen durch Nennung des Erstautors und der Jahreszahl der Publikation.

Im Literaturverzeichnis soll in folgender Form zitiert werden:

Amering M, Schmolke M (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Müller D, Roder V, Brenner D (2007): Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrener Erkrankte. Nervenarzt 78:62-73

Die Beiträge sollen mit der vollständigen Korrespondenzadresse des Erstautors (inkl. Berufsbezeichnung und Angabe des Arbeitsplatzes, aber keine Namenskürzel) versehen werden.

Offenlegung laut Mediengesetz

„Gemeindenaher Psychiatrie“ ist die Zeitschrift der „Österreichischen Gesellschaft für gemeindenaher Psychiatrie“ mit Sitz in Linz. Sie befindet sich zu 100 % im Besitz dieser Gesellschaft.

Die Zeitschrift dient der Publikation von wissenschaftlichen Beiträgen, Praxisberichten und Buchbesprechungen aus dem psychiatrischen und psychosozialen Themenbereich.