



WAHLMÖGLICHKEITEN FÜR RECOVERY

Gemeindenahere Rehabilitation und das Clubhaus-Modell als Wege für Reformen zur psychischen Gesundheit

Zusammenfassung

Der Bericht konzentriert sich auf die Psychiatriereformen, auf die gemeindenahere Rehabilitation (CBR) und das Clubhaus-Modell als mögliche Anwendung davon, sowie einige andere recovery-orientierte Ansätze. Der Bericht ist ein Ergebnis des grenzüberschreitenden Projektes zur Stärkung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen im Lernen und der sozialen Integration (EMPAD 2010-2012), an dem sich Partner aus Finnland, Deutschland, den Niederlanden, aus Rumänien, Slowenien, Spanien, Schweden und den USA beteiligen.

Der Bericht wurde im Rahmen von ca. 30 internationalen Richtlinienempfehlungen zur psychischen Gesundheit seit 1990 erstellt. Diese Dokumente wurden analysiert und mit fünf verschiedenen recovery-orientierten Ansätzen und Schlüsselkonzepten der Rehabilitation verglichen. Menschenrechte, Gleichberechtigung, Einbeziehung und Wahlmöglichkeiten für Nutzer, gemeindenaher Ansatz, menschliche Beziehungen und Stärkung sind die wichtigsten gemeinsamen Grundlagen der Richtlinienempfehlungen zur psychischen Gesundheit. Sie alle sind von großer Bedeutung in den Clubhäusern sowie in den anderen gemeindenahen Recovery-Ansätzen, die im Bericht beschrieben werden. Die besondere Stärke des Clubhaus-Modells ist die 25-jährige Erfahrung bei der Entwicklung des Qualitätsmanagement-Systems für Clubhäuser.

Das Clubhaus-Modell wird in den USA und in Finnland auf Grundlage mehrerer Evaluierungsstudien als Good Practice allgemein anerkannt. In Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schottland und Schweden wird die Nutzung dieses Modells von den nationalen Regierungen unterstützt. Die Hauptschlussfolgerung des Berichts ist es, dass die empfehlenswerte Richtlinie zur psychischen Gesundheit die pyramidenförmige Rahmenstruktur der WHO ist, um eine optimale Mischung aus Dienstleistungen für die psychische Gesundheit, ergänzt durch die Zusammenarbeit über verschiedene Bereiche und Disziplinen hinweg zu erhalten, wie es in den CBR-Richtlinien empfohlen wird. Die empfohlene Richtlinie für psychische Gesundheit enthält klare Rollen für die Clubhäuser und andere recovery-orientierte Angebote.

Die Psychiatriereformen und der Grundsatz der Gemeindenähe

Die Psychiatriereformen begannen nach dem Zweiten Weltkrieg und legten einen besonderen Schwerpunkt auf die neuen Formen der gemeindenahen Angebote. Besonders seit den 1960er-Jahren führten die Veränderungen zu *einer Richtlinie bezüglich der psychischen Gesundheit mit De-Institutionalisierung*, zuerst in Nordamerika und später auch in West- und Nordeuropa sowie in Australien. Zeitgleich mit der Schließung von psychiatrischen Kliniken begann die Entwicklung von gemeindenahen Ersatzangeboten für psychische Erkrankungen. In den 1960er-Jahren nahmen die ersten Tageskliniken, Teams für Heimbehandlungen und ambulante Krankenschwestern ihre Arbeit auf. 1963 eröffneten in den USA das erste gemeindenahere Zent-



rum für psychische Erkrankungen (CMHC) sowie Akutpsychiatrie-Abteilungen in den regulären Krankenhäusern. (Jenkins 2011).

Die Psychiatriereform in Italien Ende der 1970er veranschaulichte diese neue gemeindenahere Richtlinie in Europa. In Triest wurden psychiatrische Kliniken geschlossen und durch eine Vielzahl von gemeindenaheren Angeboten ersetzt (WHO 2003a). Die Veränderungen vollzogen sich langsam und mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten in den einzelnen Ländern. Der *medizinische Ansatz* dominierte die Richtlinien für psychische Erkrankungen jedoch bis zu den 1980er-Jahren. Zu diesem Zeitpunkt kam das *erweiterte Gesellschaftsparadigma* auf, zusammen mit dem auf den Menschenrechten basierenden Ansatz. (WHO 2010b: 15).

Parallel zu den Psychiatriereformen entwickelte sich seit 1948 im Fountain House in New York als Initiative früherer Psychiatriepatienten das psychosoziale Rehabilitationsmodell der Clubhäuser. In den 1970er-Jahren verbreitete sich das Fountain House-Modell in den USA und Kanada und einige Jahre später, 1980, auch in Europa (Propst 2003: 29-32).

Richtlinienempfehlungen und ihre gemeinsamen Nenner

In der Zeit von 1990 -2011 gaben die internationalen Organisationen wie die Vereinten Nationen mit ihren Fachorganisationen WHO, ILO und UNESCO, der Europarat und die Europäische Union mehr als 30 unterschiedliche Grundsatzrichtlinien, Empfehlungen oder Expertenberichte heraus, um Reformen der Richtlinien zu psychischen Erkrankungen anzustoßen. Im Jahr 2006 definierten die Vereinten Nationen in ihrer neuen Konvention zu den Rechten für Menschen mit Behinderungen die allgemeinen Richtlinien zum Umgang mit Behinderungen. Darunter fallen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Konvention wurde auch von der Europäischen Union ratifiziert. Ein ähnlicher ganzheitlicher Ansatz, der die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen fordert, wurde auch in die folgenden Schlüsselempfehlungen aufgenommen:

- UN-Resolution zu den Grundsätzen zum Schutz von Menschen mit psychischen Erkrankungen und für die Verbesserung der psychiatrischen Gesundheitsvorsorge (UN 1991);
- UN-Standardregeln zur Gleichstellung von Möglichkeiten für Menschen mit Behinderungen (UN 1993);
- Organisation von Angeboten für psychische Erkrankungen; eine Veröffentlichung innerhalb des Pakets der Richtlinien für psychische Gesundheit und Angebotsberatung (WHO 2003b);
- Empfehlungen des Europarats an die Mitgliedsstaaten über den Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen (CoE 2004);
- Aktionsplan für Europa zur psychischen Gesundheit - Herausforderungen gegenüberreten, Lösungen bauen (WHO 2005b);
- Die gemeindenaheren Rehabilitations-Richtlinien (WHO 2010).

Die WHO hat 2003 die erste Version einer optimalen Mischung der Angebote zur psychischen Gesundheit veröffentlicht. 2007 wurde diese pyramidenförmige Rahmenstruktur in *WHO Pyramid Framework* umbenannt. Die Schlüsselbotschaft lautet, dass ein Großteil von Krankenhausbehandlungen durch eine Vielzahl



von gemeindenahen Angeboten ersetzt werden kann (WHO 2007). Die Herausforderung besteht darin, die Angebote so kosteneffizient und recovery-orientiert wie möglich zu gestalten und die pyramidenförmige Rahmenstruktur der WHO einzuhalten. Derzeit entsprechen die Strukturen und Auswahlmöglichkeiten der Angebote für psychische Gesundheit in keinem der Teilnehmerländer des EMPAD-Projekts und auch anderswo nicht dieser optimalen Mischung (WHO 2001: 86; WHO 2011: 44). Die häufigsten gemeinsamen Nenner der internationalen Richtlinienempfehlungen für psychische Gesundheit sind:

- Gleiche Chancen für die Ausübung der Menschenrechte und -freiheiten in allen Bereichen;
- Einbindung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in alle Entscheidungsfindungen und Angebotsentwicklungen;
- Beseitigung aller Formen von Diskriminierung und Stigmatisierung;
- Volle Beteiligung, Reintegration und soziale Einbindung in die Gemeinde auf einer gleichen Basis wie andere Menschen;
- Recht auf den Erhalt von öffentlichen Diensten, die auf Bedürfnissen basieren, wie sozialer Schutz, Wohnbau, Gesundheitspflege, Berufsausbildung und Arbeitsangebote;
- Richtlinien zur psychischen Gesundheit, die auf einer optimalen Mischung aus gemeindenahen Angeboten aufbauen, einschließlich des Clubhaus-Modells und anderer therapieunterstützender Maßnahmen;
- Koordinierung von gemeindenahen Angeboten mit Angeboten, die primär auf Gesundheitspflege oder allgemeine Gesundheitsdienste ausgerichtet sind; und
- Selbstbestimmung und ein unabhängiges Leben.

Jose M. Caldas de Almeida und Helen Killaspy (2011, 16) fassen die internationalen Trends und Richtlinien zusammen: aus wissenschaftlicher Sicht ist das, worum es geht, der Austausch eines strikt biomedizinischen Modells durch einen *ganzheitlicheren Ansatz*, der psychische Störungen als ein Ergebnis der komplexen Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren betrachtet.

Schlüsselkonzepte zum Empowerment

Empowerment: Historisch gesehen hatten Menschen mit psychischen Problemen keine Stimme. Weder sie noch ihre Familien wurden in die Entscheidungsfindung bezüglich Angeboten für psychische Gesundheit einbezogen, und sie sind immer noch der Gefahr sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung in allen Lebensbereichen ausgesetzt (z. B. Chamberlin 1997; Fawcett et al. 1996; WHO 2010d). Theorien und Vermittlungen zum Empowerment verbinden das persönliche Wohlergehen mit einem größeren sozialen und politischen Kontext, nicht nur in der Welt der Medizin. Auf dem Gebiet des psychischen Wohlergehens verbindet Empowerment die psychische Gesundheit mit gegenseitiger Hilfe, Vertrauen, Selbstbewusstsein, sozialen Beziehungen und Beteiligung: *Es verpflichtet uns, in Kategorien wie Wohlergehen vs. Krankheit, Kompetenz vs. Defizite und Stärke vs. Schwäche zu denken*. Die Empowerment-Forschung konzentriert sich darauf, Fähigkeiten zu identifizieren (Perkins & Zimmerman 1995: 569). Menschen mit psychischen Problemen, die durch Empowerment gestärkt werden, treffen ihre eigenen Entscheidungen, haben ein Mitspracherecht und ihnen wird zugehört (WHO 2004; WHO 2010c). *Die Empowerment – Disempowerment-Profile* verändern sich entsprechend den persönlichen Erfahrungen und der Lebensdauer der Menschen.



Gemeindenaehe Rehabilitation: Die gemeindenaehe Rehabilitation (CBR) ist eine vernünftige Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen. Dies wird durch eine Verbesserung der Erbringung von Dienstleistungen verwirklicht, mit dem Ziel, alle Hilfebedürftigen durch die Bereitstellung von Chancengleichheit und dem Schutz ihrer Rechte zu erreichen. CBR baut auf der koordinierten Einbindung von Menschen mit Behinderungen und deren Familien auf (Helander 1993: 8). Die mitwirkenden internationalen Organisationen ILO, WHO und UNESCO veröffentlichten erste Dokumente zum CBR in den 1980ern und gemeinsame Entwurfspapiere in den 1990ern sowie 2003 und 2004. Die CBR-Richtlinien wurden im Oktober 2010 veröffentlicht. Die Richtlinien sind für alle involvierten Gruppen in allen Umgebungen passend und anwendbar. Spezielle Richtlinien für Menschen mit psychischen Störungen wurden in der Zusatzbroschüre erfasst und zielen auf ihre Einbindung in alle Lebensaspekte und alle Aktivitäten innerhalb der Gemeinde, in der sie leben. (WHO 2010d: 3-20).

Recovery-Ansätze: Die Entscheidungen und die Recovery der Nutzer stehen heute bei der Entwicklung von Richtlinien zur psychischen Gesundheit an erster Stelle. Recovery-Theorien basieren auf der Erkenntnis, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen dieselben Wünsche und Bedürfnisse haben wie andere Menschen (z. B. das Bedürfnis nach Arbeit, Ausbildung, Wohnraum, Beziehungen und Erholung). In einem recovery-orientierten Dienstleistungssystem werden die Nutzer bei allen Aspekten der Dienstleistungserbringung als vollwertige Partner betrachtet, einschließlich der Festlegung von Dienstleistungs-Prioritäten, der Teilung von Entscheidungsprozessen und, was am wichtigsten ist, der Möglichkeit, ihren Behandlungsplänen zuzustimmen oder nicht (d. h. vollwertige Partnerschaft). In diesem Bericht werden Recovery-Ansätze, wie sie in Schottland angewendet werden, die Konsens-Bekundung in den USA und die Konzepte des ganzheitlichen Recovery, des Recovery-Kapitals sowie die Clubhaus-Modelle beschrieben. Daneben gibt es zahlreiche andere Ansätze, die jedoch nicht einbezogen wurden, da die meisten von ihnen auf einem medizinischen Ansatz beruhen. (Bradstreet 2004; Connor 2004; Dorrer 2006; Coutts 2007; McCormack 2007; Daddow & Broome 2010).

Soziales Kapital: In mehreren Studien wurde eine positive Beziehung zwischen dem sozialen Kapital und der psychischen Gesundheit sowie andere, ähnliche Ergebnisse, beispielsweise eine geringere soziale Isolation, höhere soziale Sicherheit, niedrigere Kriminalitätsraten, eine verbesserte Schul- und Berufsausbildung sowie bessere Arbeitsergebnisse, nachgewiesen. Die grundlegenden Charakteristika des sozialen Kapitals sind: Gemeindefnetzwerke, ehrenamtliche Aktivitäten, bürgerschaftliches Engagement, Beteiligung und Nutzung persönlicher Beziehungen, örtliche bürgerliche Identitäten, Zugehörigkeitsgefühl, Solidarität und Gleichberechtigung und Vertrauen in der Gemeinschaft. Es werden drei Arten des sozialen Kapitals unterschieden, der Brückenschlag mit schwachen Verbindungen, die Bindung mit starken Verbindungen und die Verkettung von sozialem Kapital mit maßgeblichen externen Beziehungen einer Gemeinschaft (Lehtinen 2008; Putnam 1995; Woolcock 1998).

Sozialer Zusammenhalt: Sozialer Zusammenhalt basiert auf der Bereitschaft der Individuen, auf allen Gesellschafts- oder Gemeinschaftsebenen zusammenzuarbeiten, um gemeinsame Ziele zu erreichen. Es gibt zahlreiche Investitionen in den sozialen Zusammenhalt oder in eine Gesellschaft mit einem bestimmten Grad der Zusammenarbeit. Die Regierungspolitik stellt nur einen Teil dieser Investitionen dar. Die Zivilgesellschaft und das soziale und kulturelle Kapital sind ebenso wichtige Bestandteile des Systems wie die Institutionen und Werte, auf denen eine Gesellschaft oder Gemeinschaft fußt.



Soziale Inklusion – soziale Exklusion: Die soziale Inklusion weist wie ihr Gegenpart, die soziale Exklusion, viele Dimensionen auf: räumliche, relationale und funktionelle Dimensionen sowie Empowerment-Dimensionen. Jede Dimension setzt sich aus mehreren konkreten Elementen zusammen, z. B. beinhaltet die räumliche Dimension den Zugang zu privaten und öffentlichen Räumen, physische Standorte sowie Nähe und Distanz; die relationale Dimension beinhaltet Elemente der emotionalen Verbundenheit, Anerkennung und Solidarität. Die soziale Inklusion ist ein Bestandteil des sozialen Zusammenhalts und ein *Ergebnis* von Richtlinien zur Förderung von Gleichberechtigung (Jeannotte 2008: 2-3). Nach dem Konzept der *Inclusion Lens* von Malcolm Shookner (2002) fühlen sich Menschen einbezogen oder ausgeschlossen z. B. in der Familie, Nachbarschaft, bei der Ausbildung, auf dem Arbeitsmarkt oder in anderen Gemeinschaften. Soziale Exklusion und Inklusion können entlang von kulturellen, ökonomischen, funktionellen, partizipatorischen, physischen, politischen, strukturellen und relationalen Dimensionen betrachtet werden. Alle Dimensionen beinhalten Elemente, auf denen ein Instrument der Selbsteinschätzung aufgebaut werden kann, welches in den Dienstleistungsgemeinschaften für psychisch Kranke, wie den Clubhäusern, genutzt wird.

Soziale Integration: Soziale Integration ist der Prozess der Förderung von stabilen, sicheren und gerechten Gesellschaften, die auf der Durchsetzung und dem Schutz der Menschenrechte sowie auf Nichtdiskriminierung, Toleranz, Respekt für Vielfalt, Chancengleichheit, Solidarität, Sicherheit und der Beteiligung aller Menschen, einschließlich benachteiligter und gefährdeter Gruppen, basieren. Es wurde mehrfach nachgewiesen, dass soziale Benachteiligung mit einer erhöhten Rate von psychischen Störungen in der Gemeinschaft einhergeht. (Jeannotte 2008: 6-7).

Das Clubhaus-Modell als ein Mittel zu Empowerment und sozialer Inklusion

Das Wort „Clubhaus“ leitet sich von der Arbeit des Fountain House ab, des allerersten Clubhauses, das 1948 in New York gegründet wurde. Seit seiner Gründung stand das Fountain House Modell für alle anderen Clubhäuser, die später überall auf der Welt eröffnet wurden. Das Clubhaus war eher als ein Unterstützungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen konzipiert denn als Dienstleistungs- oder Behandlungsprogramm. Clubhäuser geben Menschen mit psychischen Erkrankungen Hoffnung und die Möglichkeit, ihr volles menschliches Potenzial auszuschöpfen. Clubhäuser beweisen, dass Menschen mit psychischen Störungen ein normales und produktives Leben führen können und dies auch tun.

Seit 1994 koordiniert das internationale Zentrum für die Entwicklung von Clubhäusern (ICCD) die Entwicklung von Clubhäusern. 2011 wurde die europäische Partnerschaft für die Entwicklung von Clubhäusern (EPCD) geschaffen, um dem ICCD bei der Koordinierung der Entwicklung von Clubhäusern in Europa zu helfen. Weltweit operieren rund 350 ICCD-Clubhäuser, darunter ca. 85 in 19 europäischen Staaten. Neue Clubhäuser sind in Planung, aber in rund 30 Ländern Europas gibt es bisher noch gar keine Clubhäuser. Zusätzlich gibt es einige Clubhäuser, die nicht Mitglied beim ICCD sind.

Die Internationalen Standards für Clubhaus-Programme sind das Instrument für das Qualitätsmanagement der Clubhäuser. Das Akkreditierungsverfahren wurde über die letzten 25 Jahre entwickelt, womit das Clubhaus-Modell ein Vorreiter im Qualitätsmanagement von Rehabilitations- und Unterstützungsmodellen für psychische Gesundheit ist.



Die Behörde für Drogenmissbrauch und Dienste für die psychische Gesundheit (SAMSHA) in den USA hat das Clubhaus-Modell als evidenzbasiertes Good-Practice-Modell anerkannt (<http://www.nrepp.samhsa.gov/>). Auch in Finnland ist das Clubhaus-Modell auf Basis mehrerer Evaluierungsstudien vom nationalen Institut für Gesundheit und Sozialwesen (THL) als Good Practice ausgewiesen worden. Konkret erzielen die ICCD-Clubhäuser für Mitglieder und deren Gemeinden die folgenden Ergebnisse: Clubhäuser unterstützen die Gesundung von Mitgliedern, Beteiligung reduziert Krankenhausaufenthalte und die Inanspruchnahme anderer Gesundheits- und Sozialdienste, hilft Mitgliedern, Motivation für Ausbildung und Arbeit zu erhalten und verbessert das Wohlbefinden sowie die körperliche und geistige Gesundheit der Mitglieder. Die Aktivitäten der Clubhäuser befriedigen jedoch nicht die Bedürfnisse aller Mitglieder. Für diese Menschen werden andere Optionen benötigt. (McKay 2011; Hietala-Paalasmaa et al 2009; Nääppä & Rantanen 2009).

Hauptschlussfolgerungen

Nachfolgend werden die Hauptschlussfolgerungen, die sich aus den Beobachtungen des Berichts zu den Wahlmöglichkeiten für Recovery ergeben, zusammengefasst:

- Der empfehlenswerte Ansatz für Richtlinien zur psychischen Gesundheit scheint eine Kombination aus der pyramidenförmigen Rahmenstruktur der WHO für eine optimale Mischung von Dienstleistungen zur psychischen Gesundheit und den CBR-Richtlinien zu sein, die stark auf eine Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Bereichen und Berufsgruppen abzielt;
- In der Realität sind die Inhalte der Richtlinien und Dienstleistungen zur psychischen Gesundheit weit von der empfohlenen Mischung entfernt, und die Dienstleistungspyramiden sind sowohl in einigen EMPAD-Partnerländern als auch anderswo in Europa genau umgekehrt;
- Ein Großteil der Ressourcen für psychische Gesundheit wird für die Betreuung in Krankenhäusern aufgewendet und die gemeindenahen Dienste sind unterentwickelt. Hinzu kommt, dass Europa heute immer noch weltweit führend bei der Unterbringung in Krankenhäusern ist. Dieser Engpass behindert die Entwicklung von gemeindenahen Diensten zur psychischen Gesundheit;
- Bedarfsanalysen in den EMPAD-Partnerländern haben gezeigt, dass der Bedarf der Dienstleistungsnutzer für Jobmöglichkeiten und Berufsausbildungen bei der Zusammenstellung der optimalen Mischung von Diensten berücksichtigt werden sollte. Die geringe Einbeziehung der Nutzer in die Entwicklung der Dienste war ein Grund für Unzufriedenheit;
- Ein interessantes Ergebnis der Bedarfsanalyse war das eher geringe Bewusstsein von Experten und Entscheidungsträgern bezüglich der internationalen Richtlinienempfehlungen zur psychischen Gesundheit;
- Die Unterschiede zwischen den europäischen Ländern bezüglich qualifiziertem Personal im Bereich der psychischen Gesundheit sind enorm und völlig inakzeptabel. Dies stellt ein weiteres Hindernis bei der Erstellung der optimalen Mischung von gemeindenahen Diensten zur psychischen Gesundheit dar;
- Die Mitgliedschaft in einem Clubhaus generiert Einsparungen bei anderen Sozial- und Gesundheitsdiensten, was eine Nutzung des Clubhaus-Modells auf einer breiten Basis unterstützt. Die Schlüsselstärken der Clubhäuser sind das Zugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl der Mitglieder sowie das Qualitätsmanagement mit seinem Akkreditierungsverfahren;

Final report. Outcomes 14d/67:

Workpackage2# Choices for recovery report German Summary

EMPAD project 2010-2012

510423-LLP-1-2010-1-FI-GRUNDTVIG-GMP



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

- Der Bericht beinhaltet auch praktische Ratschläge zur Implementierung des Mixes aus kombinierten Richtlinien zur psychischen Gesundheit aus der pyramidenförmigen Rahmenstruktur der WHO und den CBR-Richtlinien, womit Clubhäuser und andere Recovery-Modelle ihre positive Leistung beweisen können.

QUELLENANGABEN, Liste der Quellenangaben im gesamten Bericht:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80493/URN_ISBN_978-952-245-694-6.pdf?sequence=1

Hänninen E: Choices for Recovery: Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. THL-rapport 50/2012. Juvenes Print – Tampere University Print Oy. Tampere.