

Aus dem KBO Isar-Amper-Klinikum,
Klinikum München Ost
Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU München
Leitung: Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus, M.Sc.

Soteria

Eine milieutherapeutische Methode zur Behandlung schizophrener Erkrankungen

Ideengeschichte – Besonderheiten – aktuelle Ergebnisse
und klinische Daten einer 5-Jahres-Katamnese
am Klinikum München Ost

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Christian Heldt
Roding
2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. M. Albus M.Sc.
Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Daniela Krause
Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel
Tag der mündlichen Prüfung: 12.05.2016

„...Verrückt zu sein ist wie einer dieser Alpträume, in denen Du versuchst, nach Hilfe zu schreien, aber kein Laut kommt raus.

Oder wenn Du schreien kannst, hört oder versteht dich keiner.

Du kannst aus diesem Albtraum nicht aufwachen, wenn Dich nicht jemand hört und Dir hilft aufzuwachen.“

Ronald D. Laing
The divided self, 1960

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
1.1	Der Begriff Soteria	7
1.2	Vorgeschichte des Soteria-Projekts.....	9
1.3	Die sogenannte Anti-Psychiatrie-Bewegung	12
1.4	Ideengeschichtlicher Kontext – der geistige Boden der Soteria	14
1.4.1	(Paul-) Michel Foucault (1926-1984).....	14
1.4.2	David Cooper (1931-1986)	17
1.4.3	Ronald D. Laing (1927 – 1989).....	20
1.4.4	Thomas S. Szasz (1920-2012).....	22
1.4.5	Das weitere Umfeld.....	23
1.5	Soteria heute	26
1.5.1	Soteria Bern.....	26
1.5.2.	Weitere Projekte	30
1.5.3	Soteria am Klinikum München Ost (Haar).....	31
2.	Fragestellung	34
3.	Methodik	36
3.1	Patientenkohorte	36
3.2	Instrumente.....	37
3.2.1	Basisdokumentation (BADO).....	37
3.2.2	Tagesdokumentation.....	37
3.2.3	Befragungsinstrumente zur subjektiven Sicht der Patienten/Bewohner der Soteria... 38	
3.2.4	Katamnese-Basisfragebögen	38
3.3	Statistische Auswertung	40
4.	Ergebnisse.....	41
4.1	Soziodemographische Daten der Bewohner der Soteria München.....	41

4.1.1	Alter und Geschlecht	41
4.1.2	Höchster erreichter Schulabschluss	43
4.1.3	Höchster erreichter Berufsabschluss	44
4.1.4	Wohnsituation vor Aufnahme und nach Entlassung aus der Soteria.....	45
4.2	Krankheit und Verlauf	47
4.2.1	Diagnosen	47
4.2.2	Aufnahme und Entlassung – Zugangswege.....	51
4.2.3	Aufenthaltsdauer.....	53
4.2.4	Voraufenthalte	55
4.2.5	Schweregrad der Erkrankung	56
4.2.7	Medikation	64
4.2.8	Psychosebegleitung.....	72
4.3	Ergebnisse der Katamneseuntersuchungen.....	74
4.3.1	Behandlungsbeurteilung bei Behandlungsende	74
4.3.2	Katamneseergebnisse zu verschiedenen Katamnesezeitpunkten	78
4.3.3	Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer/teilstationärer Soteria-Behandlung und Medikation	89
4.3.4	Untersuchung zur Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen zu unterschiedlichen Katamnese-Zeitpunkten	92
4.4	Häufigkeiten der stationären Wiederaufnahme und mögliche Prädiktoren	96
5.	Diskussion	101
5.1	Soziodemographische Daten.....	101
5.2	Krankheit und Verlauf	103
5.2.1	Diagnosen	103
5.2.2	Wege der Aufnahme und Entlassung	104
5.2.3	Aufenthaltsdauer.....	105
5.2.4	Voraufenthalte	106

5.2.5	Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme und Entlassung	106
5.2.6	Medikation	107
5.2.7	Psychosebegleitung	111
5.3	Katamneseuntersuchungen	112
5.3.1	Beurteilung der Behandlung bei Entlassung aus stationärer/teilstationärer Behandlung in der Soteria	112
5.3.2	Bewertungen zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten	113
5.3.3	Soziodemographische Daten und Ergebnisse zu verschiedenen Katamnese- Zeitpunkten	116
5.3.4	Ambulante Weiterbehandlung und Medikation nach Entlassung	118
5.3.5	Wiederaufnahme – Daten und Wahrscheinlichkeit	121
6.	Zusammenfassung	123
7.	Literaturliste	130
8.	Anhang	133
9.	Lebenslauf	150
10.	Danksagung	151
11.	Eidesstattliche Versicherung	152

1. Einleitung

1.1 Der Begriff Soteria

Die ersten stationären Behandlungseinheiten, die den Namen *Soteria* trugen, wurden rund um 1970 in den USA etabliert. Ziel war, kaum mehr als ein Jahrzehnt nach Einführung der ersten antipsychotisch wirksamen Psychopharmaka, das Aufzeigen eines völlig anderen Behandlungsansatzes für an Schizophrenie Erkrankte mit Hilfe milieu-therapeutischer Mittel, einer besonderen Umgebung und Art der therapeutischen Zuwendung, anfangs sogar völlig frei von Medikamenten.

Zum Begriff selbst: Das griechische Wort σωτηρία meint einerseits Rettung, Erlösung, andererseits Wohlergehen, Glück und Heil. Ο σωτηρ bedeutet der Retter, Heiland, durchaus auch in einem religiösen Sinn.

In die Psychiatrie wird der Begriff der Soteria von Loren Mosher (1933-2004) eingeführt. In *Psychiatrie in der Gemeinde* bezeichnet er die Zeit von 1969-1970 als „Geburt des Soteria-Projekts“ (Mosher, Burti, 1994, S.15). Kurze Zeit später, 1971, wurde erstmals eine Behandlungseinheit dieses Namens *Soteria-House* in San José/Kalifornien, unter Moshers Leitung etabliert.

Durchaus nicht nur aus theoretischen Erwägungen, sondern auch aus praktischer Notwendigkeit, wie später noch zu erläutern sein wird, musste dieses Projekt jenseits eines Klinikgeländes, „an einer lebhaften Straße in einer nordkalifornischen Vorstadt“ (Mosher, Burti, 1994, S.188) konzipiert werden. Die Einrichtung richtete sich zunächst an „junge, unverheiratete, erstmals diagnostizierte Schizophrene (nach DSM III)“ (Mosher, Burti, 1994, S.188) und sollte als Behandlungsalternative in den Bereichen Klinik, Neuroleptika und Professionelle fungieren (Mosher, Burti, 1994).

Als Gründe für die deutliche Selektion der vorgesehenen Klientel wurden genannt, dass die Methode der Erstbehandlung einer Psychose „wahrscheinlich eine große Wirkung auf den Langzeit-Erfolg“ habe, des weiteren, sich „nicht befassen zu müssen mit der gelernten Rolle des Psychiatriepatienten“ (Mosher, Burti, 1994, S.188).

Wie erwähnt, sollte die Behandlung außerhalb des Geländes einer psychiatrischen Klinik stattfinden, im Falle des Soteria-Hauses „in einem Haus mit 6 Zimmern aus

dem Jahre 1915“ (Mosher, Burti, 1994, S.188) – eine Beschreibung, die auch auf einige der Nachfolgeprojekte gleichen Namens in ähnlicher Weise zutreffen sollte. Während der ersten 6 Wochen sollten zunächst keine Neuroleptika gegeben werden, „so dass ein ordentlicher Versuch einer reinen psychosozialen Intervention stattfinden konnte.“ (Mosher, Burti, 1994, s.188).

Zur psychiatrischen Versorgung der Einrichtung war lediglich ein Konsiliar-Psychiater vorgesehen, dessen Aufgaben auf die Fortbildung des Personals und das Erstinterview mit den Klienten beschränkt war. Schließlich kam auch nicht-professionelles, d.h. nicht psychiatrisch geschultes Personal zum Einsatz, sog. „Laien“; Einstellungskriterium war ein „Prozess der Selbstselektion“ (Mosher, Burti, 1994, S.198) anhand bestimmter Werte und Einstellungen. Anforderungen waren: die Fähigkeit, Stärken und Schwächen der Betroffenen bewerten zu können, geeignete, „maßvolle“ Beziehungen aufbauen zu können und Fürsprecher der Klienten zu sein. Im Mittelpunkt der Behandlung sollte die Wirksamkeit von Milieu-Faktoren stehen, welche helfen, die akute Psychose zu durchleben, zu verarbeiten und gute Langzeit-Prognosen zu erzielen. Mosher und Gunderson haben dazu folgende Wirkfaktoren erarbeitet (Mosher, Burti, 1994):

- 1) Kleine Behandlungseinheit (6-10 Patienten)
- 2) Hoher Personalschlüssel (Mosher fordert 1:1, Anm. d. Verf.)
- 3) Hohes Ausmaß an Interaktion
- 4) Tatsächliche Beteiligung von Mitarbeitern und Patienten bei Entscheidungen
- 5) Akzent auf Autonomie
- 6) Ausrichtung auf praktische Probleme (z.B. Lebensumstände, Geld)
- 7) Positive Erwartungen
- 8) Minimale Hierarchie.

Mosher selbst bezeichnet die oben erwähnten Elemente, die das Projekt Soteria in Kalifornien beschreiben, als „nicht neu“ (Mosher, Burti, 1994, S.188); an dieser Stelle lohnt ein Blick in die Vorgeschichte des ersten Soteria-Projekts.

1.2 Vorgeschichte des Soteria-Projekts

Ideengeschichtlich stellt sich Mosher in die Tradition der – philosophischen und psychologischen – Phänomenologie und beruft sich dabei auf die Denkschule von E. Husserl auf der Seite der Wissens- bzw. Erkenntnistheorie und die zu ihren Lebzeiten außergewöhnlichen Ideen einiger amerikanischer Psychiater in der 1. Hälfte des 20. Jh., namentlich Harry Stach Sullivan (1892-1949) und dessen „Interpersonale Theorie“, die erstmals posthum 1953 in Buchform veröffentlicht wurde; daneben die Schule des schweizerischen, in die USA emigrierten Psychiaters Adolf Meyer (1866-1950), ursprünglich Analytiker Freud'scher Schule, der in den 20iger Jahren des 20. Jh. erstmals die Psychoanalyse auf Schizophrenie anwandte und wie Sullivan – und M. Bleuler, von dem später noch die Rede sein wird – die Sinnhaftigkeit des psychotischen Geschehens im Lebenskontext annahm und – in der Vor-Medikamenten-Ära – so die Möglichkeit, die Psychose zu überwinden, nachzuweisen versuchte. Das Nicht-Verstehen psychotischen Geschehens schrieb er der Unzulänglichkeit der Untersucher zu (Ciompi, Hoffmann, Broccard, 2001).

Loren Mosher stellt die Entstehung und Entwicklung der Soteria-Idee selbst in Zusammenhang mit der beginnenden Gemeinde-Psychiatrie, zunächst in Italien und etwas später in den USA in den frühen 60er Jahren. In eben diese Zeit fällt seine persönliche Psychiatrie-Ausbildung (1962-66) (Mosher, Burti, 1994). Da in den USA Mitte der 60iger Jahre noch keine Gemeindepsychiatriezentren ausgebildet waren, nahm Mosher einen Studienaufenthalt in London wahr, 1966-67. Dort traf er auf einen jungen britischen Psychiater, Ronald D. Laing, einen der Mitbegründer der sog. „Philadelphia Association“, die sich zum Ziel gesetzt hatte, die Behandlung psychisch Kranker zu reformieren und zu humanisieren. Laings Idee der *Sinnhaftigkeit* psychotischen Erlebens und damit der Deutbarkeit im Kontext von Kultur und Erfahrung (Itten, 2010), die nur durch persönliches Mit-Erleben und Mit-Erfahren erschlossen werden können, wird beide verbunden haben. Mosher bezeichnet Laing später als einen seiner „Londoner Lehrer“ (Mosher, Burti, 1994, S.15). Der Schweizer Psychologe und Psychotherapeut Theodor Itten nennt die von Laing und Esterton 1964 publizierten Familiengeschichten Schizophrener, in denen nachzuweisen versucht wird, wie das Verhalten betroffener Patienten im Lichte der besonderen Familienkonstellation und – kommunikationsweise und der damit verbundenen Rollenzuweisungen geprägt und

damit verstehbar, ja z.T. unausweichlich wird, „Moshers Lieblings-Laing-Buch“ (Itten, 2010, S.217).

Konkret lernt Mosher, der Laing seit 1964 in 25jähriger Bekanntschaft verbunden blieb (Itten, 2010), in seiner Londoner Zeit das Projekt *Kingsley Hall* kennen, eines von mehreren Wohnprojekten, die von in der Philadelphia Association organisierten Psychiatern initiiert wurden. Hier lebten die Behandler mit ihren Patienten, deren Patientenrolle sie durchaus ablehnten bzw. für ein Konstrukt der Gesellschaft oder ihrer Lebenshintergründe hielten, zusammen – in einem geschichtsträchtigen Haus, in dem zeitweise während der indischen Unabhängigkeitsbewegung Mahatma Gandhi gelebt hatte und das zuletzt als Gemeindezentrum eines Ostlondoner Stadtbezirks gedient hatte.

Die Prinzipien des *being with*, der Lebensgemeinschaft ohne Rollenzuweisung und der gemeinschaftlichen Entscheidungsfindung (Itten, 2010), die sich später in ähnlicher und überarbeiteter Form in den milieutherapeutischen Wirkfaktoren der Soteria wiederfinden, waren hier bereits angelegt. Bis zur Gründung des ersten amerikanischen Wohnprojekts, welches den Namen Soteria trägt, vergehen gerade einmal 4 Jahre seit Moshers London-Erfahrung. Laings Kingsley-Hall-Projekt scheiterte übrigens nach einigen Jahren, v. a. am Vorwurf zunehmender Verwahrlosung der Immobilie und unhaltbarer und aggressiver Zustände sowie am Anstoß der Nachbarschaft.

Th. Itten bezeichnet Mosher als „fundierten Eklektiker“ (Itten, 2010, S.218) und schlägt den Bogen auch noch zu einem Besuch Moshers bei Anna Freud sowie zu Manfred Bleuler (1903-1994), mit dem Mosher ebenfalls befreundet war und an der Übersetzung von dessen Werk *Die schizophrenen Geistesstörungen im Licht vieljähriger Kranken- und Familiengeschichten* er Anteil hatte. Im Grundsatz wie bei Laing geht es Bleuler hier um die Ableitbarkeit schizophrener Verhaltens aus dem gesellschaftlichen und familiären Kontext - der Psychogenie der Schizophrenie – wenngleich ohne Laings radikale Auflösung der Patientenrolle.

Nach seiner Rückkehr in die USA übernimmt Mosher zunächst eine Station in einem neu entstandenen gemeindespsychiatrischen Zentrum, „während eines der sozial unruhigsten Jahre Amerikas (Vietnam-Protest, Unruhen nachdem Tode M. Luther-Kings, auch in New Haven)“ (Mosher, Burti, 1994, S.12). Doch der Versuch, das in London Erfahrene hier umzusetzen – Verzicht auf Zwangsmaßnahmen, flache Hierarchien,

persönliche Verantwortung, Umgang mit Menschen von einem phänomenologischen Ansatz aus – traf auch in einer amerikanischen Klinik auf Widerspruch. Mosher sieht sich nachgerade als „Sündenbock vieler Generationenkonflikte“ (Mosher, Burti, 1994, S.14) vor dem Hintergrund der in den späten 60iger Jahren des 20. Jh. virulenten Protestära in der westlichen Welt.

1968, bereits als Leiter eines Zentrums für Schizophrenieforschung am National Institute for Mental Health, erhält er einen Antrag auf Förderung eines Forschungsprojekts, das sein Interesse weckt: In einer Klinik in San José, Kalifornien, soll ein „experimentelles Behandlungsmilieu“ (Mosher, Burti, 1994, S.15) implementiert werden unter wissenschaftlicher Beratung von R.D. Laing und Mitarbeitern.

Zwar konnte nichts von dem ursprünglichen Projekt so umgesetzt werden, wie es beantragt war: So verloren die „Projektberater“ (Laing etc.), nachdem Forschungsförderungsgelder abgelehnt worden waren, ihr Interesse, auch die Klinikleitung in San José lehnte eine entsprechende Abteilung in ihren Mauern ab (Mosher, Burti, 1994); Mosher entschloss sich jedoch, das Projekt in eigener Regie, außerhalb einer psychiatrischen Anstalt, in dem oben beschriebenen Gebäude, Baujahr 1915, an einer Ausfallstraße, aufzubauen. So eröffnet 1971 das erste Haus, dem Mosher den Namen *Soteria* gab, in San José, Kalifornien, 1974 gefolgt von einem weiteren milieutherapeutischen Projekt, *Emanon* genannt (was für die Umkehrung von No Name steht). 1977 folgte, mit etwas veränderten Kriterien, insbesondere was die Aufnahmebedingungen betraf, noch die Institution *Crossing Place* in Washington.

Ende der 70iger Jahre schließlich erfolgte ein erneuter Kontakt mit Europa. Ein wechselseitiger Austausch mit Vertretern der Bewegung der sog. *Demokratischen Psychiatrie* um Basaglia in Italien, dem ersten Land in Europa, welches ein gesetzliches Verbot gegen Zwangseinweisung psychisch Kranker in psychiatrische Anstalten erlassen hatte (1978) und mit dem Aufbau gemeindespsychiatrischer Strukturen begonnen hatte.

Zwar mussten die milieutherapeutischen Projekteinheiten Moshers in den 80iger Jahren auf Grund der eingestellten finanziellen Unterstützung sämtlich wieder schließen – Emanon 1980, Soteria-House 1983 – trotz von Anfang an erfolgter und erfolgreicher Begleitforschung, auch im Rahmen von Katamnese-Studien; dennoch blieb der Soteria-Gedanke, obschon nur durch wenige Projekte vertreten, virulent und fand und findet bis heute Nachahmer, besonders in Europa. Dabei haben sich nachfolgende Pro-

jekte immer wieder unterschiedlichen Realitäten angepasst, weisen unter dem Namen Soteria durchaus unterschiedliche Strukturen auf, sind zum Teil in Kliniken implementiert– um jedoch im Kern den Gedanken des *Mit-Seins* statt *Tun-für* zu bewahren.

Es zeigt sich also, dass Soteria, bei aller Würdigung der Einzelleistung Moshers, durchaus eine kontextuelle (Vor-) Geschichte hat und andererseits in den Folgejahrzehnten entwicklungsfähig war und weiterentwickelt wurde.

1.3 Die sogenannte Anti-Psychiatrie-Bewegung

Die Entstehung von Soteria wird in der Literatur immer wieder mit dem Begriff der Antipsychiatrie in Verbindung gebracht. Untersucht man den Begriff näher, werden schnell einige Unschärfen deutlich: Wikipedia beschreibt unter dem Stichwort Antipsychiatrie eine meist von Psychiatern getragene Bewegung zwischen 1955-75, vor allem im angelsächsischen Raum, in Italien und Teilen der damaligen Bundesrepublik Deutschland. Das Wort selbst wurde geprägt von David Cooper, einem aus Kapstadt stammenden und in London tätigen Psychiater (1931-1986), in seinem 1967 englisch erschienenen Titel „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ (Cooper, 1980).

Innerhalb der Bewegung wurde vor allem Kritik an der Behandlung Schizophrener geübt. Wichtige geistige Grundlage stellte das Werk des damals zeitgenössischen französischen Philosophen, Psychologen und Soziologen Michel Foucault bereit, insbesondere eines seiner Hauptwerke „Wahnsinn und Gesellschaft – Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft“ (Foucault, 1963), nach dem in der Entwicklung der europäischen Geistesgeschichte Wahnsinn und Vernunft zunehmend als Antipoden erscheinen. Psychische Erkrankungen treten auf als Produkt sozialer und politischer Prozesse, damit durch historische Paradigmen determiniert; die Psychiatrie übernimmt die Rolle als Helfer zur wissenschaftlichen Legitimation der Ausgrenzung psychisch Kranker aus der Gesellschaft.

Am weitesten in seiner Kritik geht sicher der 1920 in Ungarn geborene, mit 18 Jahren in die USA emigrierte Psychiater Thomas S. Szasz (der den Begriff des Anti-Psychiaters für sich jedoch ablehnte), nach dessen Thesen die psychische Erkrankung nicht nur das Produkt gesellschaftlicher Bedingungen, sondern gar der psychiatrischen Behandlung an sich ist (Szasz, 1972). Gerade durch die Ausgrenzung entstehe das

„psychisch kranke Verhalten“. Von einigen Kritikern wurde Szasz später in der Nähe der Scientology-Kirche gesehen.

Als die klinischen Hauptvertreter dürfen die beiden bereits zitierten Psychiater R.D. Laing und D. Cooper gelten, die als Gründer sogenannter *Households*, also Wohnprojekten für psychisch Kranke, namentlich *Kingsley Hall*, welches L. Mosher aus eigener Anschauung seiner Londoner Zeit kannte (s.o.) und das die Soteria-Idee wesentlich inspiriert haben dürfte, und *Villa 21* im Falle Cooper.

Daneben sei auch noch die Entwicklung in Deutschland in jener Zeit erwähnt; zwar gewannen hier weniger fundamental-kritische Einzelautoren Profil, jedoch entwickelt sich beispielsweise in Heidelberg ein sog. *sozialistisches Patientenkollektiv* – bereits der Name lässt Wurzeln in einigen Entwicklungen der 68er- Revolte vermuten –, welches zunächst als eine Art psychiatrischer Institutsambulanz gegründet wurde, schließlich jedoch wegen zunehmender politischer Radikalisierung und Propaganda die universitäre Unterstützung verlor und wegen des Verdachts der ideologischen Nähe zur RAF schließlich aufgelöst werden musste.

Schliesslich entstand jedoch in Deutschland, in der Folge eines in vielen europäischen Ländern entwickelten Austauschprozesses, die Psychiatrie-Enquete (verabschiedet 1975), deren Ergebnisse und Forderungen bis heute in der Entwicklung der psychiatrischen Kliniklandschaft deutlich werden.

Nicht zuletzt soll hier auch noch die Entwicklung in Italien, ausgehend von Venetien und Friaul in den 60/70iger Jahren des 20. Jh. um Franco Basaglia genannt werden, die weitreichende und landesweite Bedeutung erlangte; Mosher hat selbst auf Einladung seines Freundes L. Burti ein Projekt in Verona 1980 besucht (Mosher, Burti, 1994), als sein erstes kalifornisches Haus bereits wieder geschlossen werden musste.

Dieser Hintergrund der sog. antipsychiatrischen Bewegung sei hier in aller Kürze beleuchtet, nicht etwa in der Meinung des Autors, Soteria müsste sich im Lichte dieses Begriffs verstehen, sondern um die Bedeutung und Entwicklung von Soteria seit ihrem Anfang und die Attribute und Erwartungen, die sich damit verbinden, auf eine breitere psychiatriegeschichtliche Basis zu stellen. Ohnehin soll ausdrücklich offen bleiben, inwieweit sich die oben erwähnten Autoren oder Bewegungen – außer wohl ausdrücklich D. Cooper – mit einer Zugehörigkeit zu der heute wohl auch oft wertend verstandenen Attribuierung „Antipsychiatrie“ identifizieren konnten oder würden.

1.4 Ideengeschichtlicher Kontext – der geistige Boden der Soteria

Wie oben bereits dargestellt, war die „Erfindung“ der Soteria als milieuthérapeutische Behandlungsalternative für junge Schizophrenie-Kranke zwar durchaus, im Sinne des Konzepts und dessen Umsetzung, eine wesentliche Leistung L. Moshers, jedoch keineswegs ohne ideelle Vorgeschichte entstanden oder etwa als Produkt einer völlig weltfremden Verstiegtheit. Vielmehr war sie eines der Ergebnisse einer durchaus breiteren Bewegung, deren wichtigste geistige Impulse – ohne Anspruch auf Vollständigkeit, lediglich ausgewählt mit Blick auf den Soteria-Kontext - im Folgenden kurz dargestellt werden sollen.

1.4.1 (Paul-) Michel Foucault (1926-1984)

Der französische strukturalistische Philosoph, Psychologe und Soziologe, dessen erstes großes Werk „Wahnsinn und Gesellschaft“ (Foucault, 1963) bereits erwähnt wurde, widmet darin sein erstes Kapitel der „Antipsychiatrie“; der Untertitel lautet „Betrachtungen zum Wahn über die Epochen der Geschichte“, von der Bewunderung des Wahnkranken in früherer Zeit hin zu dessen Ausgrenzung als wissenschaftlich begründet „Kranken“ während der Aufklärung.

In seinem Werk „Psychologie und Geisteskrankheit“ (Foucault, 1968) vertritt er die These, psychische Krankheit stelle keine eigene Entität dar, da Psychopathologie nicht wie somatische Pathologie methodisch ableitbar sei. Um sich dem Entstehen psychopathologischer Symptome anzunähern, beschreitet Foucault im Folgenden drei Wege:

1.) Krankheit als Entwicklung (Evolution)

Das Maß der Regression, gewissermaßen die Rückwärts-Evolution, gilt als Maß der Erkrankung. Krankheit bedeutet damit ein weniger an Struktur und Ordnung und ein mehr an archaischen Schichten. Psychische Krankheit wird in einer ersten Annäherung verstehbar als umgekehrte Evolution: Erworbene – sowohl in der Menschheitsgeschichte wie in der persönlichen Entwicklungsgeschichte – komplexe Verhaltensweisen werden durch einfachere, archaischere ersetzt.

2.) Krankheit und individuelle Geschichte

Hier nimmt Foucault Bezug auf die Psychoanalyse Sigmund Freuds und stellt die Frage nach dem Sinn der Abwehr der Gegenwart zugunsten von „unangepassten kindlichen Verhaltensweisen“ (Foucault, 1968, S.55) mit Bezug auf die eigene Vergangenheit. Als gemeinsames treibendes Agens der „Gegenwartsflucht“, über alle pathologischen Erscheinungsformen bis hin zur Psychose, erscheint ihm die Angst, die er als „Prinzip und Grund“ der individuellen Geschichte denkt; als „ein Apriori der Existenz“ (Foucault, 1968, S. 70), vor deren Hintergrund pathologisches Verhalten Sinn gewinnt.

3.) Krankheit und Existenz

Im dritten Schritt schließlich wird die psychische Erkrankung dem Kranken, immer mit der Angst als Agens im Hintergrund, zur existenziellen Notwendigkeit. Vollständig ist sie weder (natur-)wissenschaftlich noch biographisch begreifbar, sondern nur mit der Intuition, die „die pathologische Welt mit denselben Augen zu sehen wie der Kranke“ versucht (Foucault, 1968, S.72).

Bei diesem Weg des Begreifens beruft sich Foucault auf Jaspers, der in der „Allgemeinen Psychopathologie“ (Jaspers, 1972) ebenfalls die These vertritt, Begreifen gehe über die Grenze des Normalen hinaus. Dabei gesteht Foucault dem Kranken durchaus Bewusstsein seiner Krankheit zu, nichts scheint ihm „so falsch wie der Mythos von der Krankheit, die nichts von sich selbst weiß“ (Foucault, 1968, S. 74); das Problem bleibt jedoch, dass der Arzt diese stets von außen, der Kranke jedoch von innen betrachtet; die Wahrnehmung mit dem „Objektivitätsstatus“ rückt das Verständnis „in maximale Entfernung“ (Foucault, 1968, S. 75). Im Rahmen einer phänomenologischen Analyse erscheint eine Unterscheidung zwischen Normal und Pathologisch a priori ungültig; Foucault sieht sogar „das Krankhafte als das grundlegende Kennzeichen dieses Universums“ (Foucault, 1968, S. 89). Und weiter, in Berufung auf Binswanger, der seinerseits Heraklits Ausführung über den Schlaf zitiert: „Die Wachenden haben eine einzige und gemeinsame Welt, von den Schlafenden aber wendet sich ein jeder seiner eigenen (Welt) zu.“ (Foucault, 1968, S. 89).

Foucault unternimmt es hier, auf erkenntnistheoretische Weise und durchaus in Kenntnis wichtiger Autoren der Psychiatriegeschichte des 20. Jh. (Freud, Jaspers, Binswanger), die zweifellos nicht alle jenseits gängiger Lehrmeinungen standen, vor allem die *Verstehbarkeit*, ja zum Teil die existenzielle Notwendigkeit und Ableitbarkeit psychopathologischen Geschehens nachzuweisen, von neurotischen Entwicklungen bis zur Psychose, ja sogar zur Demenz (Foucault, 1968). Entscheidend für unsere Betrachtungen ist hier nicht nur der zeitliche Zusammenhang, sondern der philosophisch bereitete Boden für ein Krankheitsverständnis psychischer Erkrankungen, das sich bei Mosher und dessen milieutheoretischem Konzept durchaus wieder findet:

- Die Verstehbarkeit oder zumindest Erklärbarkeit der psychopathologischen Prozesse, auch der Psychose
- Die aktive Anteilnahme der Behandler, der Versuch der Überwindung der deutlichen Innen- und Außengrenze zwischen Behandler und Behandeltem.

Im Weiteren weist Foucault in einer historischen Betrachtung, gerade durch die Verwissenschaftlichung der Medizin bzw. der Psychiatrie, die zunehmende Ausgrenzung der psychisch Kranken aus der Gesellschaft nach.

Während die „Wahnsinnigen“ im 17. Jh. noch zusammen mit anderen „gesellschaftlich Abweichenden“ interniert wurden mit der Begründung ihrer Unfähigkeit zur Teilhabe an Produktion und Wirtschaft, nachdem der Wahnsinnige zuvor bis zur Renaissance „in Freiheit“ (Foucault, 1968, S. 105) geduldet, teilweise gar wertgeschätzt oder höchstens als metaphysische Bedrohung empfunden worden sei, erscheint Foucault die Französische Revolution als Zäsur: Dabei sieht er Pinel in Frankreich und Tuke im angelsächsischen Raum jedoch gerade nicht als „Befreier der Irren“, vielmehr seien die zuvor eisernen Ketten durch diejenigen „der Abhängigkeit, der Ergebenheit, der Schuld und des Dankes“ (Foucault, 1968, S.109) nur noch enger gelegt worden. Der „Irre“ werde „entmündigt, rechtskräftig dem Kind gleichgestellt, und der Wahnsinn, mit Schuld behaftet, ursprünglich mit der Sünde verknüpft“. Die „Befreiung“ bezeichnet er schließlich als „Moralsadismus des 19. Jh.“ (Foucault, 1968, S. 112).

Zusammenfassend in unserer Jetzt-Zeit folgert Foucault, „wenn der Mensch dem, was in seine Sprache eingeht, fremd bleibt, wenn er an dem, was seine Tätigkeit hervorbringt, keine lebendige, menschliche Bedeutung mehr erkennen kann, wenn die öko-

nomischen und sozialen Bestimmungen ihm Zwang antun, ohne dass er in dieser Welt sein Vaterland erkennen kann – dann lebt er in einer Kultur, die eine pathologische Form wie die Schizophrenie nötig macht; fremd in einer realen Welt, ist er auf eine „private“ Welt angewiesen, die durch keinerlei Objektivität mehr gewährleistet werden kann; dem Zwang dieser realen Welt dennoch unterworfen, erlebt er das Universum, in das er flüchtet, als ein Schicksal.“ Schizophrenie wird möglich, „weil unsere Kultur diese Welt auf eine solche Weise liest, dass der Mensch selbst sich nicht mehr in ihr erkennen kann“ (Foucault, 1968, S. 128f).

1.4.2 David Cooper (1931-1986)

Während nun Foucault gewissermaßen philosophisch den Boden bereitet hat, erscheint bei dem in Kapstadt geborenen und – wie R.D. Laing, von dem im weiteren noch die Rede sein wird – in London tätigen Psychiater D. Cooper, der auch den Begriff der Antipsychiatrie in den Werken „Dialektik der Befreiung“ und „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ geprägt hat, ein dezidiert politischer, namentlich am Marxismus orientierter Vorstoß zur Lösung der Situation psychisch Kranker: Wahnsinn beschreibt Cooper als Ergebnis gesellschaftlicher Gegebenheiten, Revolution als notwendige Konsequenz.

Cooper bleibt Laing zunächst durch die gemeinsame Zeit an der Londoner Tavistock-Klinik, der im Selbstverständnis „ersten Klinik Englands für psychoanalytische Psychotherapie und Psychiatrie“ und der Gründung der sog. „Philadelphia Association“ verbunden, über die beide ihre Wohnprojekte¹, im Fall Cooper die *Villa 21*, gründen.

In „Psychiatrie und Antipsychiatrie“ macht Cooper seine Grundüberlegung bereits in der Einleitung deutlich: „...es gibt nicht die Spur eines unwiderleglichen Beweises, der die Einbeziehung der Schizophrenie als einer Krankheitseinheit in den Bereich medizinischer Nosologie zu unterstützen vermöchte.“ (Cooper, 1980, S. 14). Sowohl

¹ Wohnprojekte milieutherapeutischer Art blicken gerade in England auf eine lange Tradition zurück, so z.B. die sogenannte „Settlement-Bewegung“: Vor dem Hintergrund der rasanten Industrialisierung mit den entsprechenden sozialen Spannungen im 19.Jh. in London gründete der Priester Samuel Barnett 1884 in Whitechapel, East End, London, einer traditionellen Arbeitergegend, das Projekt Toynbee Hall; es handelt sich um eine akademische Einrichtung für Medizinstudenten, die, selbst aus besseren Schichten stammend, im Elendsviertel leben und lernen sollten, zum Zweck des Austausches zwischen den gesellschaftlichen Klassen. In veränderter Form existiert ein entsprechendes Projekt bis heute.

Schizophrenie als auch die schizoide Entwicklung erscheinen ihm nicht als Erkrankung oder „Defizit“ der betroffenen Person, sondern als „Versagen von Bezugspersonen im mikro-sozialen Feld“ (Cooper, 1980, S.14), womit meist und in erster Linie die Familie gemeint ist. Im Weiteren erscheint ihm – hier ähnlich Foucault – die naturwissenschaftliche Rationalität für das Verstehen der Schizophrenie ungeeignet, sondern (in Bezug auf Hegel und Sartre) die Methode der Dialektik. Cooper geht dabei weiter als die meisten Kritiker seiner Zeit: Er spricht der Schizophrenie jeden Krankheitswert ab, sie sei lediglich ein Produkt der psychiatrischen Anstalten, in denen Menschen mit echten Hirnschäden mit solchen mit verschiedenen psychischen Krankheiten „interniert“ würden; so entstehe das Konstrukt der „Krankheit Schizophrenie“ (Cooper, 1980, S.32). In den schizophrenen Ausdrucksformen sieht er ausschließlich „eine mehr oder weniger charakteristische Art gestörten Gruppenverhaltens. Es gibt keine Schizophrenie“ (Cooper, 1980, S.43). Nicht der Kranke leidet hier an Ich-Störungen oder Halluzinationen oder kognitiven Störungen, sondern die Gesellschaft an gestörter Kommunikation. „In einem bemerkenswerten Maße hat die ‚Krankheit‘ oder Unlogik des Schizophrenen ihren Ursprung in der kranken Logik anderer Leute. So erfindet die Familie also eine Krankheit, um ihre unechte Lebensweise zu bewahren“ (Cooper, 1980, S.38). Entsprechend spricht der Psychiater Cooper auch der Psychiatrie als medizinischer Disziplin ihre Daseinsberechtigung ab, nennt die Psychiater „zweitklassige Ärzte“, was auch andere Disziplinen so sähen (Cooper, 1980, S.38).

Die schizophrene Symptombildung bleibt dem Betroffenen, nach Cooper, als einziger Ausweg aus einem System familiärer Gewalt, wobei die ausgrenzende Familie durch die intervenierende Psychiatrie unterstützt wird; die „Konstruktionen“ des Schizophrenen seien „sinnbildliche Darstellungen des Familiengeschehens“, ...“welche buchstäblich den Geist des psychotischen Angehörigen beherrscht. Die symbolischen Weltraumwesen sind eben jene Mutter, Vater und Geschwister, die mit dem sog. psychotischen Patienten am Frühstückstisch sitzen“ (Cooper, 1980, S.52).

Im Weiteren versucht Cooper seine Thesen an Hand der Untersuchung einer Beispiel-Familie zu belegen. Im Unterschied zu dem Modell, welches später in der Soteria entwickelt werden wird, bei dem die Familie des Betroffenen, wie viele Probleme diese auch immer kennzeichnen mögen, immer auch als wesentlicher Teil der Milieuthera- pie gesehen wird, wird hier die Familie zum wesentlichen Verantwortlichen für das schizophrene Verhalten des Betroffenen und dessen Schicksal.

Selbst eine „verstehende“, psychoanalytische Deutung einer ambivalenten Familiensituation nennt Cooper hier eine Art Ablenkung vom Verständnis des aus seiner Sicht eigentlichen Problems, dass gesellschaftliche Umstände Menschen zu schizophrenen Handlungen bewegen (Cooper, 1980).

Auf dieser Grundlage, „Schizophrenie nicht als eine Krankheitseinheit zu verstehen, sondern als ...interaktionales Muster („pattern“) (Cooper, 1980, S.92), beschreibt nun Cooper sein Behandlungsmodell für junge schizophrene Ersterkrankte, die selbstverständlich nicht krank genannt werden: die Eingangsvoraussetzungen und die Abgrenzung zur stationären Psychiatrie erinnern dabei durchaus an die ersten, amerikanischen Modelle der Soteria. „Ein psychotisches Erleben kann unter richtiger Führung zu einem reiferen menschlichen Zustand führen...“ (Cooper, 1980, S.97), Psychose als zu verstehender, in die Entwicklungsgeschichte des Betroffenen zu integrierender Prozess – die Autoren der Soteria-Idee könnten kaum widersprechen, ebenso wenig wie der Skizzierung der „richtigen Leute“ (Cooper, 1980, S.99), die für die Behandlung der Betroffenen ausgewählt werden sollten.

Sein Projekt *Villa 21* befand sich noch auf dem Gelände einer Klinik; gegründet 1962, sollte es möglichst junge Patienten aufnehmen, zwischen 15 und 20 Jahren, nur Männer, mit möglichst kurzer Krankheitsvorgeschichte. Angedacht war ein besonderes Milieu und Forschungsmöglichkeiten, als Personal möglichst „junge Pfleger..., [die durch ihre Arbeit in der] Institution weniger deformiert“ (Cooper, 1980, S.102) waren, auch werden kleine Behandlungseinheiten gefordert sowie flache Hierarchien: „Es kam zu einer fortschreitenden Rollenverwischung zwischen Pfleger, Arzt, Beschäftigungstherapeuten und Patienten“ (Cooper, 1980, S.110). Der Begriff der Soteria war hier noch mehrere Jahre entfernt. Auch die Behandlung im Sinne einer *Begleitung*, wie in der Soteria, klingt an: „...Verzweiflung und Kummer können für die Entwicklung der Persönlichkeit erforderlich sein...Unsere psychiatrische Aufgabe besteht in erster Linie darin, dem Patienten zu gestatten (und ihn dabei zu unterstützen), dass er während des Prozesses der Destrukturierung und danach der Restrukturierung seiner inneren Welt als Person am Leben bleibt.“ (Cooper, 1980, S.128). Als Ergebnis seiner Begleitforschung verweist Cooper auf die Methode der „kombinierten Familien- und Milieuthherapie, ...wobei von Tranquilizern nur geringfügig Gebrauch gemacht wurde. Individuelle Psychotherapie wurde nicht angewendet.“ (Cooper, 1980, S.146).

1966 hatte Cooper sein Projekt Villa 21 bereits wieder verlassen.

1.4.3 Ronald D. Laing (1927 – 1989)

Der zweite prominente Mitbegründer der Philadelphia Association, den L. Moshier als seinen „Londoner Lehrer“, wie erwähnt, bezeichnete, schrieb sein Hauptwerk „Das geteilte Selbst“ mit 28 Jahren, beendet 1957, veröffentlicht 1960 (Laing, 1972). Sein Paradigma ist erneut die Verstehbarkeit von Psychosen, durch eine existenziell-phenomenologische Methode, die versucht, „die verrückten Dinge“ in ihrem „Kontext“ zu begreifen (Laing, 1972, S.19); Jaspers hatte demgegenüber noch die Uneinfühlbarkeit psychotischen Erlebens als schizophrenes Kriterium genannt (Jaspers, 1973).

Auch Laing formuliert eine fundamentale Kritik der (Natur-)Wissenschaft in Bezug auf menschliche Prozesse. Er wirft der Wissenschaft vor, ihren Gegenstand, lebende Personen, zu „depersonalisieren oder zu vergegenständlichen“ und nennt ihre Sprache „Maschinenanalogie“ (Laing, 1972, S.26). Wollte man einen Menschen als Person verstehen, wäre ein Einlassen auf diese Person statt einer Abstrahierung notwendig: „Es ist eben möglich, ...all das zu wissen, was über die Psychopathologie der Schizophrenie ... gewusst werden kann, ohne auch nur einen einzigen Schizophrenen verstehen zu können“ (Laing, 1972, S.40). Verstehen der Psychose wird somit nur möglich, indem „der Therapeut sich in eine fremde und sogar gestörte Sicht der Welt“ begeben und „sich auf seine eigenen psychotischen Möglichkeiten“ beziehe, „ohne seine geistige Gesundheit aufzugeben“ (Laing, 1972, S.41). Damit räumt Laing immerhin ein, bei einer Psychose liegt ein irgendwie krankhafter Prozess vor –wenngleich ein, mit bestimmten Methoden, existenziell einfühlbarer. Den Schizophrenen bezeichnet er als Menschen, dem die Erfahrung der Hoffnung und der Liebe fehle. Der Schizophrene ist seit seinem frühen Leben geprägt von der Erfahrung der „primären ontologischen Unsicherheit“ (Laing, 1972, S.47), wie die Figuren in Kafkas Parabeln. Ohne die fundamentale Erfahrung von Sicherheit „bilden die gewöhnlichen Situationen des tagtäglichen Lebens eine kontinuierliche und tödliche Bedrohung“ (Laing, 1972, S.51).

Der künftige Schizophrene lebe gewissermaßen mit den permanenten Ängsten vor „Verschlungen werden“ (durch Dritte), „Implosion“ (des Selbst), „Verlust innerer Autonomie und Freiheit“ (Laing, 1972, S.92) und kann sein Sein nur erhalten durch Spaltung, durch einen Rückzug aus einem Teil seiner Selbst, gewissermaßen eine Dissoziation. Im Ergebnis wird so die Person zerstört, um die Angst einzudämmen, die uner-

träglich, nicht lebbar scheint – und mit dem Zerfall eben der Persönlichkeit nur vergrößert wird. Der Schizophrene lebt sozusagen in einer permanenten Dissoziation; er erlebt „sein Sein von allen Seiten bedroht“, die Welt als „Gefängnis ohne Riegel, ein Konzentrationslager ohne Stacheldraht“ (Laing, 1972, S.126).

In Laings Theorie ist der Schizophrene gespalten in ein wahres und ein falsches Selbst; das wahre, das unter allen Umständen geschützt werden muss und daher nicht mit der Umwelt in Berührung gerät (die ja bedrohlich wäre), und das falsche Selbst, das sich den äußeren Erwartungen anpasst und „sehr oft perfekt normal“ (Laing, 1972, S.122) erscheint, um die wahren Bedürfnisse aus Angst zu verbergen; „das, was Psychose genannt wird, [ist] manchmal bloß die plötzliche Wegnahme des Schleiers des falschen Selbst“ (Laing, 1972, S.123) - so erklärt sich für Laing auch die besondere Spielart der Symptome des Betroffenen, die Symbolik in der Sprache des Schizophrenen, der etwa den Unterdrücker seiner Kindheit Mörder oder Seelendieb nennt. „Für unsere Zwecke ist es sehr viel wichtiger, den Sinn zu erkennen, in dem dieser ‚Wahn‘ wahr ist, als ihn für absurd zu erklären“ (Laing, 1972, S.123). Durch die absurde Anpassung des falschen Selbst an seine unterdrückende, Angst einflößende Umgebung werden katatone Symptome, groteske Grimassen verstehbar als „Parodie“, als „versteckte Anklage“ und „Mittel des Angriffs“ etwa eines Hebephrenen, gegen die „Personen, die er hasst und fürchtet“ (Laing, 1972, S.126).

Noch einmal sei betont, dass Laing die Psychose durchaus als Krankheit versteht, oft früh im Leben angelegt, über den Weg der „schizoiden Abwehr“ bis zur psychotischen Dekompensation: „Alles wird vom Nichts überflutet“ (Laing, 1972, S.170), bis zum völligen Verlust der Identität. Die schizoide Spaltung in die beiden Selbst verhindert eben die Identität, die das Individuum gerade durch die Spaltung und den Schutz des inneren Selbst bewahren wollte. Der Versuch scheitert, „da ein Gefühl der Identität die Existenz eines anderen erfordert, von dem man gekannt wird“ (Laing, 1972, S.171) - und zwar vollständig, möchte man ergänzen.

Laing beruft sich auf Carl Gustav Jung, wenn er postuliert, der Schizophrene höre auf, „schizophren zu sein, wenn er jemandem begegnet, von dem er sich verstanden fühlt. Wenn das passiert, verschwindet das meiste der Bizarrerien, die als die ‚Symptome‘ der ‚Krankheit‘ angesehen werden, ganz einfach“ (Laing, 1972, S.203).

Der Schizophrene trennt die Realität nicht in ‚Ich‘ und ‚Du‘ bzw. in ‚Ich‘ und ‚Außenwelt‘, sondern in Selbst und Körper – legt also die Trennlinie gewissermaßen nach „weiter innen“ (Laing, 1972, S.216). In seinem Fallbericht über eine schizophrene Entwicklung versucht Laing, eine ihm typisch erscheinende familiäre Konstellation aufzuzeigen, die eine spätere Psychose zu erklären vermag: „Es gibt anscheinend einige Formen, Mutter zu sein, die eine genetisch bestimmte angeborene Tendenz zu Erreichung ...ontologischer Sicherheit hin, die beim Kind vorhanden sein mag, eher behindert als erleichtert“ (Laing, 1972, S.233).

Schließen wir die Betrachtung zu Laing mit dem Zitat einer von ihm beschriebenen Patientin: „Jeder sollte in seiner Erinnerung zurückblicken und sicher sein können, eine Mutter gehabt zu haben, die ihn liebte....Sonst glaubt er, er habe kein Recht zu existieren....Egal, was dieser Person im Leben passiert, egal, wie sehr ihr weh getan wird, sie kann immer darauf zurückschauen und fühlen, dass sie geliebt werden kann....Wenn sie nicht auf so etwas zurückgreifen kann, kann sie gebrochen werden“ (Laing, 1972, S.212).

Die Verstehbarkeit des psychotischen Erlebens, die Sinnhaftigkeit, die Notwendigkeit des Sich-Einlassens der Behandler und der Anteilnahme am psychotischen Geschehen sind wesentliche Elemente, die uns in der Soteria wieder begegnen.

1.4.4 Thomas S. Szasz (1920-2012)

Als besonders radikaler Vertreter der heute als Antipsychiatrie bekannten Strömung der 1950-70er Jahre gilt der 1920 in Budapest geborene und 1938 in die USA emigrierte und dort ausgebildete Psychiater und Psychoanalytiker Thomas Stephen Szasz, der sich zeitlebens für seine Person gegen das Etikett des Antipsychiaters wehrte.

In seinem Hauptwerk „Geisteskrankheit – ein moderner Mythos“ bezeichnet er die Psychiatrie als Pseudowissenschaft, die durch „Neueinstufung von Nichtkrankheiten als Krankheiten“ (Szasz, 1972, S.57) ihr Gebiet erst selbst schafft und ständig ausdehnt.

In seiner Essay-Sammlung „Psychiatrie – die verschleierte Macht“ bringt er die Psychiatrie als Wissenschaft in die Nähe von Aberglaube und Hexenkult: „Statt die Aufmerksamkeit auf einander widersprechende menschliche Bedürfnisse, Ansprüche und

Werte zu lenken, liefert das Konzept der Geisteskrankheit als Erklärung für Lebensprobleme ein amoralisches, unpersönliches Etwas – eine ‘Krankheit‘“ (Szasz, 1978, S.33).

Den Glauben an die Existenz psychischen Leidens im Sinne einer Krankheit nennt er „Erbe des Dämonen- und Hexenglaubens“ (Szasz, 1978, S.33) und so realistisch wie die Existenz von Hexen in der Geschichte der Menschheit.

Das, was von der Wissenschaft seiner Zeit als psychische Krankheit – Szasz bleibt meist so verallgemeinernd, ohne sich auf bestimmtes Erleben oder Leiden zu beziehen – gesehen wird, ist er lediglich bereit, als Verhaltensvariante anzuerkennen, erst ein – von ihm abgelehntes – System von Klassifizierungen lässt daraus pathologische Entitäten entstehen, die ihm unwissenschaftlich, ja unzulässig erscheinen, vor allem da sie den eigentlichen Gegenstand der Betrachtungen, menschliche Konflikte, auf Grund unterschiedlicher Auffassungen „verdinglichen“ und die Betroffenen so entwürdigen.

Insbesondere die Unterbringung in psychiatrischen Institutionen und die Behandlung ohne Einverständnis der Betroffenen bezeichnet Szasz als „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ (Szasz, 1978, S.97).

Szasz als Vertreter der wohl fundamentalsten Kritik an der Psychiatrie im Vorfeld der Soteria – immerhin rekrutieren sich alle hier zitierten Autoren und Denker ihrer Zeit aus der Psychiatrie oder Psychologie selbst, als gleichsam *Unzufriedene* – sei hier nur kurz erwähnt; seine Kritik geht über den Anspruch des *Verstehen-Wollens* und *Begleiten-Wollens* hinaus, der pathologische Prozess wird hier, wenn nicht vollends negiert, so zumindest ins Zwischenmenschliche verschoben und mythisch, geschichtlich und vor allem politisch bewertet.

1.4.5 Das weitere Umfeld

Im Rahmen dieser Arbeit können und sollen, außer den unmittelbaren Bezügen zur Entwicklung der Soteria, nicht alle Bewegungen im Vor- bzw. Umfeld der Soteria Erwähnung finden. Zumindest zwei Namen und die damit verbundenen Entwicklungen seien, mit Blick auf das bisher skizzierte Feld, noch erwähnt.

Franco Basaglia (1924-1980)

Der aus Venedig stammende italienische Psychiater Basaglia wurde u.a. in den 60er Jahren des 20.Jh. ärztlicher Leiter einer psychiatrischen Klinik in Görz (Gorizia), später, in den 70er Jahren des 20. Jh., Direktor in Triest.

Auch nach Basaglias Ansicht hat die Klinikbehandlung an sich – vor dem Hintergrund der in Friaul in jenen Jahren vorgefundenen Verhältnisse – wesentlichen Anteil an der krankhaften Entwicklung der dort untergebrachten Patienten. Er leitet daraus die Notwendigkeit einer allein ambulanten Behandlung psychisch Kranker ab, um so deren Verhalten und Entwicklung im Kontext der Gesellschaft und nicht etwa von dieser ausgegrenzt erleben und verstehen zu können.

Basaglias Sicht wird in den bekannten Werken „Was ist Psychiatrie“ (Basaglia, 1974) und dem reflexiv-lebensgeschichtlichen „Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerkes“ (Basaglia, 2002) deutlich. Seine Position wird – ähnlich wie bei Foucault beschrieben – als Anti-Positivismus gesehen; so wehrt sich Basaglia gegen ein empiristisch-organisches Verständnis psychischer Krankheit und fordert, auch mit Blick auf die Geschichte der Psychiatrie, ein im philosophischen Sinn vernunftgeleitetes Verständnis insbesondere des Wahns, welchem er – wie die meisten der bislang zitierten Autoren – eine im Sinne seiner Entwicklung gewisse Sinnhaftigkeit und damit Verstehbarkeit oder zumindest Ableitbarkeit zuspricht.

Der Eindruck, den die von Basaglia wesentlich mit angestoßene und mit getragene Bewegung in Italien, die schließlich zum Psychiatrie-Gesetz von 1978 führte, auf L. Moshier machte, wurde bereits erwähnt; zudem bestand zwischen der amerikanischen und italienischen Reform- bzw. Gemeindepsychiatrie-Bewegung ein langjähriger Austausch.

Felix Guattari (1930 – 1992)

Der französische Psychiater Felix Guattari wird ebenfalls der Antipsychiatrie zugeordnet und sei hier nur kurz berührt. Selbst von der sehr eigenständigen Schule Lacans berührt, entsteht sein Hauptwerk „Anti-Ödipus“ (1972) vor dem Hintergrund der 68er Revolution in Paris zusammen mit dem französischen Philosophen Gilles Deleuze.

Darin wird, teils auf gesellschaftsanalytischer, teils auf ethnologischer Grundlage, in fundamentalkritischer Abgrenzung zur Psychoanalyse und mit scharfer Kapitalismuskritik die Rolle des Schizophrenen in der Gesellschaft gezeichnet.

Der Mensch in der kapitalistischen Welt wird als „Wunschmaschine“ gesehen im Netzwerk der Produktionsprozesse, von denen der Schizophrene sich zunehmend abge sondert sieht. Der Freudsche psychoanalytische Ansatz, die ödipale Entwicklung als Kern zum Verständnis von Psychopathologie innerhalb von Familienstrukturen auszumachen, erscheine angesichts der Bedeutung der „schizogenen gesellschaftlichen Produktion“ als „vergeblich“. Nicht der Mikrokosmos Familie sei von entscheidender Bedeutung, sondern „dass die Gesellschaft auf der Ebene der Infrastruktur, ihrer Produktionsweise, ihrer bündigsten kapitalistischen Wirtschaftszyklen schizophrenisierend wirkt“ (Deleuze, Guattari, 1972, S.468).

Wichtig bleibt an der Stelle nochmals zu erwähnen, dass hier keine vollständige Ideengeschichte, in Medizin oder Philosophie, in und um die Soteria oder ihre Autoren geleistet werden kann. Selbstverständlich werden sich die Apologeten der Methode auf einen persönlichen Reichtum der Entwicklung und Erfahrung berufen, wie Mosher auf die Theorien von Hegel, Husserl, Sartre und Tillich oder die klinischen Vorerfahrungen von Bockhoven in den USA oder Boss in der Schweiz (Ciompi, Hoffmann, Broccard, 2001), oder Ciompi, der sich – für einen Schweizer Psychiatrieprofessor naheliegend – auch in der Tradition von Bleuler sieht, ebenso wie immer wieder der Bezug zu verschiedenen humanistischen oder psychoanalytischen Schulen, ideengeschichtlich oder in Abgrenzung zu diesen, hergestellt wird.

Der Schwerpunkt des Interesses war hier der Zeit der Entstehung der Soteria geschuldet und ihrem geistigen, ideellen und klinischen Kontext. Im Weiteren werden wir uns der Situation der Soteria heute, ihrer weiteren Entwicklung, Methoden und Ergebnisse zuzuwenden haben.

1.5 Soteria heute

Entwicklung seit 1971

Während L. Moshers amerikanische Projekte, das 1971 gegründete Soteria-Haus sowie Emanon (1974) Anfang der 80er Jahre des letzten Jhs., aus finanziellen Gründen, wieder schließen mussten – trotz guter Ergebnisse der dort etablierten Begleitforschung – kam die Idee der Soteria nach einem persönlichen Kontakt mit Mosher durch den Schweizer Psychiater Luc Ciompi nach Europa – gewissermaßen auf den Kontinent, wo, wie wir gesehen haben, erste gemeindepsychiatrische Projekte bereits in den 60er Jahren realisiert worden waren in Form von Wohngemeinschaften im Geist des „being with“.

1.5.1 Soteria Bern

1984 wurde die erste europäische Soteria-Behandlungseinheit durch den damaligen Leiter des sozialpsychiatrischen Zentrums der Universitätsklinik Bern, Professor Luc Ciompi, gegründet. Er selbst verweist in einem Interview klar auf die Entwicklungskette von R.D. Laings Kingsley Hall-Projekt und L. Moshers Soteria in Kalifornien bis zu seiner eigenen Gründung in Bern (Aebi, Ciompi, Hansen., 1994). Allerdings ging es Ciompi dabei von Anfang an nicht in erster Linie um eine medikamentenfreie Behandlung der Schizophrenie, sondern im Mittelpunkt stand die Schaffung eines besonderen Milieus jenseits der Klinik-Psychiatrie, die Ciompi aus seiner Vorerfahrung als in manchen Teilen „zutiefst antitherapeutisch“ (Aebi et al., 1994, S. 16) bezeichnet.

Realisiert werden konnte die Soteria Bern durch ein kurz vor der Gründung zur Verfügung gestelltes privates Stiftungskapital sowie das persönliche Interesse und Engagement der Vorbesitzer des Hauses (Aebi et al., 1994), einer einstigen Pension nahe des Berner Universitäts-Klinikgeländes.

Außer der kliniknahen Lage gab es bei Soteria Bern von Beginn an einige Unterschiede zum amerikanischen Vorbild. Weder hatte Ciompi die von Mosher bei seiner Gründung geschilderten akademischen Widerstände zu bekämpfen (Aebi et al., 1994), noch die Konflikte mit der nachbarschaftlichen Umgebung wie bei Laing in London.

Als klare Unterschiede zum kalifornischen Konzept nennt Professor Dr. Holger Hoffmann, der derzeitige Chefarzt der Soteria Bern (Hoffmann, Leisinger, 2006):

den nicht kategorischen Verzicht auf Medikamente

die Einführung des „weichen Zimmers“

den Spitalstatus der Soteria Bern, also die Führung der Soteria als Klinik-Abteilung.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Hoffmann als Aufnahmekriterien außer „psychotischen Krisen aus dem schizophrenen Formenkreis“ „Adoleszenten- oder andere Entwicklungskrisen“ nennt – avisiert werden dabei in dem Artikel von 2006 ausdrücklich „jüngere Menschen“ (Hoffmann, Leisinger, 2006, S.1860).

Das Behandlungskonzept basiert zu großen Teilen auf Ciompis Überlegungen über die in seinem Hauptwerk dargelegte „Affektlogik“ (Ciompi, 1982). Elisabeth Aebi, Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Soteria Bern, leitet daraus 8 therapeutische Grundsätze für die Soteria ab:

1. Überblickbares, „normales“ und transparentes Milieu
2. Kontinuierliche Unterstützung in psychotischen Krisen durch wenige Bezugspersonen
3. Konzeptuelle und personelle Kontinuität während der gesamten Behandlung
4. Klare und gleiche Informationen für Patienten, Angehörige und Betreuer über Erkrankung, Prognose und Behandlung
5. Ständige Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen
6. Erarbeitung von gemeinsamen Zielen bezüglich Wohnen und Arbeit sowie realistischer und positiver Zukunftserwartungen
7. Neuroleptika, wenn
 - Selbst- oder Fremdgefährdung
 - keine Besserung nach 4-5 Wochen Behandlung
 - sowie zur Rückfallprophylaxe in der Nachbetreuung
8. Systematische Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe über mindestens 2 Jahre (Aebi et al., 1994).

Hoffmann ergänzt in seinem Artikel noch das „spezifische Milieu im ‚weichen Zimmer‘ und die tragende 1:1 Begleitung (‚being with‘)“ (Hoffmann, Leisinger, 2006,

S.1861), bei der während der floriden Psychose ein Mitarbeiter den Patienten kontinuierlich begleitet.

Die Bewohnerzahl ist in Bern auf 8 begrenzt, ständig begleitet von 2 Betreuern aus einem Team aus 5 ausgebildeten Pflegekräften sowie 4 Laien, tätig im 48 Stunden überlappenden Schichtdienst. Weiter gibt es im Hintergrund einen Assistenzarzt in Bereitschaft sowie einen Teilzeit-Oberarzt. Regelmäßige Supervisionen sind gefordert. Daneben wird immer wieder das Kriterium der „ausreichenden Zeit“ gefordert (Aebi et al., 1994).

Während in einer von Mosher und Menn 1978 publizierten Untersuchung über Soteria Kalifornien die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 166 Tagen angegeben wurde (Ciompi et al., 2001), nennt Ciompi in der ersten, deskriptiven Untersuchung über Soteria Bern von 1991 eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 54 Tagen (nach anfänglich 6 Monaten) (Ciompi et al., 2001); 2006 spricht Ciompis Nachfolger Hoffmann von einer durchschnittlichen Verweildauer von 44 Tagen (Hoffmann, Leisinger, 2006). Die lange Verweildauer galt immer wieder als der wesentliche Kostenfaktor der Soteria, neben der besonderen Personal-Intensität.

Der wesentliche Wirkfaktor der Begleitung (being with) wird in 4 Phasen eingeteilt:

1. Beruhigung (weiches Zimmer): Zur Beruhigung und Angstlösung durch ständige menschliche Begleitung, etwa im Rahmen der 1:1 Begleitung
2. Aktivierung: Aufgaben im Haushalt/Alltag, gemeinsame Aktivitäten ohne konkreten Stundenplan.
3. Soziale und berufliche Integration: Mehr Selbständigkeit, Außenaktivitäten, noch durch Gespräche begleitet.
4. Stabilisierung: Nachbetreuung, Rückfallprophylaxe.

Auf spezifische Psychotherapie wird dabei zugunsten einer allgemeinmenschlichen Begleitung verzichtet; Medikamente werden eingesetzt, jedoch zurückhaltend, eher niedrig dosiert und immer in Absprache mit den Betroffenen nach ausführlicher Diskussion (Aebi et al., 1994).

Eine weitere wesentliche Abgrenzung der Soteria Bern von ihrem amerikanischen Vorbild – außer ihrem Klinik-Status und der Haltung Ciompis und seiner Nachfolger zu antipsychotisch wirksamen Medikamenten – ist, neben den von Ciompi eingeführten und oben genannten Behandlungselementen, das Verständnis der Laien-

Mitarbeiter. Während Mosher in Kalifornien ausschließlich „Non-Professionals“ fordert, die möglichst „unverbildet“ von der Anstaltspsychiatrie, den Richtlinien und Hierarchien des traditionellen medizinischen Modells und den gängigen Schizophrenie-Konzepten den Patienten begegnen sollten (Hoffmann, 2009), arbeitete Soteria Bern seit Beginn, wie oben erwähnt, etwa zur Hälfte mit ausgebildetem Pflegepersonal. Wie Hoffmann, der Direktor der Soteria Bern, aufzeigte, waren bereits die Mitarbeiter Moshers durch „durchschnittlich 3,5 Jahre Berufserfahrung im Umfeld der Psychiatrie“ (Hoffmann, 2009, S.22) jedoch ebenfalls nicht so Psychiatrie-unerfahren, hatten dazu nach Moshers eigenen Untersuchungen wohl auch selbst die Erfahrung von Problemfamilien auf Grund eigener sozialer Herkunft und die daraus entstehenden Probleme gemeistert (Hoffmann, 2009).

Auch in Bern stammten die sog. Laienmitarbeiter aus „der allgemeinen Krankenpflege, Sozialarbeit, Ergotherapie, Psychologie und Pädagogik“ (Hoffmann, 2009, S.22) – mithin durchwegs kliniknahen Berufsgruppen. Wie bei Mosher werden als Hauptanforderung „Persönlichkeit und Lebenserfahrung“ genannt, um die „tätige Gemeinschaft“ in der Soteria mit „flacher Hierarchie und minimaler Rollendifferenzierung zwischen Betreuern und Bewohnern“ umsetzen zu können. Die Soteria wird gleichsam als Ersatzfamilie gesehen, mit der Funktion der Betreuer als „Eltern oder ältere Geschwister“ – gerade darin, in der Einfachheit und Selbstverständlichkeit, Unabhängigkeit und Flexibilität bestehe die besondere Qualität und eben „Professionalität“ ihrer Mitarbeiter (Hoffmann, 2009, S.23).

Entwicklung der Soteria Bern

Wie nun das psychiatrische Umfeld seit den 80er Jahren des 20. Jhs, der Gründung der ersten Soteria in Europa, sich entwickelt hat:

- Etablierung gemeindepsychiatrischer Strukturen
- Milieutherapeutische Ansätze werden in Klinikalltag integriert
- Wandel der medikamentösen Therapie mit neuen Generationen von Antipsychotika und veränderten Dosierungen
- Insgesamt kürzere Liegezeiten und Verlagerung von Behandlungselementen in den ambulant-komplementären Bereich,

so hat sich auch die Soteria Bern veränderten Bedingungen angepasst; so wurden

- Die Familiengespräche (Angehörigenarbeit) in Richtung Familientherapie erweitert
- Wie oben erwähnt, die durchschnittliche Liegezeit verkürzt
- Eine Ehemaligengruppe etabliert
- Das Problem des häufigen Cannabis-Beigebrauchs mit in den Fokus der Behandlung genommen- Hoffmann ermittelte eine Zahl von 63 % an Konsumenten unter den Neuaufnahmen in Bern 2005 (Hoffmann, Leisinger, 2006).

Ein entsprechendes Motivationsprogramm zur Abstinenz – gewissermaßen ein Doppeldiagnose-Setting – wurde implementiert, weitere Entwicklungen zur integrierten Versorgung sind avisiert (Hoffmann, Leisinger, 2006).

1.5.2. Weitere Projekte

Seit der Gründung von Soteria Bern ist die Idee in einigen europäischen Ländern immer wieder aufgegriffen worden, besonders häufig sicherlich in Deutschland; bekannt gewordene Projekte wie in den psychiatrischen Kliniken in Gießen und Hannover seien hier namentlich und beispielhaft erwähnt.

Dabei wurden einerseits sog. Soteria-Elemente in psychiatrischen Normalstationen implementiert, nicht zuletzt, da dies die einzig akzeptierte bzw. auf Grund der Finanzierungsbedingungen machbare Möglichkeit erschien. Gerade in dem Zusammenhang sei der Name „Soteria“, ihren europäischen Gründern zufolge, in der Vergangenheit, auf Grund unscharf gebrauchter Kriterien, z.T. inflationär und unzulässig gebraucht worden (Ciompi, Hoffmann, Leisinger, 2005).

Demgegenüber wurden jedoch auch einige Soteria-Projekte realisiert, die die oben ausführlich beschriebenen und von Mosher sowie von Ciompi und Mitarbeitern in der Literatur immer wieder diskutierten Kriterien auf jeweils ihre Weise umgesetzt haben, im Rahmen ihrer spezifischen gesellschaftlichen, (sozial)politischen und finanziellen Gegebenheiten.

So entstand – nach einem wiederum aus finanziellen Gründen gescheiterten Projekt in Frankfurt/Oder – eine neue Soteria-Station an einem psychiatrischen Versorgungs-

krankenhaus in Zwiefalten 1999, welche bis heute nach einem Soteria-Gesamtkonzept arbeitet, ebenso am Zentrum für Psychiatrie Reichenau (seit 2012).

Weitere Soteria-Projekte bestehen in Nacka/Schweden sowie – im Zusammenhang mit Suchterkrankungen – in Leipzig. Als jüngste, bereits realisierte Soteria-Neugründung sei hier eine Einheit an der Berliner Charité – im Herbst 2013 eröffnet – erwähnt. Weitere Projekte, auch im europäischen Ausland, sind in Planung oder Diskussion.

Darüber hinaus besteht seit Ende der 90er Jahre eine internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (Iks, www.soteria-netzwerk.de).

1.5.3 Soteria am Klinikum München Ost (Haar)

Bereits 1995 hatte sich eine Arbeitsgemeinschaft Soteria München gebildet, in der Professionelle, betroffene Psychose-Erfahrene und Angehörige zusammenkamen und das Ziel, „eine integrierte Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit Psychosen zu realisieren“ (Hurtz, 2011, S.38) avisiert wurde.

Erst im Oktober 2003 konnte schließlich, auf dem Gelände und in vollständiger Trägerschaft des Klinikums München Ost, also einer der größten psychiatrischen Versorgungskliniken Deutschlands, eine Soteria-Station mit zunächst 12 Behandlungsplätzen eröffnet werden. Notwendig war dazu – auf Grund der höheren personellen Besetzung – ein deutliches Zusatz-Budget seitens der Kostenträger.

Inzwischen konnte die Kapazität hier zu zwei Behandlungseinheiten mit jeweils 8 vollstationären und 4 tagklinischen Plätzen erweitert werden – und damit auch dem Berner „Vorbild“ in puncto Kapazität pro Einheit angenähert werden. Nicht nur baulich – freistehendes Haus der Jahrhundertwende mit Garten und ruhiger Atmosphäre – sondern auch inhaltlich wurden die in der Entwicklungsgeschichte der Soteria und in Bern namentlich etablierten Elemente in Haar ebenfalls umgesetzt:

- Psychosebegleitung in Form aktiven Dabei-Seins (being-with)
- Zurückhaltender Umgang mit neuroleptischer Medikation
- Milieutherapeutischer Ansatz
- Sowie das seit Ciompis Modell bekannte „weiche Zimmer“ (Hurtz, 2011).

Im Unterschied zu den Anfängen der Soteria in den 70er Jahren des 20.Jh. steht die Soteria in Haar von Beginn an Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis – also auch Schizophrenie-Spektrum-Störungen wie schizoaffektiven Störungen, akuten psychotischen Störungen u. ä. - offen, und nicht nur Ersterkrankten, sondern auch chronisch Kranken in den Altersstufen von in der Regel 18-50 Jahren.

In diesem Verständnis grenzt sich die Soteria gerade nicht mehr vollständig gegen die Klinik ab, sondern nimmt mit ihrem speziellen Angebot, im Klinikverbund, am Versorgungsauftrag der sie tragenden Großklinik teil – ein Paradigmenwechsel, auf den R. Hurtz, Oberärztin der Soteria, in ihrem Artikel „Aus der Antipsychiatrie ins Großkrankenhaus“ hinweist (Hurtz, 2011). Lediglich akute Selbst- und Fremdgefahr, im Vordergrund stehende Abhängigkeitserkrankungen, hirnorganische Psychosynndrome oder relevante somatische Erkrankungen stellen Ausschlusskriterien für die Aufnahme dar.

Anders als beim amerikanischen Vorbild und auch – wie oben dargestellt – in Bern, gibt es keine Laien-Mitarbeiter mehr; vielmehr rekrutieren sich sämtliche Team-Mitglieder als professionell ausgebildete Fachkräfte aus den Berufsgruppen der sie tragenden Fachklinik, regelmäßige Fortbildungen gelten nicht als „Verbildung“, sondern werden ausdrücklich gefördert. Demgegenüber gilt das Soteria-typische Modell der flachen Hierarchien, das offene Rollenverständnis und die Beziehungsgestaltung *auf Augenhöhe* auch hier.

Seit Beginn betreibt die Soteria am Klinikum München Ost eine Begleitforschung und wird begleitet und beraten von einem Fachbeirat. Konzept, Krankheitsverständnis, Behandlungsablauf und –ziele ähneln im Wesentlichen dem Vorbild in Bern. Im Besonderen „die Beziehungen ...zwischen allen Beteiligten...sowie die gesamte Atmosphäre einer Station“ (Hurtz, 2011, S.39) werden als primär wirksame Elemente betont.

Hier wie dort kommen die Soteria-typischen Elemente des being-with – 1:1 Betreuung, Kontinuität durch Schichtdienst, Bezugspersonen – zum Einsatz, ebenso wie die Prinzipien der Vernetzung aller Beteiligten und die kontinuierliche Begleitung durch eine Behandlung in Stufen. In Bezug auf Medikamente – insbesondere Antipsychotika – liegt der Schwerpunkt nicht auf deren völligem Verzicht – die Mehrheit der Patienten erhält Medikamente – jedoch gilt das Ziel der niedrigen Dosierung sowie der ausführlichen Diskussion mit dem Patienten und dem, wenn möglich, Verzicht auf Medikation

gegen den Willen des Betroffenen. Dabei wird auch die Möglichkeit der Verlegung eines Patienten auf andere Stationen bzw. die Entlassung und damit das Eingeständnis, dass das Konzept der Soteria nicht in allen Fällen passt, ausdrücklich anerkannt (Hurtz, 2011).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist das Erarbeiten und Beschreiben der Besonderheit der Behandlungsmethode Soteria, sowohl aus ihrer ideengeschichtlichen Entwicklung, gleichsam *aus der Mitte der Psychiatrie* – und zeitweise an deren Rand angesiedelt –, als auch an Hand aktueller Forschungsergebnisse aus der Arbeits-, Behandlungs- und Versorgungsrealität des Soteria-Hauses am Klinikum München Ost als einer großen psychiatrischen Fach- und Versorgungsklinik.

Bei der Auswertung der über den Zeitraum von 2003-2011 berücksichtigten Daten incl. Katamnese- und Nachsorge-Verläufe über bis zu 5 Jahren wurde neben Soziodemographie, Krankheitsdaten und –verläufen insbesondere ein Schwerpunkt gelegt auf die Identifizierung ausgewählter, bereits in früheren Studien als sogenannte spezifische Wirkfaktoren beschriebener Behandlungselemente und wie diese von den Betroffenen selbst empfunden und bewertet werden; daneben, ob und welche Prädiktoren ggf. Aussagen über weitere Krankheitsverläufe zulassen.

2. Fragestellung

In den bislang vorliegenden größeren Wirksamkeitsstudien zur Soteria-Behandlung von Ciompi (Ciompi et al., 1993) und Mosher (Bola, Mosher, 2003) ging es vor allem um vergleichende Untersuchungen kleinerer Kohorten von Probanden, die nach der Soteria-Methode behandelt worden waren, und sog. „konventionell“ in anderen psychiatrischen Fachkrankenhäusern behandelter Patienten. Abgesehen von den nicht sehr großen untersuchten Probandengruppen waren diese insbesondere stark selektiert, einerseits durch ihre Altersstruktur (Ciompi: 17-35 Jahre), andererseits durch den relativ kurzen Krankheitsverlauf (Ciompi: < 1J) oder lediglich vier Wochen stationäre Vorbehandlung in der Arbeit von Bola und Mosher.

Die Untersuchungen bezogen sich dabei vor allem auf vergleichende Behandlungsergebnisse, den im Vergleich deutlich reduzierten Medikamenteneinsatz in der Soteria und die Unterschiede in den Behandlungskosten. Follow-ups nach Entlassung aus dem stationären Bereich waren auf maximal zwei Jahre begrenzt. In einer weiteren Untersuchung (Bola, Mosher, 2002) war versucht worden, vornehmlich Subgruppen schizophrener Erkrankter zu identifizieren, für die die Soteria-Methode in besonderer Weise geeignet sein könnte.

Keine Aussagen wurden bislang getroffen zum Einsatz der in der Literatur immer wieder erarbeiteten spezifischen Soteria-Faktoren und deren Bewertung und Akzeptanz durch die Betroffenen - die behandelten Patienten -, ebenso liegen bislang keine Daten zu Behandlungsergebnissen über einen Zeitraum länger als zwei Jahre nach Entlassung vor.

Die Soteria München am Klinikum München Ost wurde 2003 eröffnet, eine kontinuierliche Begleitforschung besteht seit 01.03.2004.

Im November 2013 feierte sie ihr 10jähriges Bestehen; sowohl der Zeitverlauf wie auch die Integration dieser Soteria-Einheit in die Versorgungsstruktur der psychiatrischen Fachklinik, deren Teil sie ist, lieferten bislang eine große Zahl an Behandlungsfällen. So gingen in den dieser Studie zugrundeliegenden Beobachtungszeitraum von 2003-2011 605 Fälle bzw. 451 Patienten ein.

1. Die erste Fragestellung bezieht sich auf die Struktur und Zusammensetzung der Patientengruppe, die im genannten Zeitraum behandelt wurde, anhand soziodemographischer Daten, die diese beschreiben, im Hinblick auf
 - 1.1. Alter
 - 1.2. Geschlecht
 - 1.3. Ausbildung
 - 1.4. Wohnsituation, im Vergleich bei Aufnahme und Entlassung.
2. Die nächste Frage beschäftigt sich mit dem behandelten Diagnosespektrum sowie den Krankheitsverläufen, sowohl in Bezug auf den jeweiligen stationären Soteria-Aufenthalt als auch im Hinblick auf langfristige Verläufe über mehrere Jahre und die Behandlungsergebnisse.

Von besonderem Interesse waren dabei Art und Schwere der Erkrankung der Betroffenen und die besondere Rolle der Medikation sowie einiger Soteria-spezifischer Elemente.

3. Im Rahmen gezielter katamnestischer Befragungen konnten erstmals Daten ermittelt werden zu einer großen Patientengruppe über einen Zeitraum bis zu 5 Jahren.

Gefragt wurde danach, wieweit Soteria-spezifische Behandlungselemente zur Anwendung kommen, für die Betroffenen deutlich werden und wie sie von diesen bewertet werden. Im Fokus des Interesses stand dabei die subjektive Patientenzufriedenheit.

Durch das erstmalige Vorliegen von Daten einer 5-Jahres-Katamnese wurde gefragt nach Unterschieden in der Bewertung der Behandlung durch die Betroffenen nach 2 Jahren und nach 5 Jahren. Weiter wurde gefragt nach den längerfristigen Ergebnissen bzw. Veränderungen durch das Soteria-Setting: Welche Veränderungen ergeben sich im Hinblick auf die Wohn-, Arbeits- und Versorgungssituation im Katamneseverlauf und welche Konsequenzen ergeben sich, soweit eruiert, für den weiteren Krankheitsverlauf?

Berücksichtigt wurden hier insbesondere die Wiederaufnahmerate und die ambulante Versorgungsstruktur seit Entlassung.
4. Schließlich wurde mit Hilfe statistischer Methoden anhand zweier Rechenmodelle versucht, Prädiktoren zu ermitteln, Kenndaten, die gegebenenfalls Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme bei den Betroffenen zulassen.

Es wurde gefragt, ob und welche Einflussfaktoren auf diesen Aspekt des Krankheitsverlaufes sich erkennen lassen; in Verbindung damit ergibt sich schließlich die Frage, inwieweit Soteria-spezifische Faktoren mittelbar oder unmittelbar involviert sind.

3. Methodik

3.1 Patientenkohorte

Eingeschlossen wurden sämtliche Patienten, die seit 2003 in der Soteria im Klinikum München Ost stationär – bzw. ab 2010 auch teilstationär – behandelt wurden. Von allen Patienten wurde während des Indexaufenthaltes das informierte Einverständnis zu den Erhebungen und Befragungen im Rahmen des Aufenthaltes und unmittelbar danach sowie zu schriftlichen Katamnesebefragungen nach 6 Monaten, 1 Jahr, 2 Jahren und 5 Jahren eingeholt. Insgesamt ergab sich ein Datensatz über 605 Aufenthalte bzw. 451 Patienten, da es sich zum Teil um Mehrfach-Aufnahmen handelte.

Dabei wurde bezüglich einiger Fragestellungen unterschieden, ob es sich um Direkt-aufnahmen in die Soteria handelte oder um Zuverlegungen, meist aus anderen Stationen der Klinik.

Sämtliche Behandlungsfälle wurden nach den Kriterien der ICD 10 diagnostiziert und auf die Indikation zur Behandlung in der Soteria überprüft. Als Einschlusskriterien galten dabei alle Schizophrenie-Spektrum-Störungen (im Sinne ICD 10 F20-F25).

Die Altersspanne lag in der Regel zwischen 18 und 50 Jahren.

Ausschlusskriterien für eine Behandlung in der Soteria im Klinikum München Ost waren:

- 1.1. akute Selbst- und Fremdgefahr
- 1.2. im Vordergrund stehende Abhängigkeitserkrankungen
- 1.3. hirnorganische Psychosyndrome
- 1.4. schwere somatische Erkrankungen, die auf der Soteria-Station nicht versorgt werden können.

Falls sich bei Patienten Mehrfach-Diagnosen ergaben, wurden diese ebenfalls systematisch erfasst.

3.2 Instrumente

3.2.1 Basisdokumentation (BADO)

Die in allen deutschen psychiatrischen Kliniken etablierte Basisdokumentation zu Daten über Wohnform, Ausbildung, Arbeit, Krankheitsvorgeschichte und Vorbehandlung sowie Krankheitsschwere – in der Regel auch seitens der Kostenträger gefordert – wird auch in der Soteria München regelmäßig angelegt, seit der Eröffnung im Oktober 2003 ergänzt durch eigene Soteria-BADO-Bögen, zur expliziten Dokumentation des Soteria-Aufenthaltsteils im Falle einer Übernahme eines Patienten oder Verlegung aus/in andere Klinikbereiche.

Zusätzlich wurde eine sogenannte Zusatzerhebung, ebenfalls seit Oktober 2003, implementiert zur Erfassung der Vormedikation bei allen auf die Soteria aufgenommenen Patienten.

3.2.2 Tagesdokumentation

Diese wurde eigens für die Soteria entwickelt und stellt das wichtigste Instrument der kontinuierlichen Begleitforschung dar zur Erfassung der Soteria-spezifischen Behandlungsleistungen.

Sie wird von den jeweils im Dienst befindlichen Mitarbeitern der Soteria täglich geführt, für jeden Patienten bzw. Bewohner.

Erfasst werden

Art und Dauer der Psychosebegleitung

Art und Dauer der therapeutischen (oder zufälligen) Gespräche

Inanspruchnahme weiterer milieutherapeutischer Angebote

Medikation

Daten zur Psychopathologie (dazu ausgewählte Items aus der PANSS)

(siehe Anhang)

3.2.3 Befragungsinstrumente zur subjektiven Sicht der Patienten/Bewohner der Soteria

Sämtliche Befragungsinstrumente wurden den Patienten - reguläre Entlassung und Zustimmung vorausgesetzt – unmittelbar am Behandlungsende sowie – ausser dem BBB (siehe dort) - zu allen Katamnesezeitpunkten ausgehändigt bzw. zugestellt.

Behandlungsbeurteilungsbogen (BBB).

Der Bogen enthält vor allem Fragen zur Bewertung spezifisch milieutherapeutischer Elemente, die die Soteria kennzeichnen sowie der Behandlung insgesamt. Dieser Fragebogen wurde am Ende der stationären Behandlung vorgelegt. (siehe Anhang).

Alltagsleben (AL)

Dieser enthält 42 Items zur Selbstbewertung der Befindlichkeit und Handlungsmöglichkeiten bzw. Möglichkeiten der Alltagsbewältigung, jeweils eine Woche retrograd durch den Befragten anzugeben.

Der Fragebogen wurde jeweils am Ende einer Soteria-Behandlung sowie zu allen Katamnese-Zeitpunkten vorgelegt.

Es sind jeweils 5 Antworten pro Frage möglich, gestuft von „gar nicht“ (möglich) bis „problemlos“. (siehe Anhang).

Brief Symptom Inventory (BSI)

Ein Fragebogen aus 53 Items zur Psychopathologie und Befindlichkeit, ebenfalls über eine Woche rückblickend zu bewerten.

Es bestehen 5 Antwortmöglichkeiten, gestuft von 0 – 4 (siehe Anhang).

3.2.4 Katamnese-Basisfragebögen

Um Angaben zu längerfristigen Behandlungsergebnissen bzw. –bewertungen zu erhalten, wurden Katamnese-Fragebögen entwickelt, die den ehemaligen Patienten der Soteria jeweils ½, 1, 2, und 5 Jahre nach dem ersten Soteria-Aufenthalt zugesandt wurden. Dies erfolgte postalisch, für eventuelle Rückfragen konnten sich die Befragten telefonisch an das Sekretariat der ärztlichen Direktion wenden. Insbesondere über 5-Jahres-Ergebnisse lagen bislang keine Studien vor.

Die Fragen beziehen sich vor allem auf die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen, die weitere medizinische und therapeutische Behandlung seit der Entlassung und die retrospektive Einschätzung der Soteria-Behandlung zum jeweiligen Befragungszeitpunkt (siehe Anhang).

Bei retrospektiven Patientenbefragungen stellt sich immer das Problem, wie exakt die subjektiven Angaben der Befragten über bestimmte Ereignisse – vor allem, wenn sich die Katamnese über einen längeren Zeitraum erstreckt – sind. Da dies in der vorliegenden Arbeit vorwiegend im Hinblick auf die Zahlen der stationären Wiederaufnahmen im Katamnesezeitraum von großer Relevanz ist, wurden bei einer Untergruppe der Patienten (alle bei der AOK Bayern versicherten Patienten) die Patientendaten und deren Angaben hinsichtlich der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen auf Grund einer psychischen Erkrankung an die Krankenkasse weitergeleitet. Dort wurden die Patientenangaben mit der tatsächlich erfolgten Anzahl stationärer Wiederaufnahmen auf Grund der psychischen Erkrankung im Katamnesezeitraum verglichen. Da seitens der Krankenkasse keine individuenbezogenen Daten herausgegeben werden dürfen, wurde durch die Kasse lediglich mitgeteilt, wie viele der gemeldeten Patienten 1, 2, 3, 4, 5 etc. stationäre Wiederaufnahmen auf Grund der psychischen Erkrankung im Katamnesezeitraum hatten. Dies wurde dann unsererseits der auf den subjektiven Angaben der Patienten beruhenden Häufigkeitsverteilung gegenüber gestellt und hinsichtlich der angegebenen Zahl verglichen. Hierbei zeigte sich erfreulicherweise, dass die Angaben der Patienten über die Anzahl stationärer Wiederaufnahmen sehr genau waren, in der untersuchten Subgruppe wurde lediglich ein stationärer Aufenthalt nicht angegeben. Somit kann schlussgefolgert werden, dass die subjektiven Angaben über die Anzahl stationärer Wiederaufnahmen im Katamnesezeitraum reliabel sind.

3.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung und graphische Darstellung der so ermittelten Ergebnisse aus dem relativ großen Datensatz über, wie erwähnt, 605 Behandlungsfälle erfolgte mit Unterstützung des Instituts für Statistik der Ludwigs-Maximilians-Universität München unter Leitung von Prof. Küchenhoff, daneben, für die Erstellung einzelner Graphiken, mit Hilfe der Gesellschaft für Sozialforschung „Zweiplus GbR“, die die Begleitforschung der Soteria über mehrere Jahre unterstützt hat (Zweiplus GbR, Lanzstraße 7, 80689 München).

Zur Fragestellung der Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit binnen eines Jahres wurde dabei ein logistisches Regressionsmodell erstellt; die (tägliche) Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit über einen Zeitraum bis zu fünf Jahren wurde mit einem Poissonmodell bzw. mit einem negativen Binomialmodell dargestellt.

4. Ergebnisse

4.1 Soziodemographische Daten der Bewohner der Soteria München

Im Untersuchungszeitraum vom 01.10.2003 – dem Eröffnungsdatum der Soteria-Station – bis zum 31.12.2011 wurden 451 Patienten in der Soteria behandelt, entsprechend 605 Behandlungsfällen, da Patienten auch mehrfach nach dem Soteria-Konzept behandelt werden konnten.

343 der behandelten Patienten hatten lediglich einen, 74 Patienten zwei, 25 Patienten drei, 8 Patienten vier, 1 Patient sieben Aufenthalte.

4.1.1 Alter und Geschlecht

Im Untersuchungszeitraum wurden 241 weibliche, entspr. 53,4 % und 210 männliche, entspr. 46,6 %, Patienten behandelt.

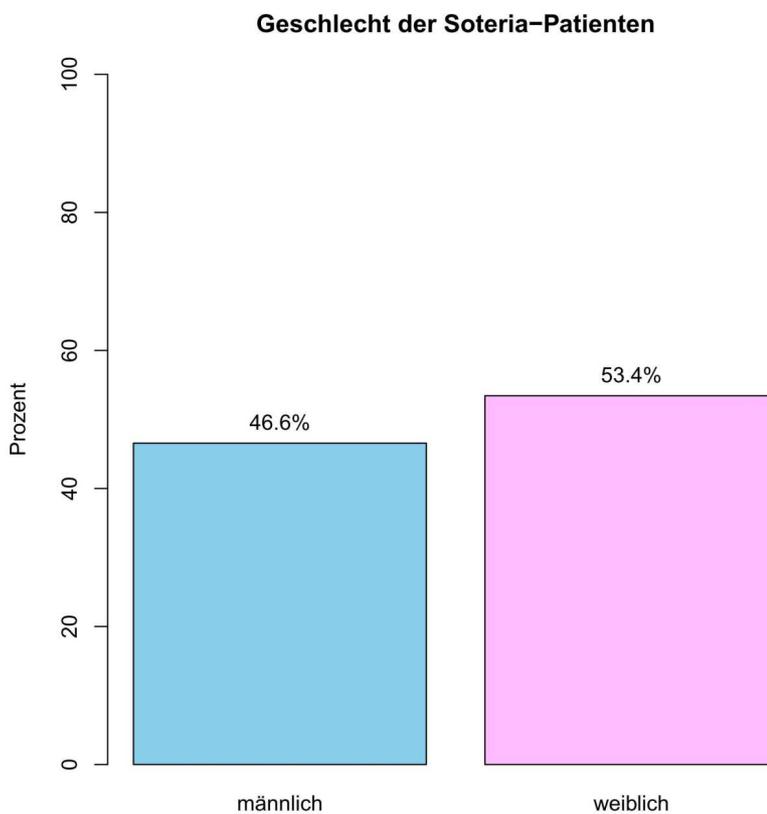


Abb. 1: Geschlecht der 451 Patienten der Soteria in Prozent.

Die Altersspanne lag zwischen 16 und 62 Jahren; es wurden 5 minderjährige Patienten mit 16 und 17 Jahren behandelt, die sämtlich Zuverlegungen waren. (Im Regelfall beträgt das Mindestalter bei Aufnahme in die Soteria 18 Jahre.) Dabei lag das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten bzw. Bewohner bei 31,58 Jahren und damit über dem der Männer mit 28,39 Jahren. Geschlechtsunabhängig beträgt das arithmetische Altersmittel 30,1 Jahre mit einer Standardabweichung von 8,6 Jahren.

Die Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung in 10-Jahre-Blöcken. Deutlich mehr als die Hälfte der behandelten Patienten (57.9 %) waren bis maximal 30 Jahre alt.

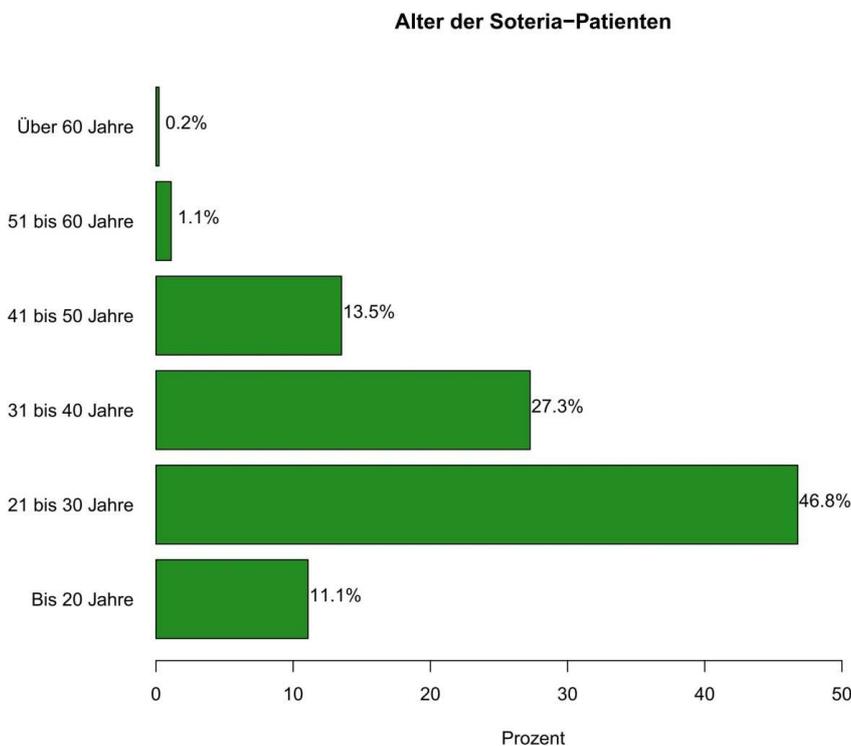


Abb. 2: Alter der Soteria-Patienten in 10-Jahres-Blöcken.

4.1.2 Höchster erreichter Schulabschluss

Hier wurden die Angaben zum Schulabschluss bei Erstaufnahme in die Soteria betrachtet.

Dabei hatten 14 Patienten keinen Schulabschluss, 6 einen Sonderschulabschluss, 41 einen nicht-qualifizierenden und 57 einen qualifizierenden Hauptschulabschluss.

Demgegenüber fand sich bei 110 Betroffenen die Angabe mittlere Reife sowie 16mal Fach- und 190mal Abitur.

Zusammengefasst beträgt damit der Anteil der Abiturienten unter den Soteria-Bewohnern im Klinikum München Ost 45,6 %, daneben 24,4 % mit mittlerer Reife.

Damit verfügen 70 % der Bewohner über einen sog. höheren Bildungsabschluss.

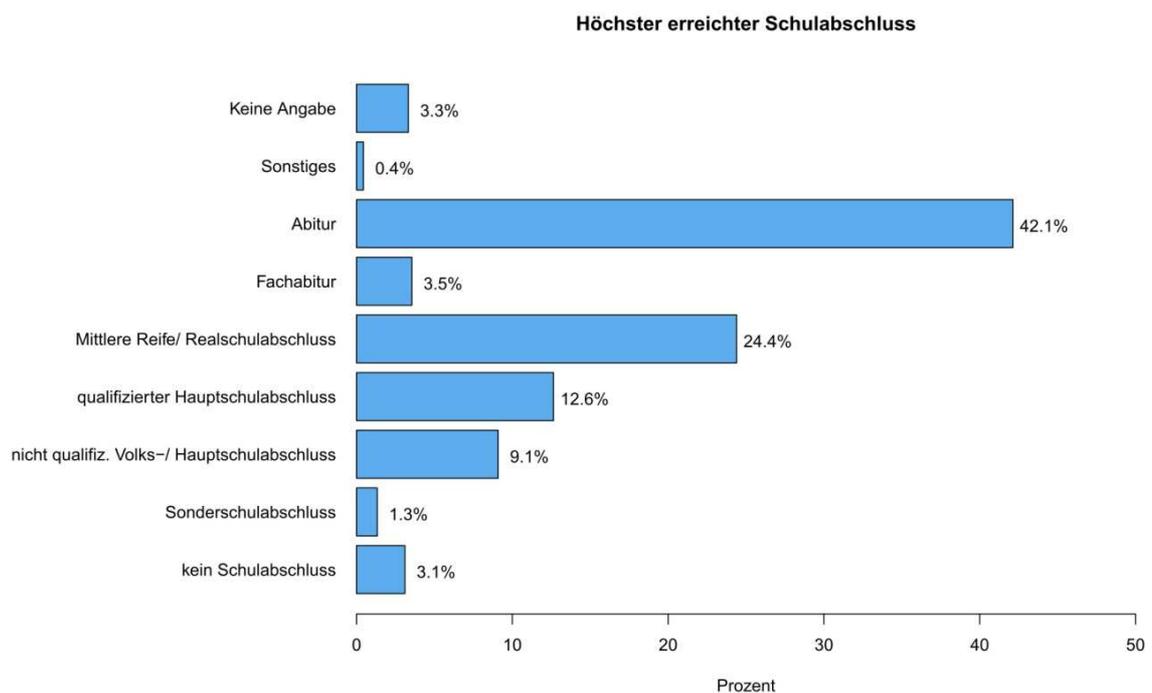


Abb. 3: Höchster erreichter Schulabschluss der Patienten bei Erstaufnahme in die Soteria in Prozent

4.1.3 Höchster erreichter Berufsabschluss

Bei der – in der Regel auf die Schulausbildung folgenden – Berufsausbildung stellt sich das Ergebnis deutlich anders dar.

214 der untersuchten Bewohner hatten keinen Berufsabschluss bzw. waren angelernt, 118 hatten eine Lehre abgeschlossen, 29 verfügten über den Abschluss einer Fach- oder Meisterschule, bei 72 lag ein Hochschul- oder Fachhochschul-Abschluss vor. Bei 9 Patienten fand sich die Angabe Sonstiges.

Bei 47,5 %, also beinahe der Hälfte der betrachteten Gruppe, lag keine abgeschlossene Berufsausbildung vor.

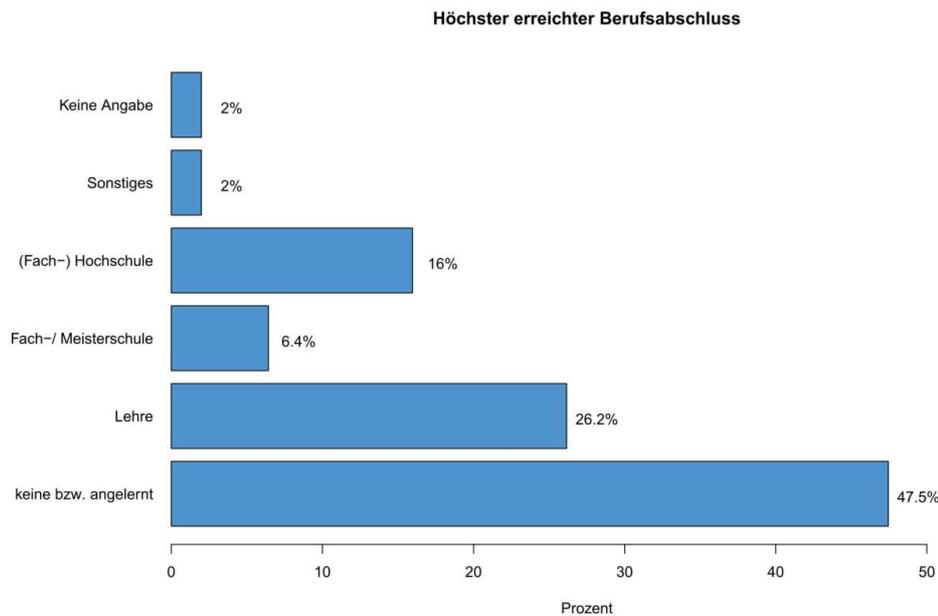


Abb. 4: Höchster erreichter Berufsabschluss der Patienten bei Erstaufnahme in die Soteria in Prozent

4.1.4 Wohnsituation vor Aufnahme und nach Entlassung aus der Soteria

Hier wurde die Wohnsituation der Betroffenen vor ihrer Erstaufnahme in die Soteria sowie nach Beendigung des ersten Aufenthaltes untersucht.

Deutlich wird in der Darstellung in Abb.5, dass die weit überwiegende Mehrheit vor Aufnahme in privaten, nicht oder allenfalls geringer betreuten Wohnformen lebt.

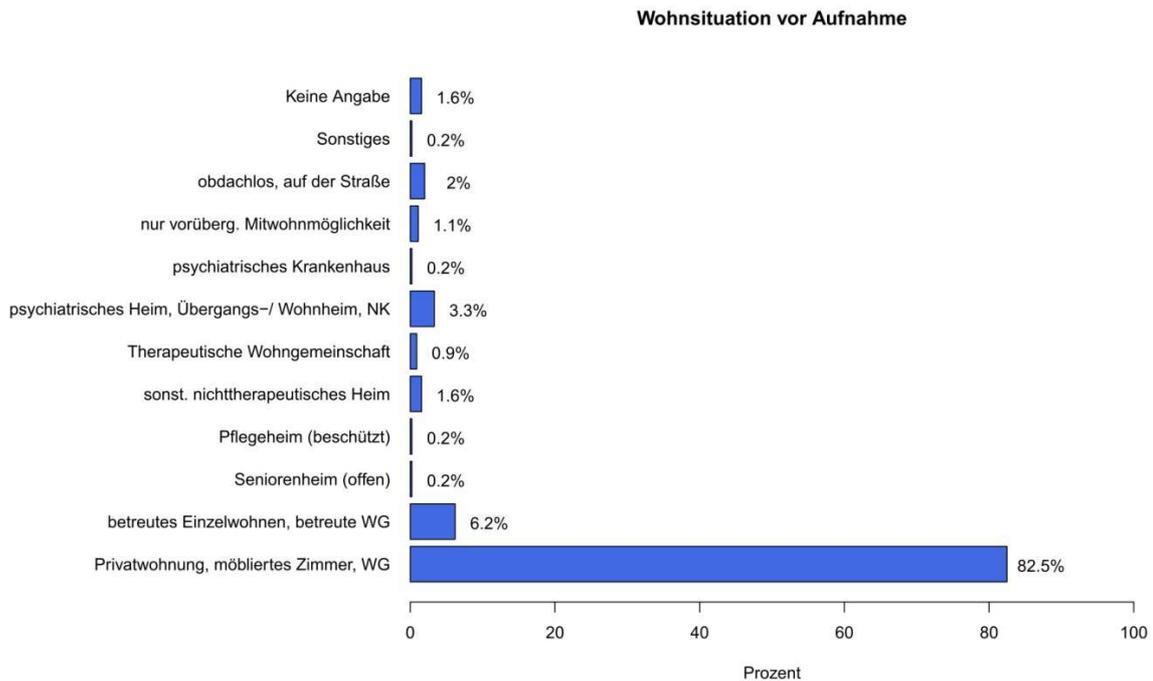


Abb.5: Wohnsituation der Patienten vor Erstaufnahme in die Soteria in Prozent

Nach der Entlassung aus der Erstbehandlung in der Soteria stellt die Kategorie „Privatwohnung, möbliertes Zimmer, WG“ erneut die häufigste dar, es zeigt sich jedoch auch eine Verlagerung hin zu eher betreuten Wohnformen.

So lebten inzwischen 10,6 % im betreuten Einzelwohnen bzw. betreuten WGs, zusätzlich 6,7 % in psychiatrischen (Übergangs-)Wohnheimen.

Auch die ohnehin selten repräsentierte Kategorie „obdachlos“ kam nach Entlassung praktisch nicht mehr vor.

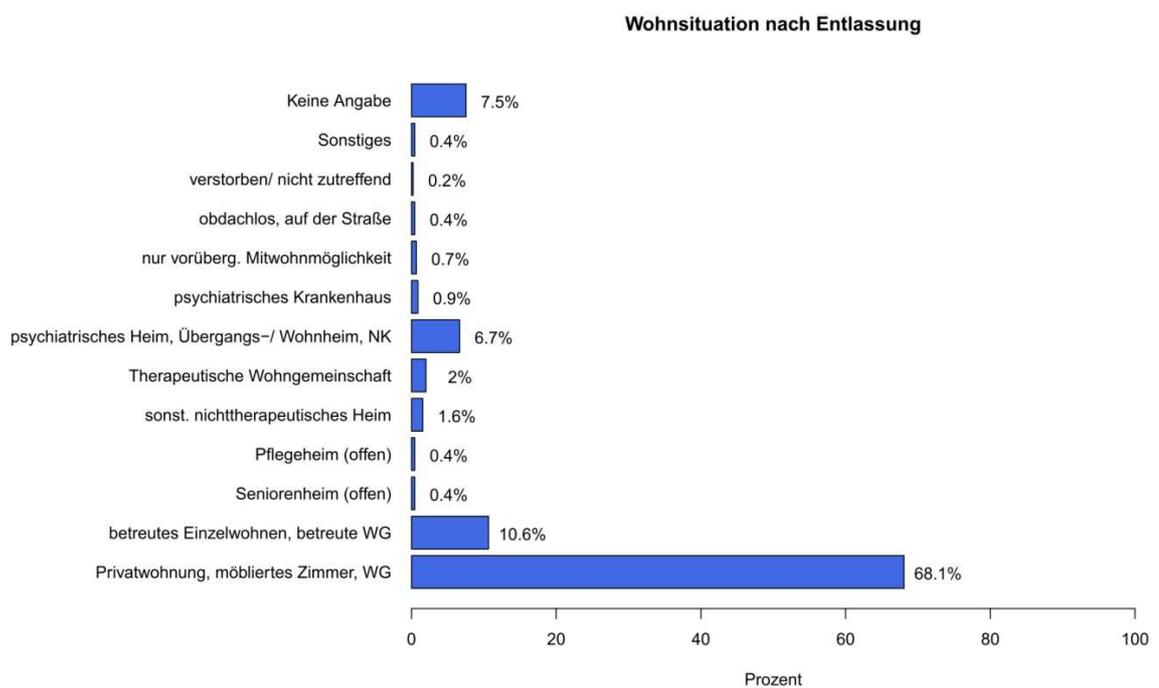


Abb.6: Wohnsituation der Patienten nach Erstaufenthalt in der Soteria in Prozent

Die folgende Abbildung stellt diese Entwicklung noch einmal anschaulich gegenüber. Veränderungen zeigen sich vor allem bei privaten bzw. unbetreuten Wohnformen, Obdachlosigkeit und vorübergehenden Wohnformen, die sich zugunsten der betreuten Wohnformen verringern.

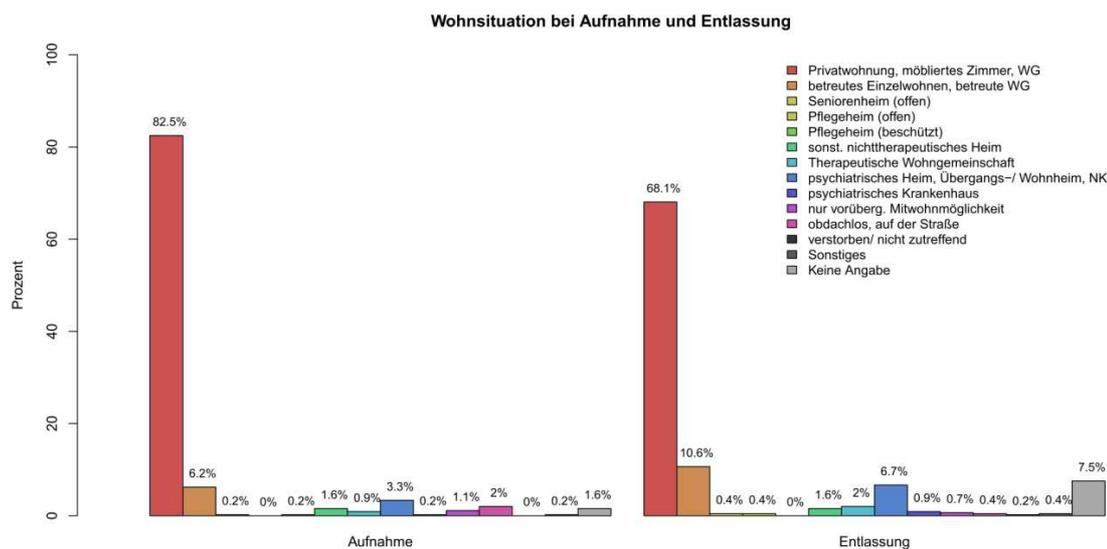


Abb. 7: Vergleich der Wohnsituation der Patienten vor Erstaufnahme und nach Entlassung aus dem Erstaufenthalt in Prozent

4.2 Krankheit und Verlauf

4.2.1 Diagnosen

Auftrag und Kompetenz der Soteria ist die Behandlung von Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Spektrum, also nach Kriterien der ICD 10 F 20-25. Sämtliche in die Soteria aufgenommenen Patienten wurden noch einmal ausführlich diagnostiziert bzw. die Diagnose überprüft.

Für einige der behandelten Patienten ergaben sich zusätzlich eine Zweit- oder Dritt-Diagnose, oft aus dem Spektrum F1x-F6x: diese sind in den folgenden Graphiken nicht berücksichtigt.

Bei Entlassung aus der Soteria war bei 95,9 % der Behandlungsfälle eine Störung des schizophrenen Spektrums als Erstdiagnose beschrieben.

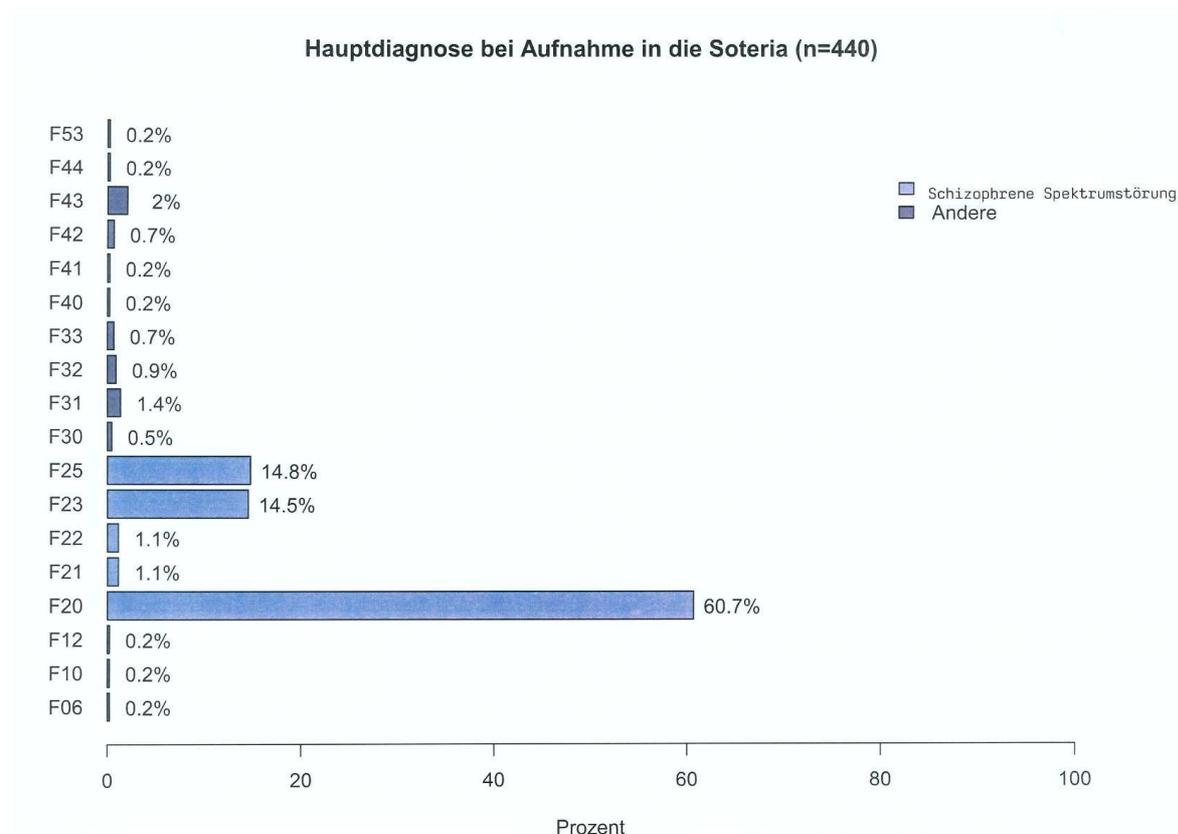


Abb. 8: Hauptdiagnosen bei Erstaufnahme in die Soteria in Prozent

Hauptdiagnose bei Entlassung aus der Soteria

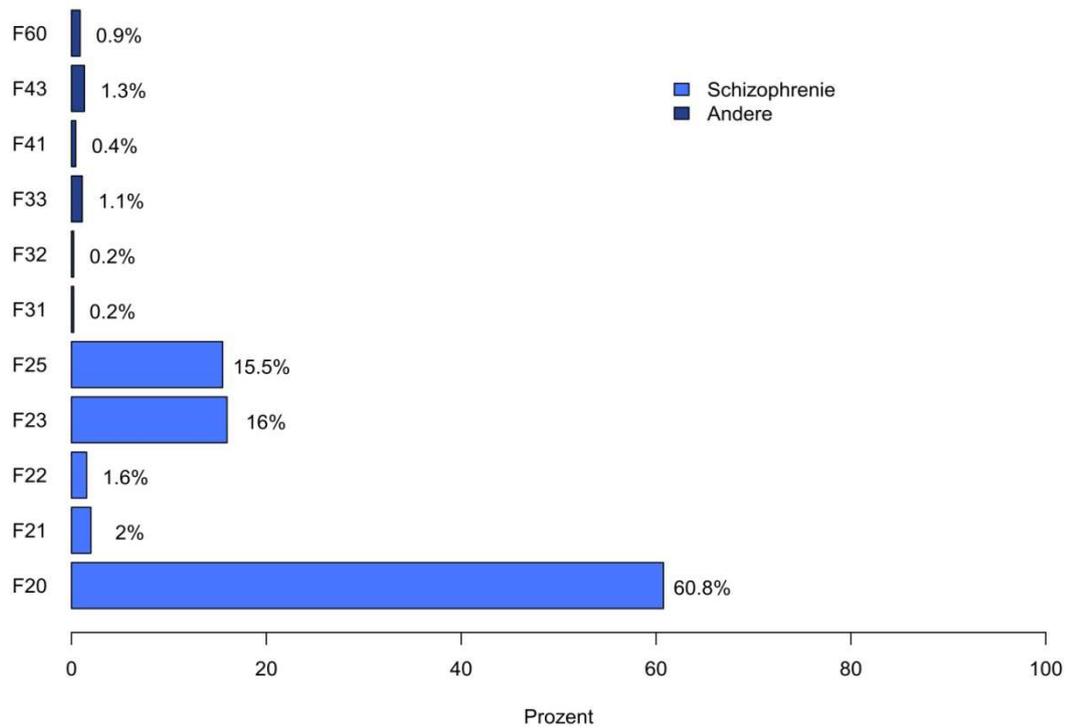


Abb. 9: Hauptdiagnosen bei Entlassung aus der Soteria in Prozent.

Für 58 Patienten wurde bei Entlassung aus dem Erstaufenthalt eine Zweitdiagnose gestellt.

Die nächste Abbildung zeigt die Verteilung im diagnostischen Spektrum; auffällig ist dabei der hohe Anteil aus dem Bereich der Suchterkrankungen (zusammengefasst 37,9 %) und der Persönlichkeitsstörungen (27,5 %).

Zweitdiagnose bei Entlassung aus der Soteria (n=58)

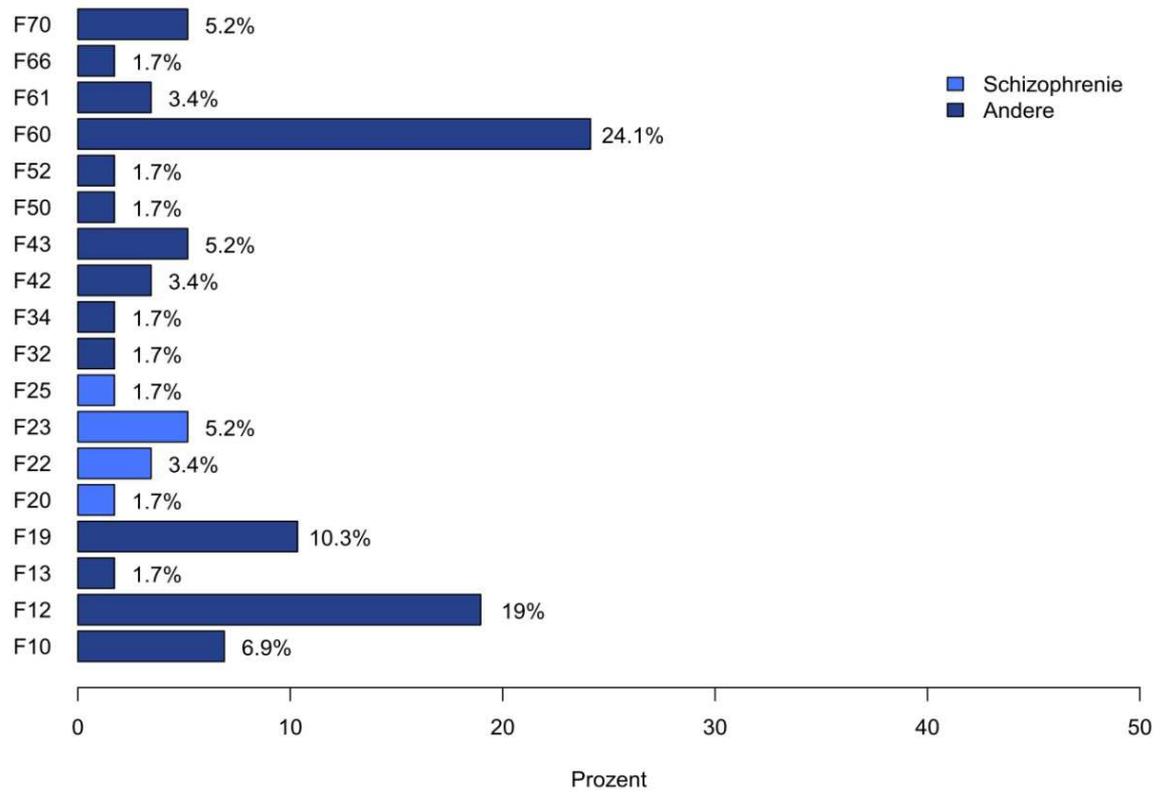


Abb. 10: Zweitdiagnosen bei Entlassung aus der Soteria-Erstbehandlung in Prozent.

Eine Drittdiagnose bei Entlassung war mit 7 Patienten insgesamt selten und umfasste wieder das Spektrum F1x-F6x der ICD 10.

4.2.2 Aufnahme und Entlassung – Zugangswege

4.2.2.1 Aufnahme in die Soteria

Bezogen auf die Erstaufnahmen wurden etwa $\frac{1}{4}$ direkt, d.h. von außen, in die Soteria aufgenommen, etwa $\frac{3}{4}$ waren Zuverlegungen aus anderen Stationen des Klinikums München Ost oder – selten – anderen Kliniken.

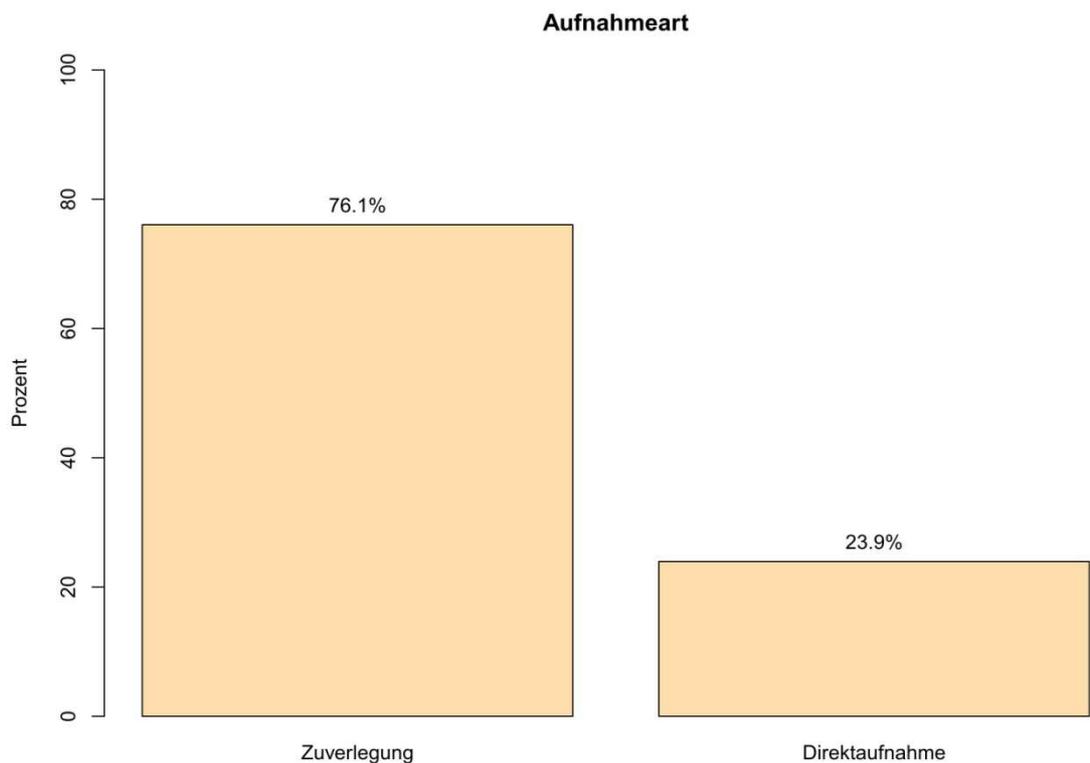


Abb. 11: Art der Erstaufnahme in die Soteria unterschieden nach Direktaufnahme und Zuverlegung in Prozent

4.2.2.2 Entlassung aus der Soteria

Etwa $\frac{2}{3}$ der behandelten Erstaufnahmen in der Soteria konnten unmittelbar in den ambulanten Bereich entlassen werden, jeweils etwa 10 % wurden zunächst teilstationär weiterbehandelt, ab 2010, als dieser etabliert wurde, auch im teilstationären Bereich der Soteria selbst.

Immerhin 11,3 % der aufgenommenen Patienten mussten im Behandlungsverlauf in meist geschlossene stationäre Bereiche der Klinik verlegt oder zurückverlegt

werden, entweder nach Revision der Diagnose oder aufgrund der eingangs erwähnten Kriterien, bei deren Vorhandensein eine Weiterbehandlung in der Soteria nicht möglich ist. Zusätzlich 0,2 % wurden in somatische Kliniken verlegt, 10 Patienten haben die Behandlung ohne Absprache durch Fernbleiben abgebrochen (hier „Entweichung“ genannt), 1 Patient ist durch Suizid verstorben.

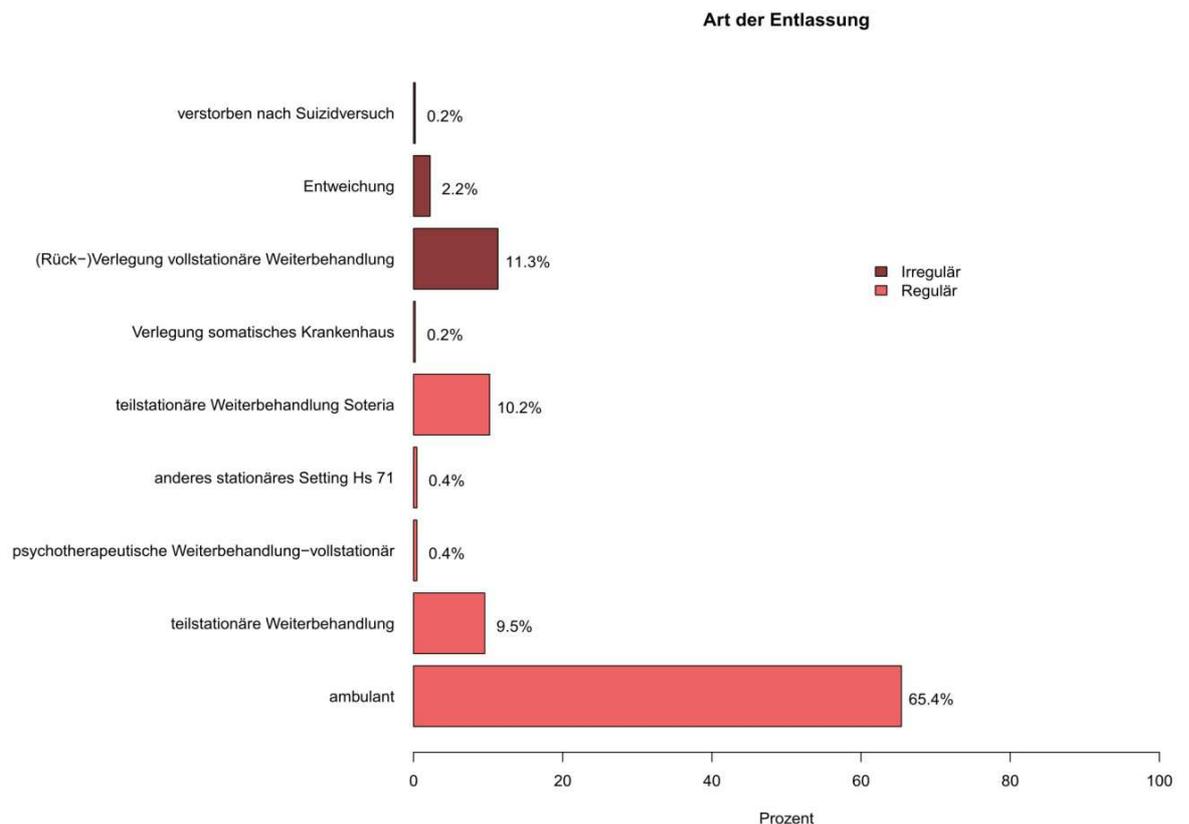


Abb. 12: Art der Entlassung aus der Soteria in Prozent.

Die nächste Abbildung zeigt die Entlassungsform in Abhängigkeit von der Art des Zugangs in die Soteria:

Zwar ist die Mehrheit der Entlassungen, unabhängig von der Art des Zugangs, in den ambulanten Bereich, bei den direkt von außen Aufgenommenen trifft dies jedoch für $\frac{3}{4}$ der Behandelten zu, bei den Zuverlegten hingegen für weniger als $\frac{2}{3}$. Auch wurde die teilstationäre Weiterbehandlung bei Zuverlegung häufiger in Anspruch genommen, ebenso fanden bei diesen Patienten etwas häufiger Rückverlegungen auf meist geschlossene Stationen statt.

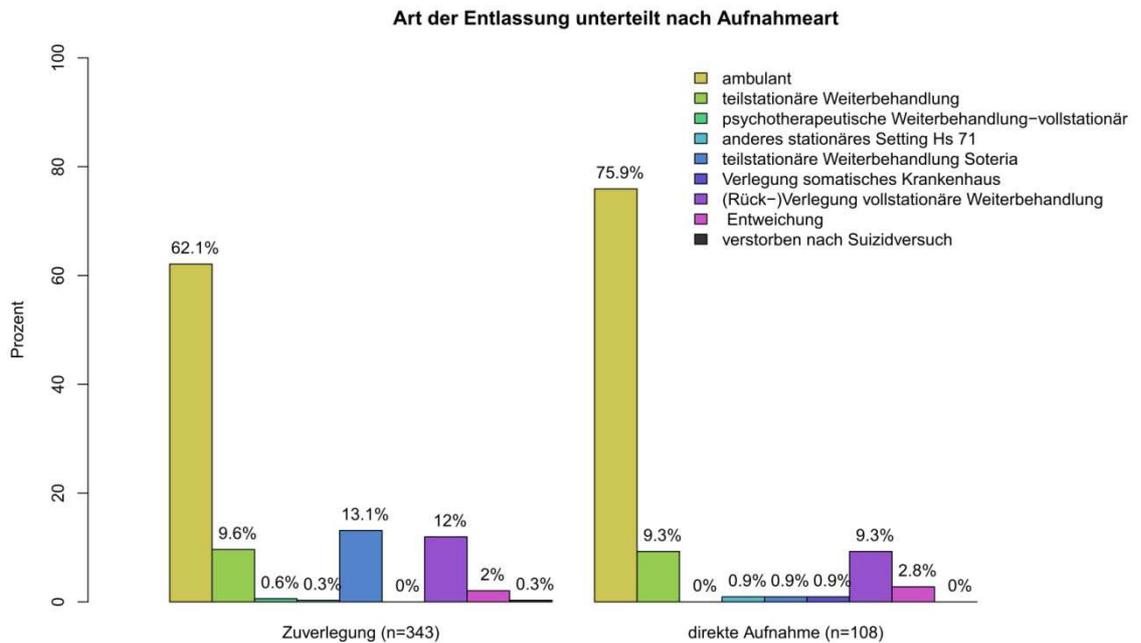


Abb. 13: Art der Entlassung aus der Soteria nach Aufnahmeart.

4.2.3 Aufenthaltsdauer

Über den gesamten Betrachtungszeitraum 2003-2011 betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Soteria 63,2 Tage, wohingegen im gleichen Zeitraum sämtliche Diagnosen des schizophrenen Spektrums in den übrigen allgemeinspsychiatrischen Stationen des KMO über 58,4 Tage behandelt wurden.

Nach Einführung der teilstationären Behandlungsmöglichkeit in der Soteria hatte sich die vollstationäre Aufenthaltsdauer wider Erwarten nicht verkürzt, sondern geringfügig auf 65,8 Tage verlängert.

Die durchschnittliche tagklinische Verweildauer lag mit 35 Tagen ebenfalls etwas über dem Durchschnitt der übrigen allgemeinspsychiatrischen Abteilungen mit 30,1 Tagen zur Behandlung von Erkrankungen des schizophrenen Spektrums.

Eine – mit 18 Fällen eher seltene – rein tagklinische Behandlung belief sich mit 59,6 durchschnittlichen Aufenthaltstagen jedoch auf beinahe die doppelte Dauer im Vergleich zu 30,7 Tagen auf sonstigen psychiatrischen Tageskliniken.

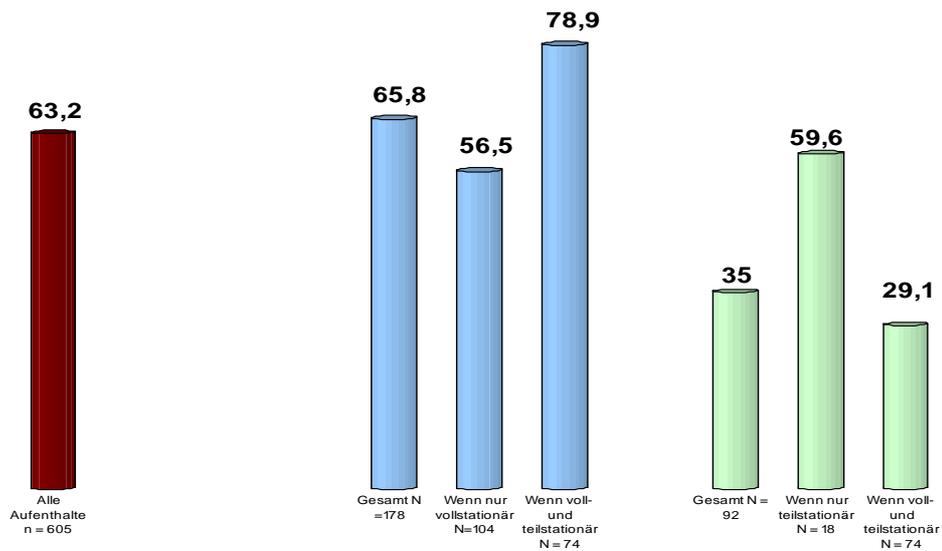


Abb. 14: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Soteria, stationär/teilstationär.

Die nächste Abbildung zeigt die Entwicklung der Gesamt-Aufenthaltsdauer von 2003-2011 auf der Soteria pro Jahr. Ausgewiesen ist hier jeweils der Median, der im Laufe der Jahre des Betrachtungszeitraums insgesamt ansteigt.

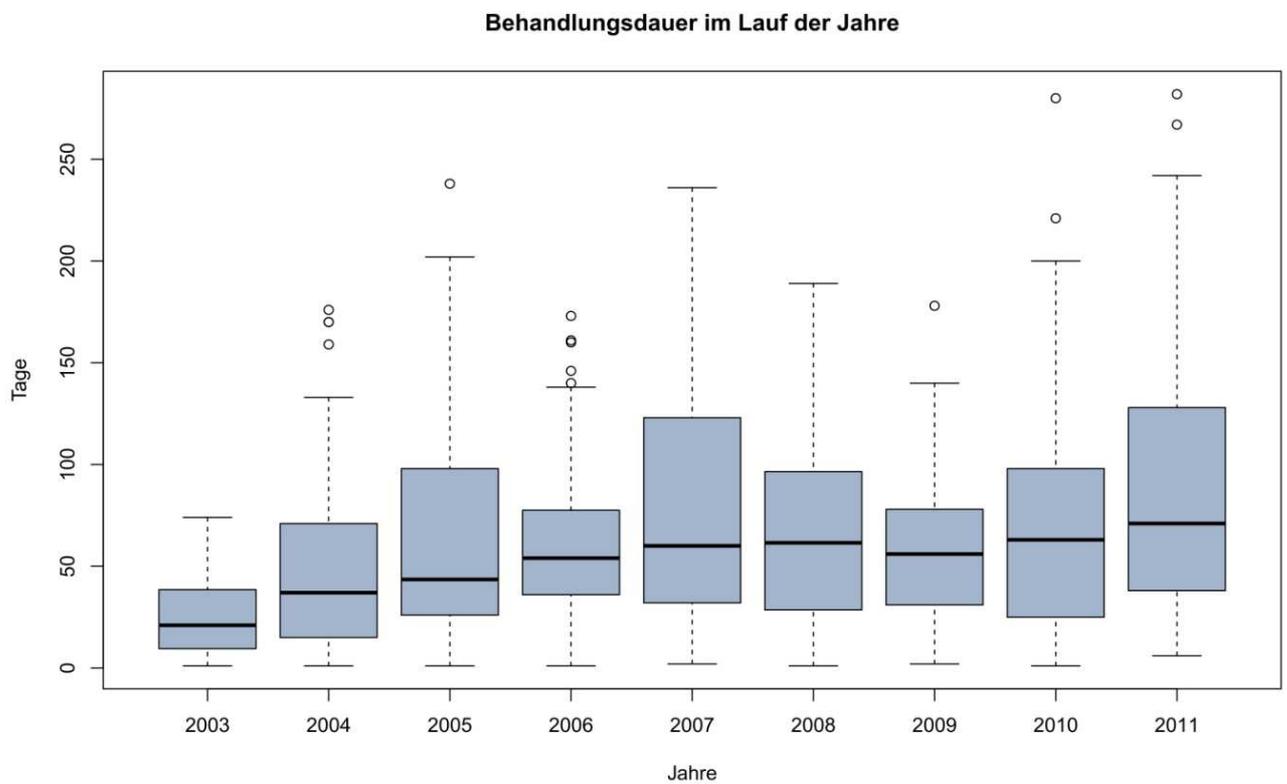


Abb. 15: n=605, Entwicklung der Behandlungsdauer 2003-2011, nach Jahren aufgeteilt.

4.2.4 Voraufenthalte

In der Soteria München wurden von Beginn an nicht nur junge schizophrene Ersterkrankte behandelt, wie bei vielen Soteria-Vorläufern, sondern auch Patienten mit längerer Krankheitsgeschichte aus dem schizophrenen Spektrum, die einer stationären Behandlung bedürfen.

Die Darstellung zeigt die Anteile der vorbehandelten Patienten mit unterschiedlicher Zahl an Voraufenthalten über den Betrachtungszeitraum.

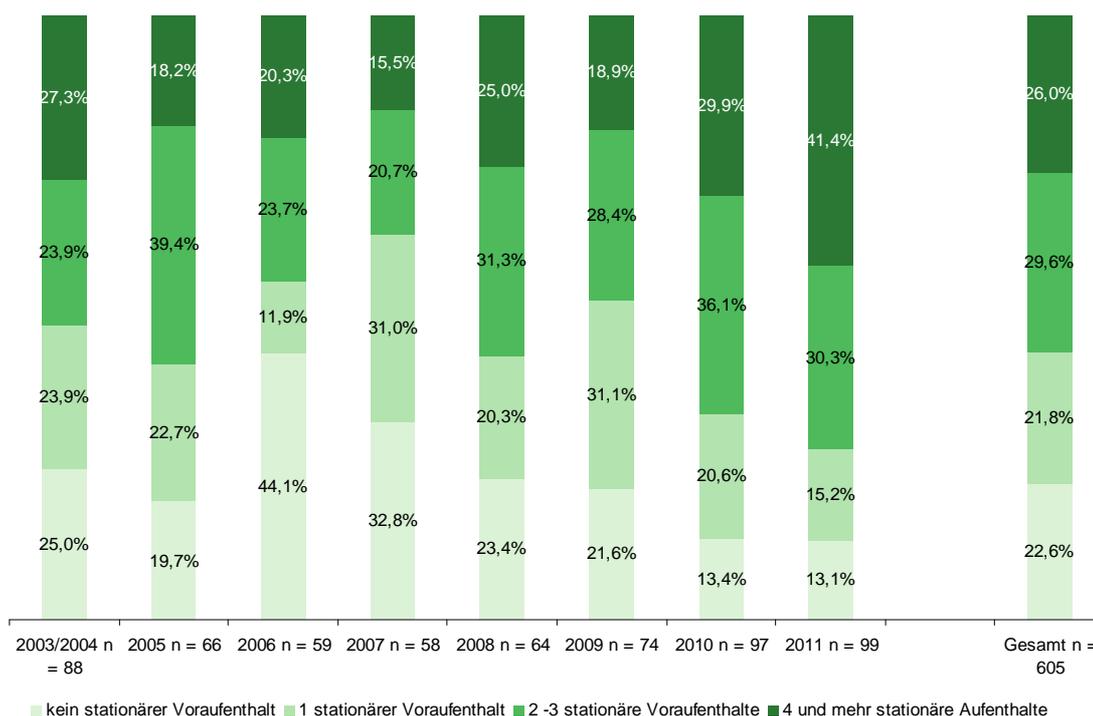


Abb. 16: Anzahl der Voraufenthalte der in der Soteria behandelten Patienten, nach Jahren in Prozent.

4.2.5 Schweregrad der Erkrankung

In der Soteria wurden für alle behandelten Patienten bei Aufnahme und Entlassung der CGI-Wert (Clinical Global Impression, Guy, 1976) und der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning, APA, 1994) ermittelt, zur Bestimmung der Krankheitsschwere bzw. der Einschränkung im Funktionsniveau des Alltags.

Abbildung 17 zeigt zunächst die CGI-Werte bei Aufnahme. Der Modus liegt bei „deutlich krank“ mit 54,1 %, gefolgt von „schwer krank“ mit 31,5 % der aufgenommenen Patienten.

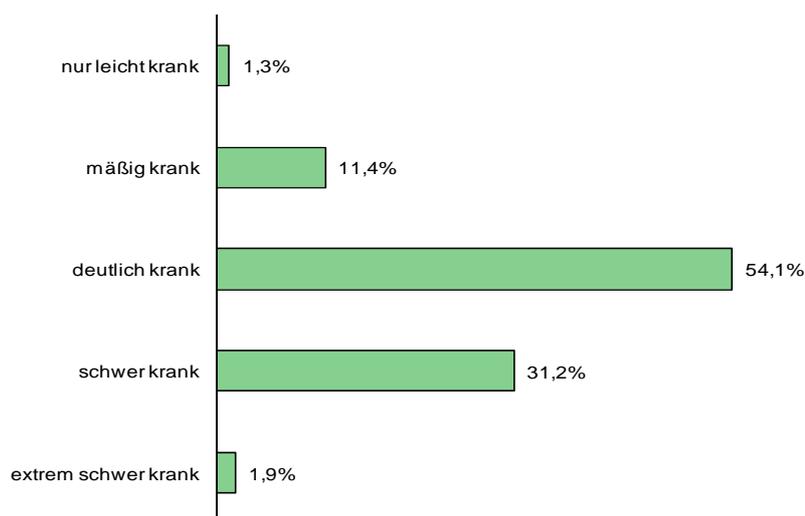


Abb. 17: Schwere der Erkrankung bei Aufnahme in die Soteria (CGI).

Der CGI beträgt bei Aufnahme in die Soteria im Mittel 6,21. Hierzu liegen Vergleichsdaten aus der für alle Psychiatrischen Kliniken Bayerns verpflichtenden Basis-Dokumentation (BADO) vor, die für sämtliche im Vergleichszeitraum auf den übrigen psychiatrischen Stationen behandelten Patienten mit F2-Diagnosen errechnet wurden. Hier beträgt der CGI-Mittelwert bei Aufnahme im Klinikum Ost 6,5.

Bei Entlassung verschiebt sich der Modus zu „mäßig krank“ mit 44,0 %.

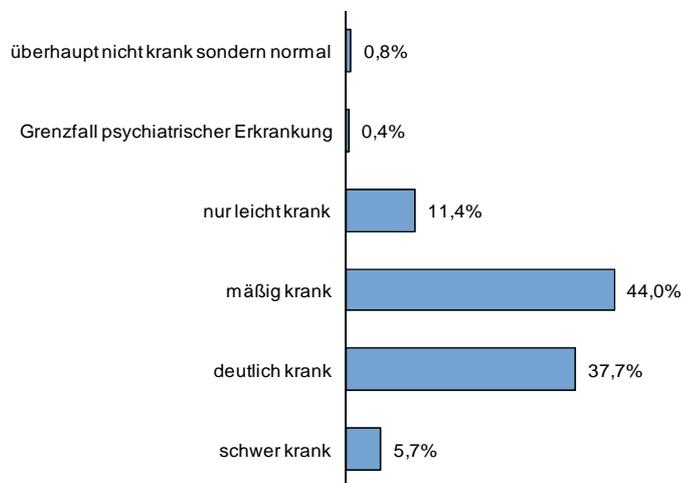


Abb. 18: Schwere der Erkrankung bei der Entlassung aus der Soteria (CGI)

Der CGI bei Entlassung liegt in der Soteria im Mittel bei 5,35; zum Vergleich, wiederum errechnet aus den Daten der Basis-Dokumentation, für sämtliche auf sonstigen Abteilungen der Klinik behandelten Patienten des gleichen Diagnosespektrums, bei 5,8.

Abbildung 19 zeigt im CGI Teil 2 die Veränderungen seit Aufnahme:

In 53,5 % der Fälle zeigt sich der Zustand nach Behandlung „viel besser“, je ca 20 % „sehr viel besser“ oder „wenig besser“, 3,8 % zeigen sich unverändert und 2,1 % insgesamt zeigen sich etwas oder viel schlechter.

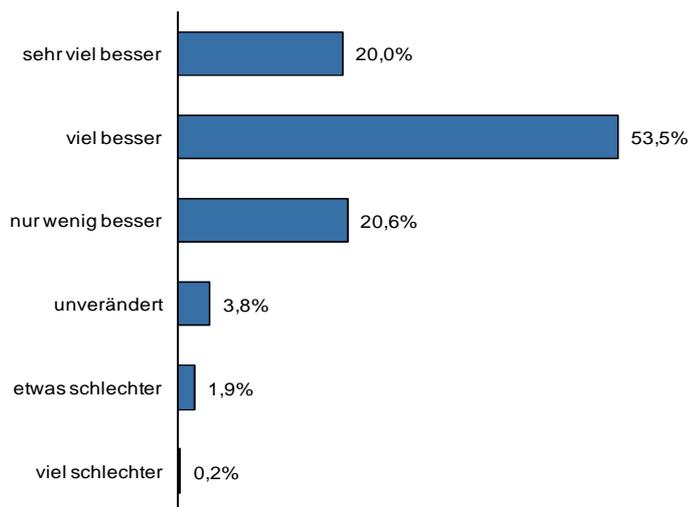


Abb. 19: CGI Teil 2 (Veränderung bis zur Entlassung).

In Abb. 20 sind die GAF-Werte bei Aufnahme in die Soteria dargestellt, die Schwerpunkte liegen in den Bereichen 21-30 und 31-40, der Mittelwert liegt bei 31,26.

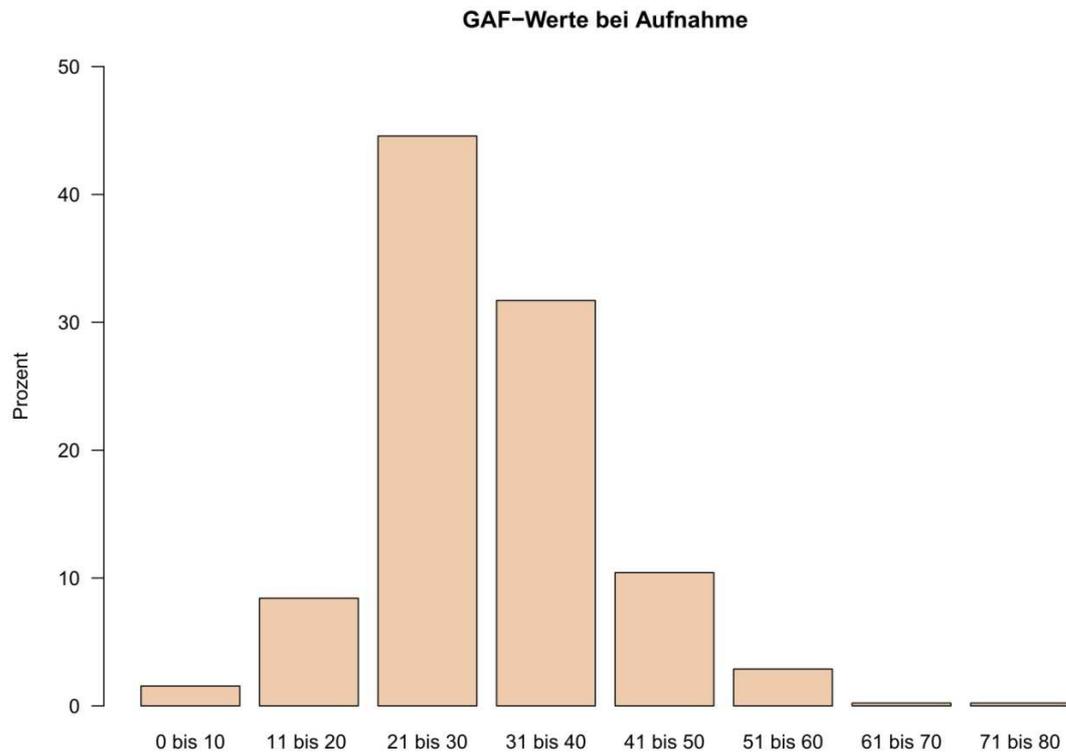


Abb. 20: GAF bei Aufnahme in die Soteria.

Auch hier liegen Vergleichswerte aus BADO-Daten für die auf sonstigen Stationen im Klinikum München Ost behandelten Patienten mit F2-Diagnosen vor. Hier beträgt der Mittelwert für den GAF 28,9 bei Aufnahme.

Zum Entlassungszeitpunkt fallen die meisten Patienten in die Kategorie 41-50 und vor allem 51-60, der Mittelwert liegt bei 49,5.

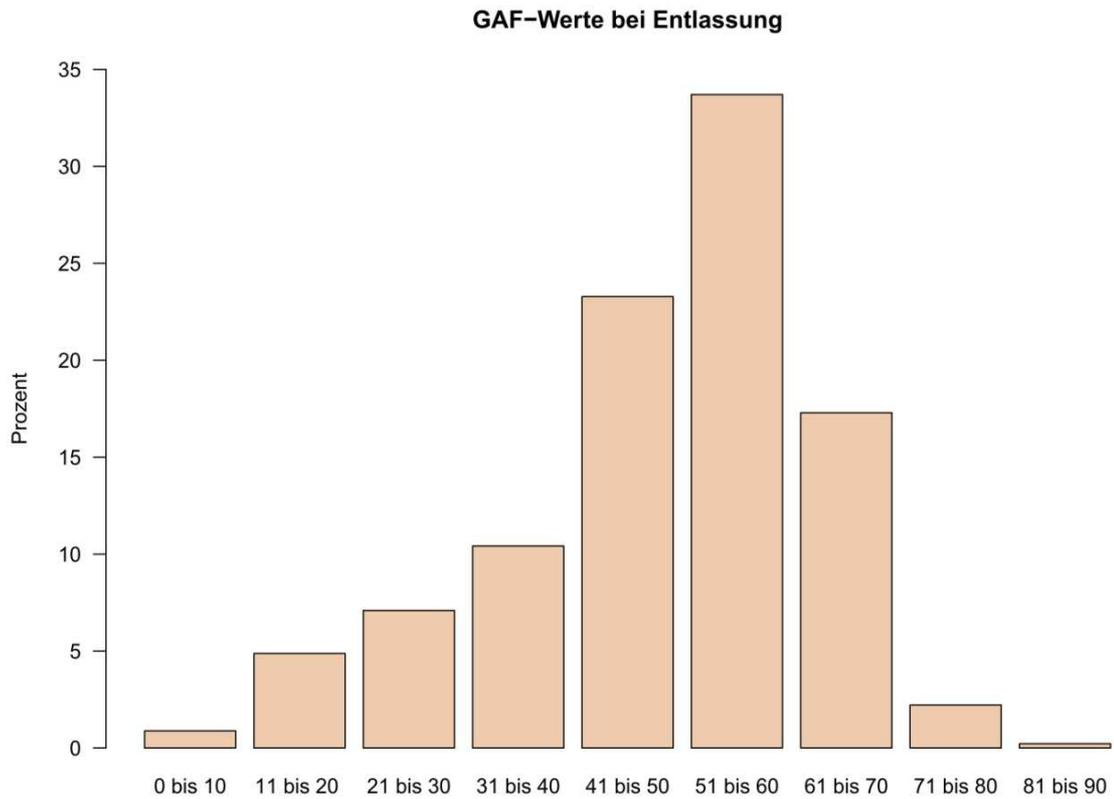


Abb. 21: GAF bei Entlassung aus der Soteria.

Der Vergleichs-Mittelwert für die auf den übrigen Fachstationen der Klinik behandelten Patienten mit Diagnosen des F2-Spektrums beträgt 52,5 für den GAF bei Entlassung.

Im Vergleich zwischen GAF bei Aufnahme und Entlassung zeigt sich eine durchschnittliche Verbesserung um 18,4 Punkte.

GAF-Werte-Differenz zwischen Entlassung und Aufnahme

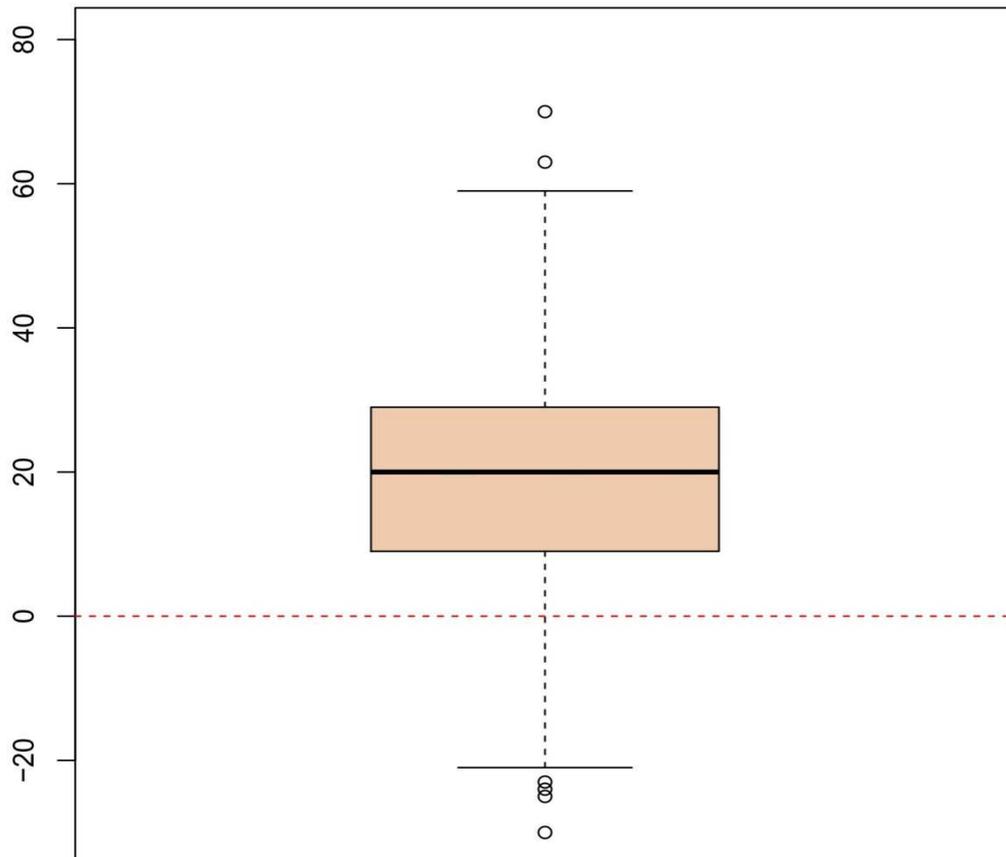


Abb. 22: GAF-Werte-Differenz zwischen Entlassung und Aufnahme.

Die folgende Tabelle fasst die Mittelwerte für CGI und GAF für die einzelnen Jahre des Untersuchungszeitraumes für das Gesamtklinikum, außer den Soteria-Stationen, zusammen.

E-Jahr	Mittelwerte				
	GAF_A (MW)	CGI_A (MW)	GAF_E (MW)	CGI_E (MW)	CGI2 (MW)
2003	27,5	6,5	52,3	5,7	3,3
2004	25,2	6,6	51,2	5,7	3,3
2005	26,4	6,6	50,5	5,7	3,3
2006	29,2	6,6	49,5	5,8	3,4
2007	29,8	6,6	53,2	5,8	3,4
2008	32,4	6,3	55,7	5,9	3,4
2009	31,3	6,3	55,7	5,8	3,3
2010	31,5	6,3	54,1	5,8	3,4
2011	29,5	6,4	52,5	5,9	3,4
Gesamt	28,9	6,5	52,5	5,8	3,3

Tab. 1: Werte für CGI und GAF bei Aufnahme und Entlassung 2003 bis 2011, Mittelwerte, für Patienten. mit F2-Diagnosen auf sämtlichen Stationen im Klinikum München-Ost

Neben CGI und GAF wurden im Rahmen der Soteria-Begleitforschung auch PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)-Werte ermittelt. Abb. 23 zeigt die graphische Darstellung der Werte als Differenzdarstellung.

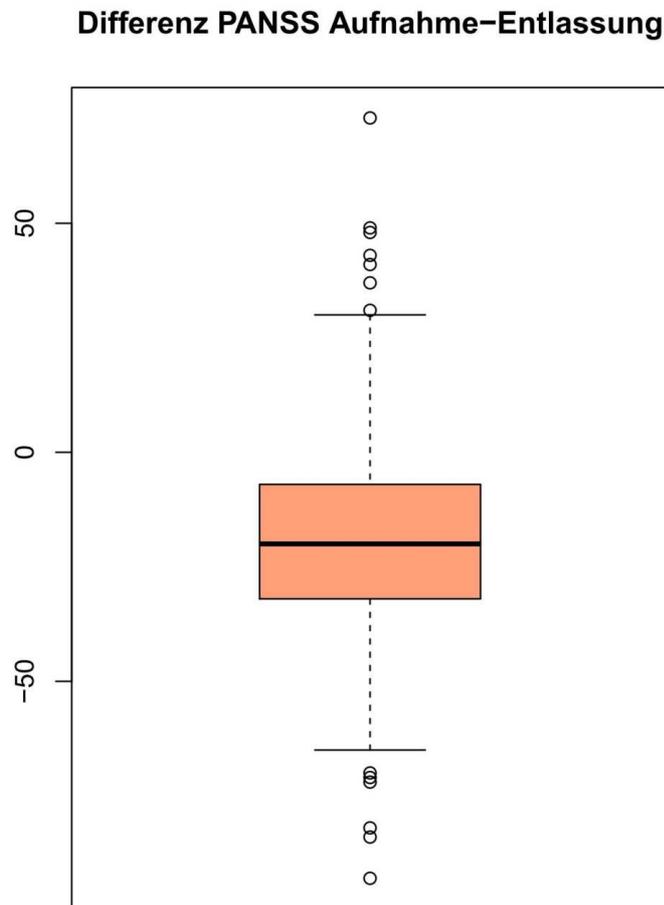


Abb. 23: Differenz der Werte der PANSS bei Aufnahme und Entlassung

Bei Aufnahme liegt der Mittelwert bei 94,3, bei Entlassung bei 74,2.

Zu PANSS liegen keine Vergleichsdaten aus anderen Stationen der Klinik vor, da diese nur im Rahmen der Soteria-Begleitforschung regelmäßig erhoben werden.

4.2.7 Medikation

Die Verwendung von Medikamenten, insbesondere Antipsychotika, ist das Thema, an dem sich in der Rezeptionsgeschichte der Soteria das vielleicht meiste Interesse abgebildet hat.

Eine vollständige medikamentenfreie Behandlung von Psychosen ist, seit Soteria in Europa etabliert ist, längst nicht mehr die Regel. In den Soteria-Stationen im Klinikum München Ost wird eine medikamentenfreie Behandlung auf Wunsch der Patienten jedoch angeboten und hat sich bei einigen Verläufen psychotischer Erkrankungen als durchaus möglich und erfolgreich erwiesen; in der Regel sind dies jüngere, mit psychotischen Symptomen des schizophrenen Formenkreises Ersterkrankte in stabiler therapeutischer Beziehung. Insbesondere ist es jedoch das Ziel der Soteria, mit möglichst niedriger Tagesdosis und – fast immer – mit antipsychotischer Monotherapie, allenfalls ergänzt durch stimmungsstabilisierende Medikamente, zu behandeln. Die folgenden Untersuchungsergebnisse sollen zeigen, inwieweit die Soteria München dem selbstgesetzten Anspruch gerecht wird.

In den vorherigen Darstellungen wurde bereits auf die unterschiedlichen Krankheitsverläufe und damit die verschiedenen Zugangswege in die Soteria sowie die unterschiedlichen Vorbehandlungen verwiesen.

Im Folgenden werden zur besseren Vergleichbarkeit nur diejenigen Behandlungsfälle betrachtet, die mit regulärer Entlassung aus der Soteria beendet wurden, da nur in solchen Fällen verwendbare Daten über die Entlass-Medikation vorlagen.

Die folgende Graphik zeigt, dass 24,6% der betrachteten Behandlungsfälle bei Aufnahme in die Klinik noch nie mit Antipsychotika vorbehandelt waren. Demgegenüber hatten 38,5% die Medikamente vor Aufnahme regelmäßig wie verordnet eingenommen, eine weitere, beinahe ebenso große Zahl hatte die antipsychotische Medikation irgendwie unregelmäßig eingenommen oder vollständig zu einem Zeitpunkt abgesetzt (37%).

Im Folgenden: NL=Neuroleptika.

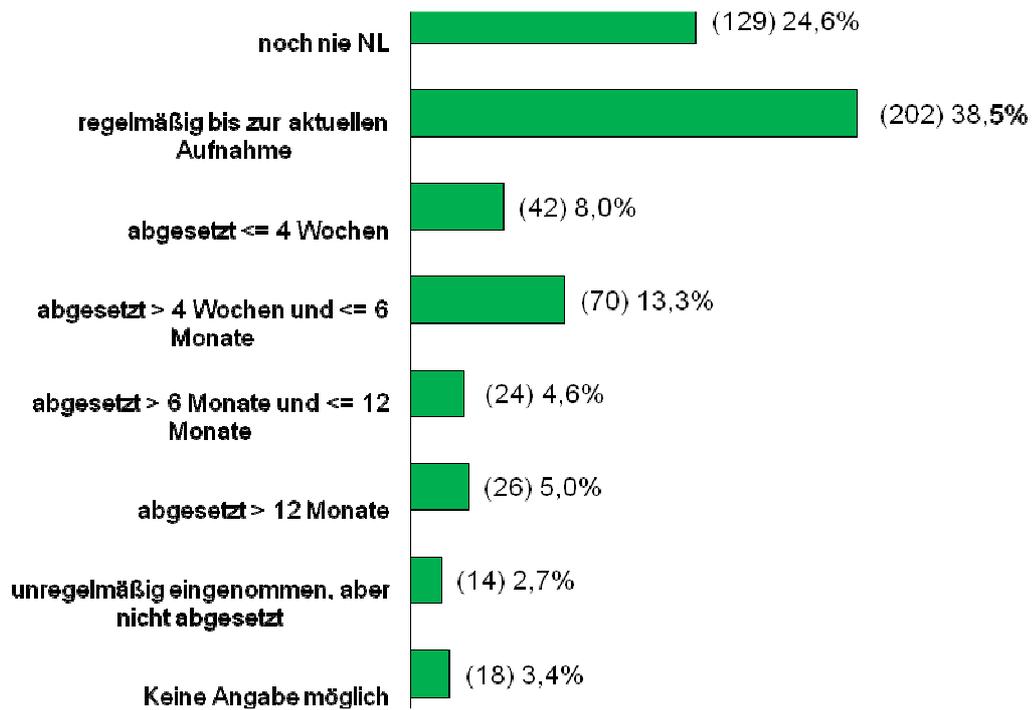


Abb. 24: Einnahme von Antipsychotika vor Aufnahme in die Klinik.

Nun betrachten wir die Situation bei Behandlungsbeginn auf der Soteria selbst. Von zunächst 25% der Behandlungsfälle, die zuvor zu keinem Zeitpunkt antipsychotisch wirksame Medikamente erhalten hatten, (129 in direkten Zahlen), werden nur 27 direkt auf die Soteria aufgenommen; 102 weitere gehen zunächst auf allgemeinpsychiatrische Stationen des Klinikum München Ost zu, wo 83 von diesen antipsychotische Medikamente erhalten, 19 von diesen nicht;

in der Summe sind also 46 Behandlungsfälle, entsprechend 8,7 %, zum Zeitpunkt des ersten Behandlungstages in der Soteria noch niemals mit Antipsychotika vorbehandelt.

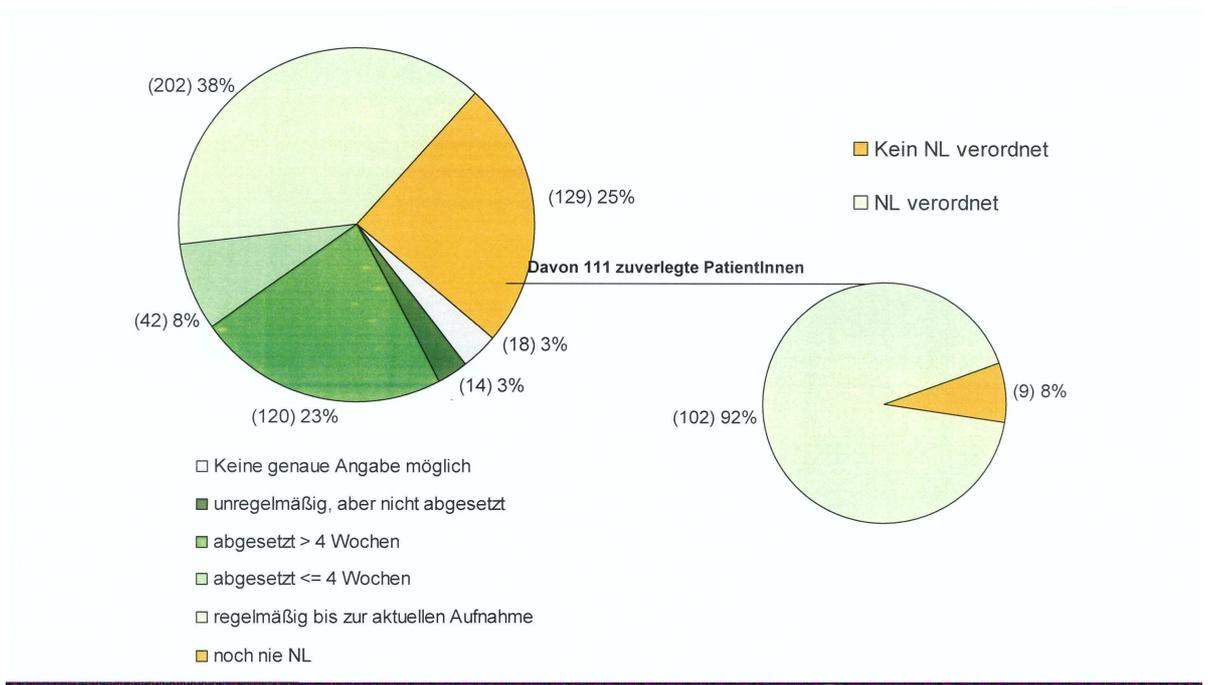


Abb. 25: Antipsychotische Vorbehandlung vor Aufnahme in die Soteria.

Vergleicht man nun die Verordnung von Antipsychotika bei Aufnahme und Entlassung aus der Soteria, so nimmt der Anteil der nicht mit Antipsychotika Behandelten von ursprünglich 8,7 % noch einmal leicht zu (10,3 %).

Daneben nahm auch der Anteil der mit nur einem Antipsychotikum Behandelten um 6,3 % zu, demgegenüber nahmen die Fälle mit Mehrfachbehandlung deutlich ab.

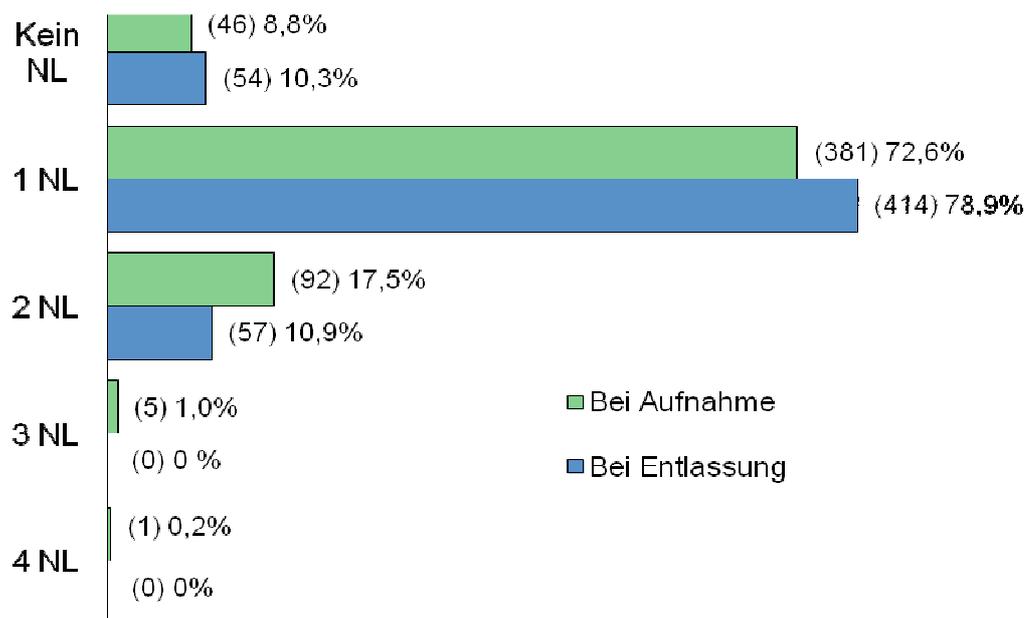


Abb. 26: Vergleich der Anteile der mit Antipsychotika behandelten Patienten bei Aufnahme und Entlassung aus der Soteria.

Insbesondere kommen Behandlungen mit mehr als 2 Antipsychotika bei Entlassung aus der Soteria nicht mehr vor, die allerdings auch bei Behandlungsbeginn mit 1,2 % insgesamt selten waren.

Betrachtet man die antipsychotische Medikation außer im Hinblick auf die Häufigkeit auch noch im Hinblick auf die Art, zeigt sich, dass von 414 in Monotherapie behandelten Fällen 403 mit einem Antipsychotikum der neueren Generation behandelt wurden, was auch in den selteneren Fällen der Kombinationstherapie überwiegend der Fall ist. Lediglich unter 4 % erhalten ein Antipsychotikum der 1. Generation, knapp die Hälfte davon als Kombination.

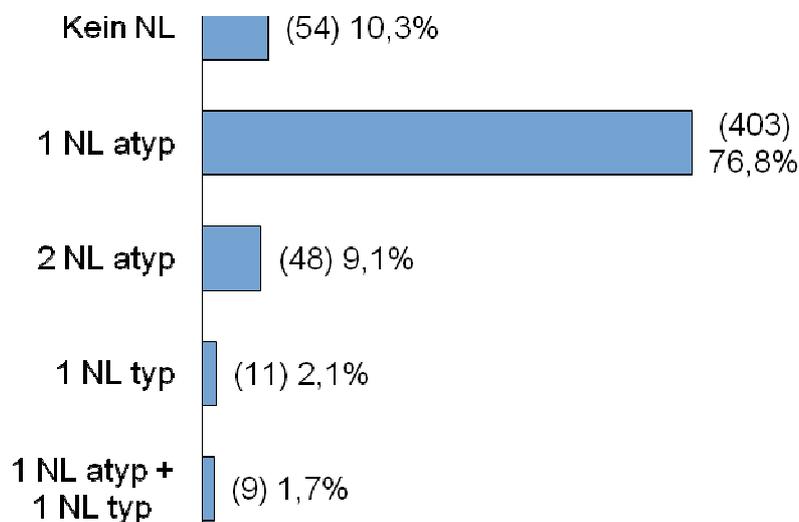


Abb. 27: Anteile der mit typischen und atypischen Antipsychotika behandelten Patienten bei Entlassung aus der Soteria

Um nun den Anspruch, antipsychotisch wirksame Medikamente möglichst in niedrigst wirksamer Dosis zu verordnen, zu dokumentieren, wurde betrachtet, welche Patientengruppen in welchen Dosisbereichen behandelt wurden.

Kriterium für die Einteilung waren die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 2006, in der S3-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie und die dort genannten Angaben für Erst- und Mehrfacherkrankte.

Zunächst wurde die Gruppe der auf den Soteria-Stationen behandelten Ersterkrankten betrachtet, insgesamt 124 Aufenthalte im Beobachtungszeitraum 2003-2011. Etwa 22% wurden ohne antipsychotische Medikation entlassen, von den 78 % medikamentös Behandelten erhielten so gut wie alle lediglich ein Antipsychotikum, davon 33,1 % in niedriger, 25 % in mittlerer und 19,4 % in hoher Dosierung (nach der Einteilung der DGPPN). Nur ein Fall dieser Gruppe wurde mit 2 Antipsychotika behandelt.

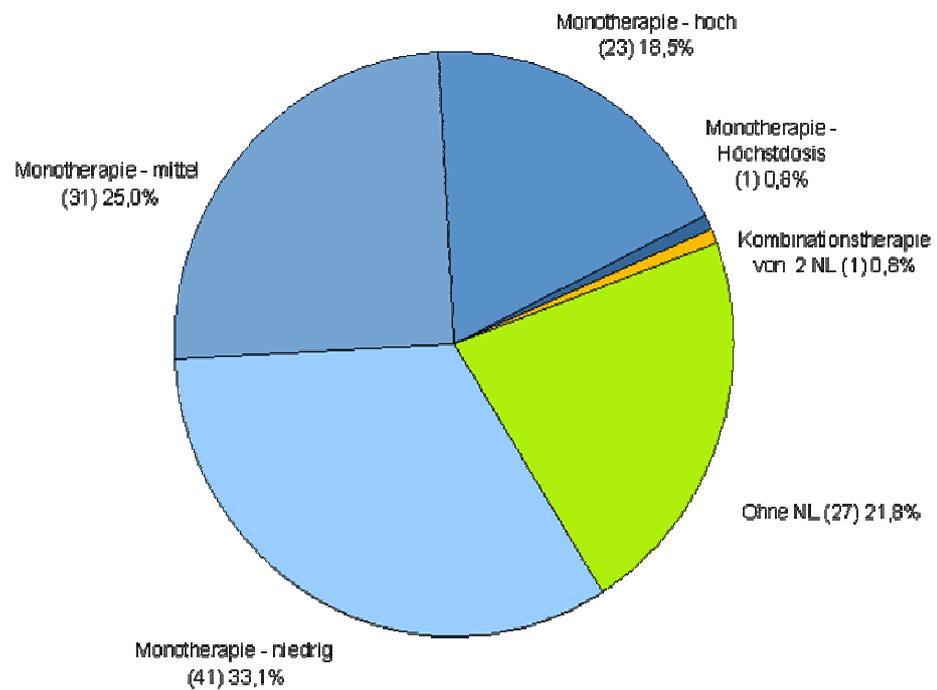


Abb. 28: Verwendete antipsychotische Dosisbereiche für Ersterkrankte bei Entlassung aus der Soteria.

Patienten mit mehrfachen Krankheitsepisoden stellten die deutlich größere Gruppe der auf der Soteria von 2003-2011 Behandelten dar.

Hier erhielten von 401 Behandlungsfällen bei Entlassung nur 6,7 % keine antipsychotische Medikation, sämtliche Anderen wurden medikamentös bei Entlassung behandelt, immerhin 79,2 % mit nur einem Antipsychotikum, in dieser Gruppe jedoch auch 14 % mit maximal 2 Antipsychotika.

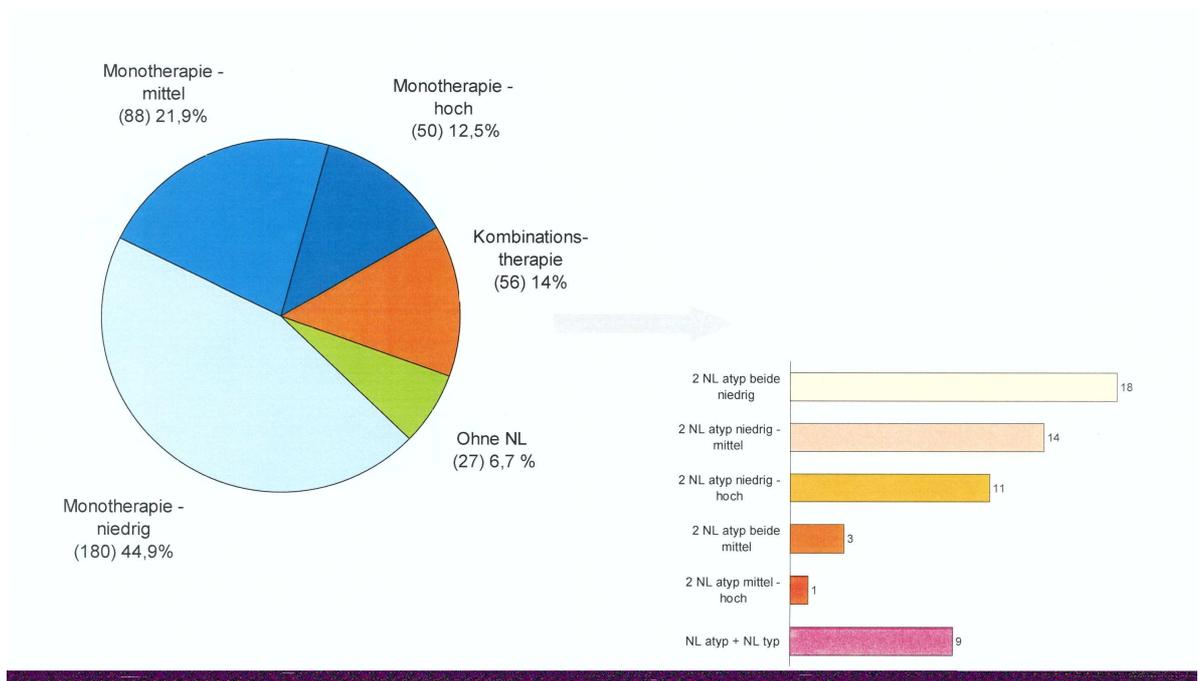


Abb. 29: Verwendete antipsychotische Dosisbereiche für Mehrfach-Erkrankte bei Entlassung aus der Soteria.

Die Tabelle der Dosis-Empfehlung der S3-Leitlinie der DGPPN ist im Anhang aufgeführt.

In einigen – deutlich selteneren – Fällen kamen außer der antipsychotisch wirksamen Medikation auch andere Psychopharmaka zum Einsatz. Dies betraf jedoch lediglich etwa 20% der Behandlungsfälle:

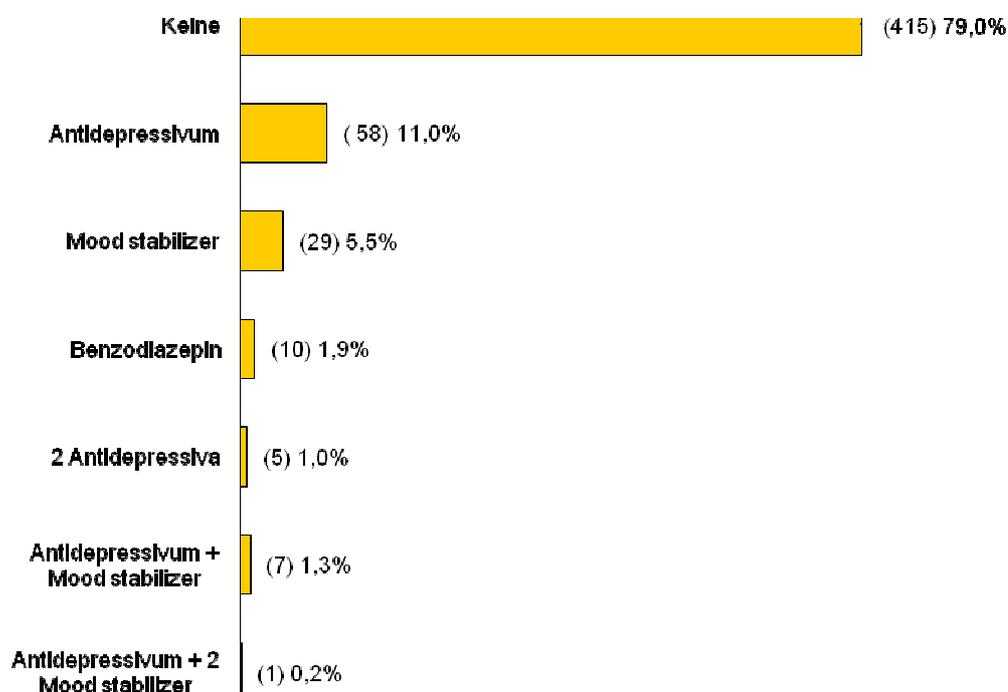


Abb. 30: Sonstige in der Soteria verwendete Psychopharmaka (außer Antipsychotika), in Anteilen der Behandelten.

Bei über der Hälfte der betreffenden Behandlungsfälle kamen hierbei Antidepressiva zum Einsatz.

4.2.8 Psychosebegleitung

Die Psychosebegleitung ist eines der wichtigsten Elemente in der Akut-Therapie von psychotischen Erkrankungen im Konzept der Soteria. Wie eingangs ausführlich dargestellt, handelt es sich dabei um eine Form des intensiven Begleitens des Betroffenen während der floriden Psychose im Sinne des soteria-typischen „being with“ durch eine konkrete, verfügbare und stabile Bezugsperson. Der durch die Psychose veränderten Wahrnehmung der Realität und besonderen Emotionalität soll dabei annehmend und in einem gewissen Sinn auch „zulassend“ begegnet werden.

Zu unterscheiden sind dabei die sogenannte „1:1 Psychosebegleitung“, bei der die Bezugsperson sich ständig in unmittelbarer Nähe des Betroffenen aufhält, und die „erhöhte Achtsamkeit“, in deren Rahmen der Kontakt gewissermaßen im „sichtbaren Hintergrund“ stattfindet, ohne direkte Nähe, jedoch ebenfalls verfügbar und durch eine konkrete, stabile Bezugsperson.

Für die Jahre 2004-2005 liegen dazu auch anteilige Daten vor. Von 01.05.2004 – 31.12.2005 wurden 103 Fälle auf der Soteria vollstationär behandelt, davon nahmen 44 eine der oben genannten Formen der Psychosebegleitung in Anspruch (42,7 %), an mindestens einem Behandlungstag.

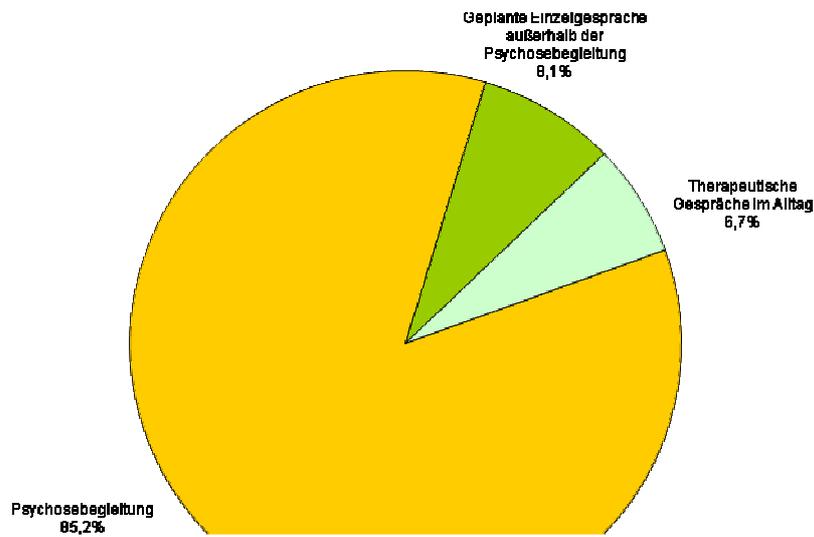
Die durchschnittliche Dauer der Psychosebegleitung pro Patient betrug sieben Tage, jeweils 16,1 Stunden/Tag. Etwa die Hälfte der betroffenen Patienten nutzte während der Psychosebegleitung das weiche Zimmer (23 von 44 Patienten).

Insgesamt wurden seitens der Mitarbeiter der Soteria in dem genannten Zeitraum damit 5000 Stunden Psychosebegleitung geleistet, ca. 80 % außerhalb, 20 % innerhalb des weichen Zimmers.

Bis 2010 wurden 500 Aufenthalte in der Soteria dokumentiert, von 01.05. 2004 - 31.12.2010.

Wie die folgende Darstellung zeigt, fielen dabei für die 1:1 Psychosebegleitung im Schnitt 109,4 min/Tag/Patient an.

Zusammen mit geplanten und ungeplanten Patientengesprächen ergeben sich 128,4 min./Patient/Tag, entsprechend mehr als 2Std/Tag. Damit entfallen allein auf 1:1 Psychosebegleitung 85 % der erfassten Gesprächskontakte.



1:1 Psychosebegleitung:
 durchschnittlich 109,4 Minuten täglich pro Patient

geplante Einzelgespräche außerhalb der Psychosebegleitung:
 durchschnittlich 10,4 Minuten täglich pro Patient

spontane therapeutische Gespräche im Alltag:
 durchschnittlich 8,6 Minuten täglich pro Patient

Therapeutische Leistungen insgesamt:
 durchschnittlich 128,4 Minuten täglich pro Patient

Alle sonstigen Patientengespräche wurden nicht erfasst.

Abb. 31 Anteile der therapeutischen Kontakte in Prozent

4.3 Ergebnisse der Katamneseuntersuchungen

4.3.1 Behandlungsbeurteilung bei Behandlungsende

Zum Ende der Behandlung auf der Soteria wird den Patienten, die die Behandlung regulär beenden, ein eigens entwickeltes Instrument, der Behandlungsbeurteilungsbogen (BBB) vorgelegt, zur Bewertung der erlebten Behandlung insgesamt und bezüglich einzelner Behandlungselemente.

Zum Zeitpunkt der Auswertung standen von allen regulär beendeten Behandlungen 310 auswertbare Fragebögen zur Verfügung.

4.3.1.1 Zufriedenheit mit der Behandlung in der Soteria insgesamt.

Die Graphik zeigt, 84 % der Behandelten wählten die Kategorie zufrieden/eher zufrieden, 12 % die gemischte Kategorie, lediglich 2 % waren eher unzufrieden.

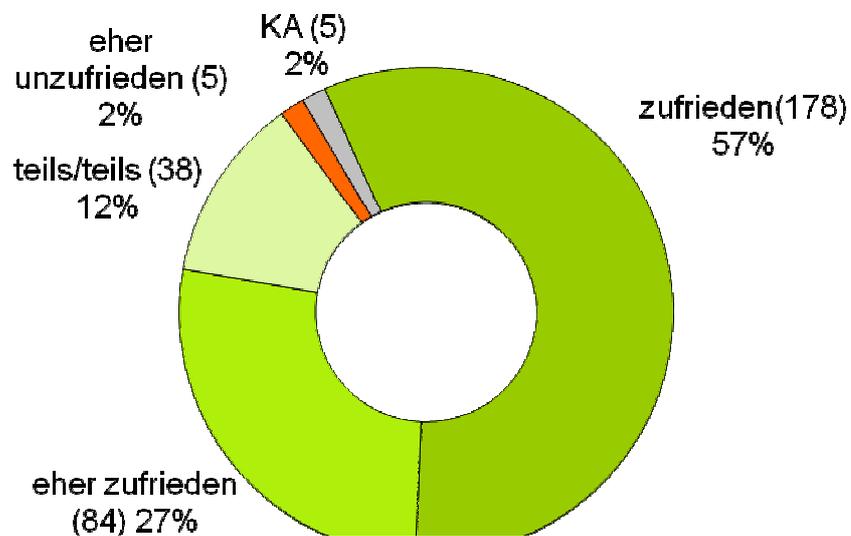


Abb. 32: Patientenzufriedenheit mit der Gesamtbehandlung in der Soteria, unmittelbar nach der Entlassung.

4.3.1.2 Zufriedenheit mit einzelnen Behandlungsaspekten

Insbesondere wurden die erfahrene Wertschätzung während der Soteria- Behandlung von fast 90 % der Behandelten, die einen gültigen Fragebogen erstellt hatten, als zufriedenstellend oder eher zufriedenstellend bewertet; während die meisten der hier berücksichtigten Aspekte auf ca. 80 % positive Bewertung trafen, fällt auch auf, dass die Einbindung von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen für ca. ¼ der Behandelten als nicht zutreffend eingeordnet wird – eine solche also aus verschiedenen Gründen, die hier nicht einzeln untersucht wurden, nicht stattfinden konnte oder sollte.

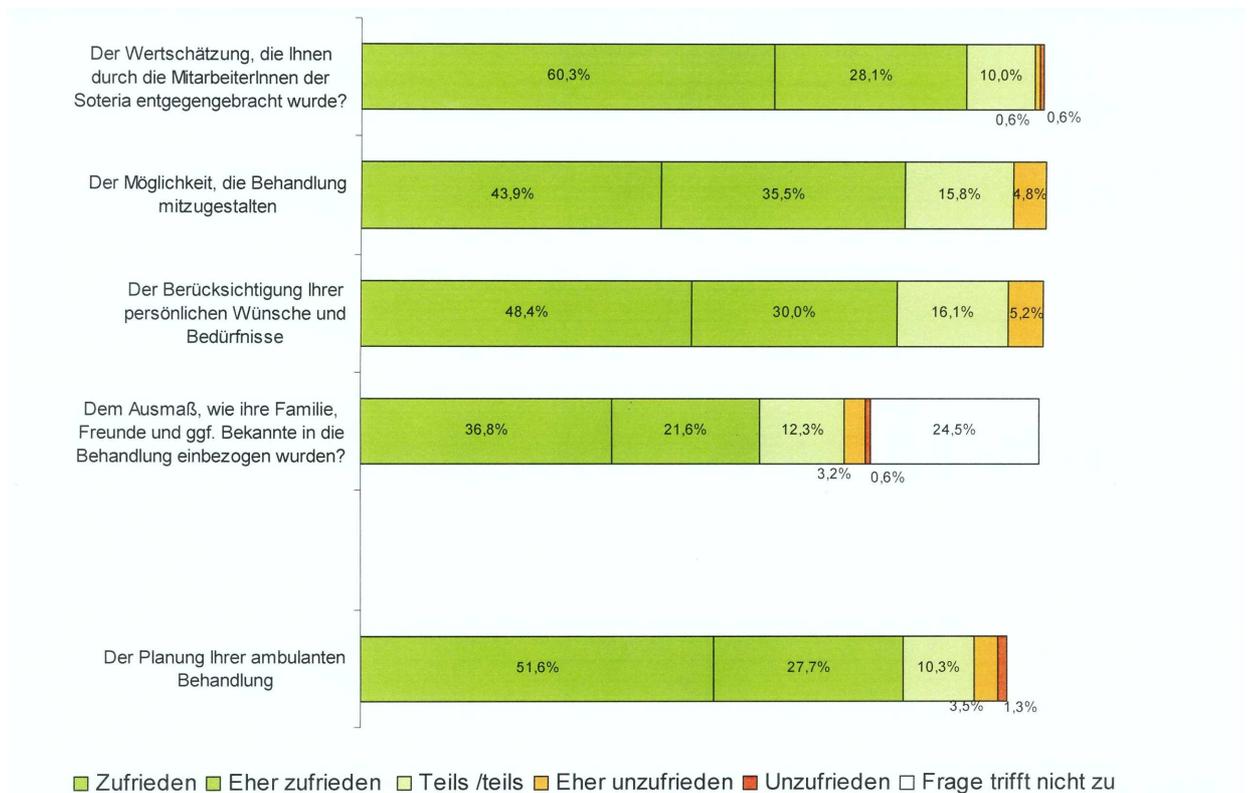


Abb. 33: Patientenzufriedenheit mit verschiedenen Behandlungsaspekten in der Soteria, unmittelbar nach Entlassung

4.3.1.3 Beurteilung der Entlassungsvorbereitung am Behandlungsende

Der Aspekt Vorbereitung auf die Entlassung spielt im Konzept der Soteria eine besondere Rolle. Die Soteria versteht sich als Element in einem Gesamtkonzept, in dem auf die Nachsorge und die Vernetzung mit dem ambulant-komplementären Sektor großer Wert gelegt wird. So ist für die Entlassungsvorbereitung während der stationären oder teilstationären Behandlung eigens Zeit vorgesehen.

Über 80 % fühlten sich auf die Entlassung gut bis sehr gut vorbereitet, 3 % der Betroffenen bewerteten diese als schlecht bis sehr schlecht.

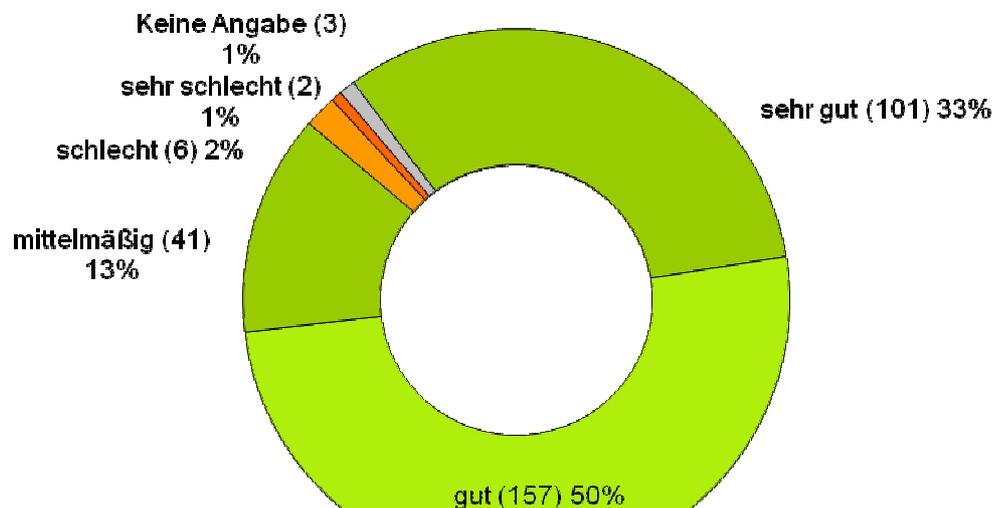


Abb. 34: Beurteilung der Entlassungsvorbereitung durch die Patienten unmittelbar nach Behandlungsende

4.1.3.4 Beurteilung verschiedener Soteria-Behandlungselemente bei der Entlassung

Die im Fragebogen enthaltenen Soteria-spezifischen Behandlungselemente, die den besonderen Charakter der Methode kennzeichnen, werden in der Mehrzahl von über 80 % bei Entlassung als hilfreich bewertet. Insbesondere die Elemente, die sich auf soziale Beziehungen zu Mitpatienten, Bezugspersonen und Personal beziehen, werden als hilfreich oder etwas hilfreich genannt, darunter die Gespräche mit Bezugspersonen und Personal mit über 95 %.

Die 1:1 Betreuung in der Phase der akuten Psychose wird naturgemäß nur von einem Teil der Patienten wahrgenommen, ein noch geringerer Teil nutzt dabei das weiche Zimmer. Von denen, die dieses Behandlungselement nutzen, wird es jedoch ebenfalls weit überwiegend als hilfreich erlebt.

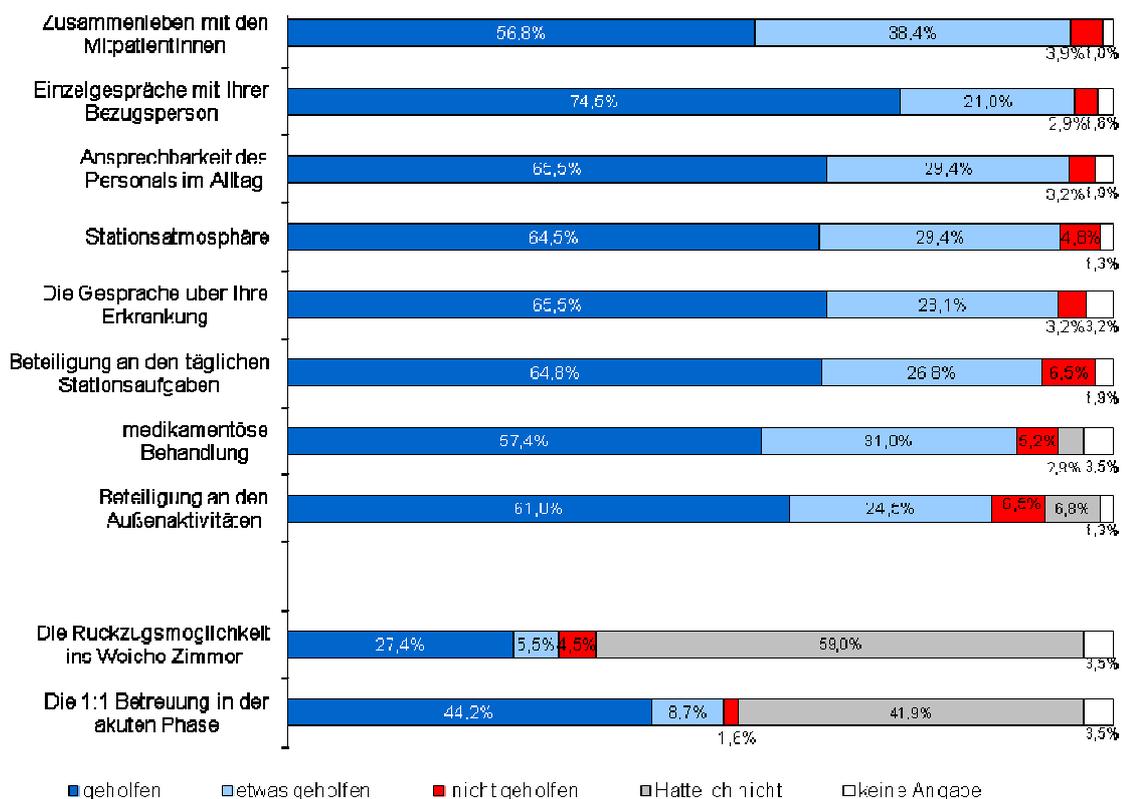


Abb. 35: Beurteilung einzelner Soteria-Behandlungselemente durch die Patienten, unmittelbar nach Behandlungsende.

4.3.2 Katamneseergebnisse zu verschiedenen Katamnesezeitpunkten

Erstmals in der Geschichte der Begleitforschung der Soteria konnten am Klinikum München Ost Daten über einen Katamnesezeitraum von bis zu 5 Jahren ermittelt werden.

Die Patienten erhielten ½, 1, 2 und 5 Jahre nach der Entlassung eigens entwickelte Katamnese-Fragebögen sowie, entsprechend dem Entlasstag, nochmals die gleichen Instrumente AL (Fragebogen Alltagsleben), BSI (Brief Symptom Inventory) und den Behandlungsbeurteilungsbogen.

Der Fragebogen der 5-Jahres-Katamnese enthielt eine in einigen wenigen Punkten veränderte Fragestellung und wird im Folgenden nicht für alle Vergleiche herangezogen.

4.3.2.1 Beurteilung der Behandlung in der Soteria insgesamt zu verschiedenen Katamnesezeitpunkten.

Zunächst wurde ermittelt, wie die Betroffenen die Behandlung in der Soteria insgesamt bewerten, vom Entlasszeitpunkt bis 2 Jahre nach der Entlassung. Mögliche Kategorien waren „hat geschadet“, „hat nicht geholfen“, „hat etwas geholfen“, „hat geholfen“, „hat sehr geholfen“. Zu allen 4 Befragungszeitpunkten liegen die Bewertungen bei stabil >80 % in den Kategorien „hat geholfen“ und „hat sehr geholfen“, wenn auch mit unterschiedlichen Gewichtungen. Rund die Hälfte der Patienten, die alle Fragebögen von Entlassung bis 2 Jahre nach Entlassung beantwortet haben, entschieden sich für die Kategorie „hat sehr geholfen“.

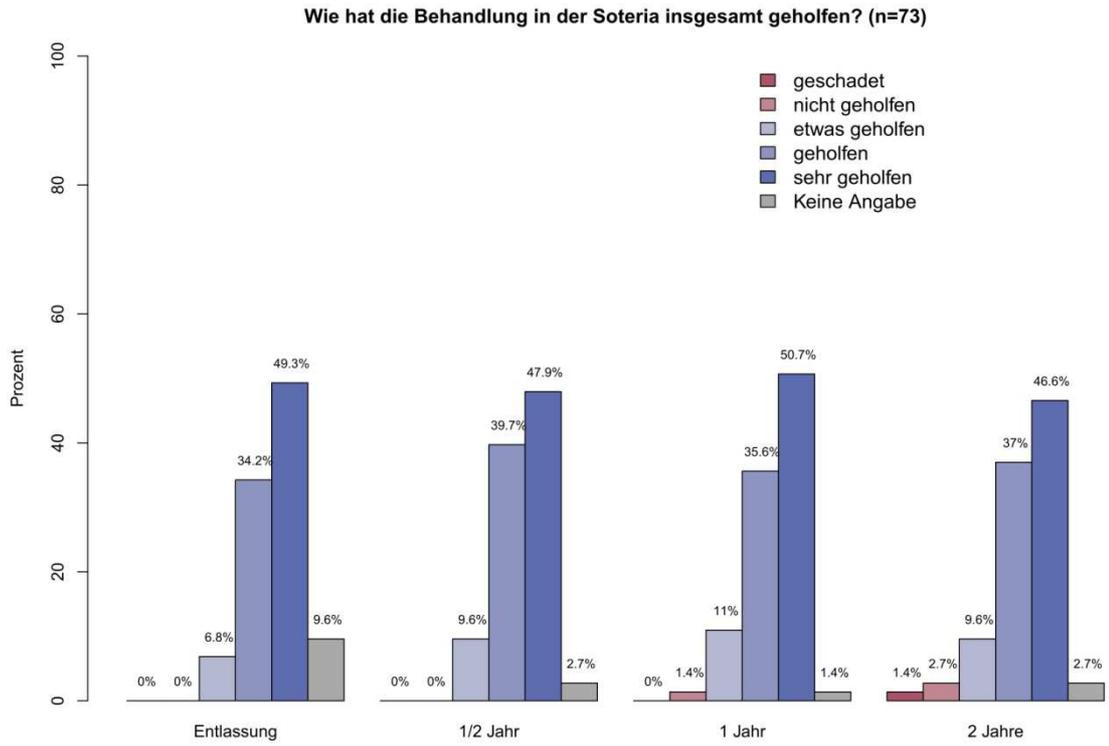


Abb. 36: Wie hat die Behandlung in der Soteria geholfen? (n=73)

4.3.2.2 Einstellung zur Erkrankung durch Soteria-Erfahrung

Die Frage, ob die Soteria-Behandlung in Bezug auf ihre Einstellung zur Erkrankung hilfreich war, wurde erstmals nach 1/2 Jahr gestellt.

Die Antworten zeigen, dass ca. 90 % die Soteria-Erfahrung diesbezüglich als hilfreich bzw. etwas hilfreich erlebten, wobei sich die Kategorien zu „etwas geholfen“ verschieben.

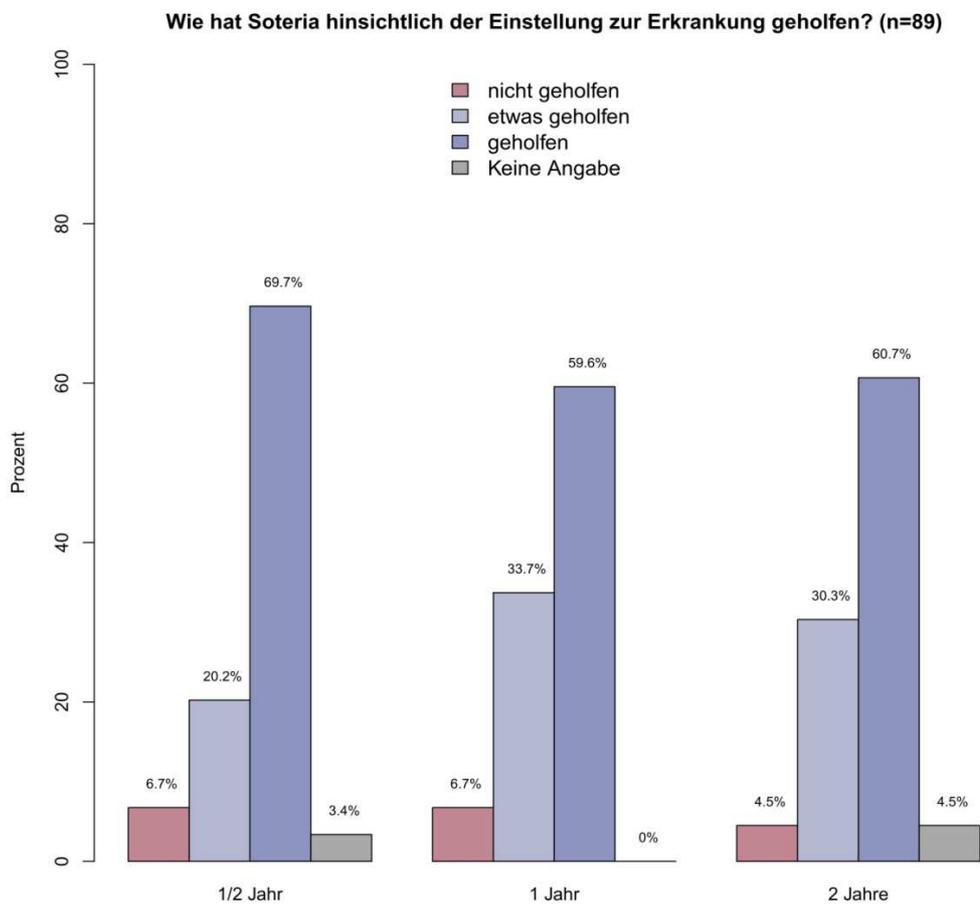


Abb. 37: Wie hat die Soteria hinsichtlich der Einstellung zur Erkrankung geholfen? (n=89)

4.3.2.3 Wirksamkeit einzelner Soteria-Elemente

Bei der Auswertung wurden nur diejenigen Patienten berücksichtigt, die zu jedem der angegebenen Katamnese-Zeitpunkte eine Antwort geliefert haben. Dies waren 73 Patienten.

Zunächst wurde die subjektiv empfundene Wirksamkeit des Elements 1:1-Betreuung während der akuten Psychose ausgewertet. Dieses Behandlungselement wird nicht von allen Patienten in Anspruch genommen bzw. benötigt (s.o.). Interessanterweise scheint sich die positive Bewertung „geholfen“ mit dem Abstand zur stationären Behandlung eher etwas zu steigern.

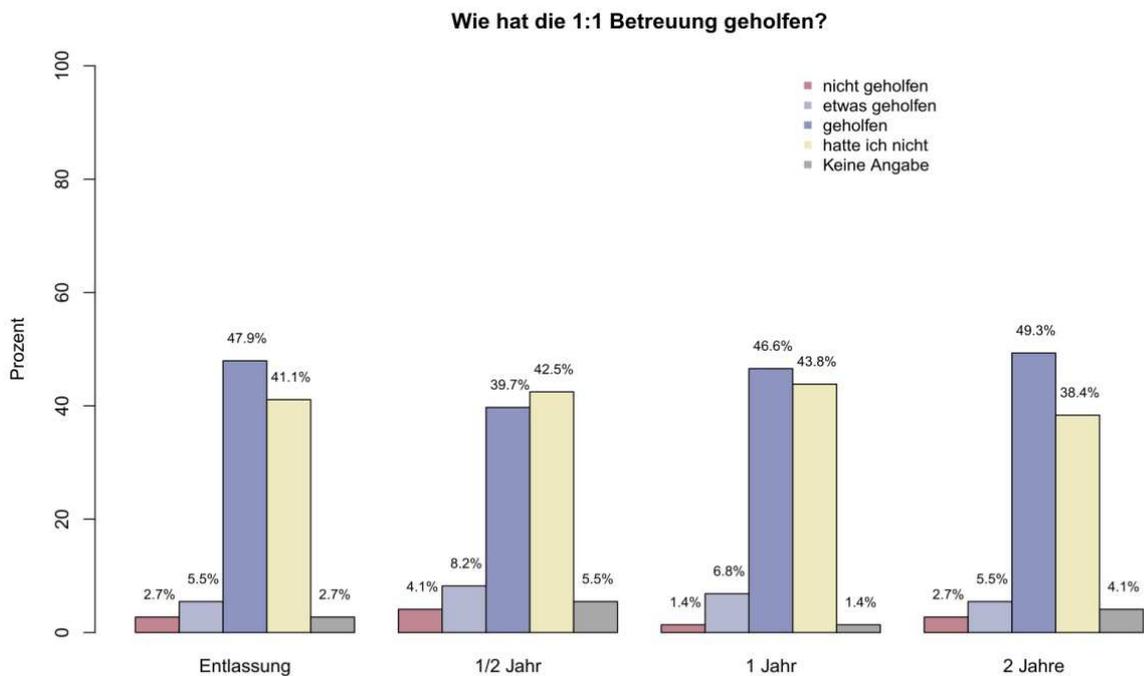


Abb. 38: Wie hat die 1:1 Betreuung geholfen?

Ein Teil der 1:1-Psychosebetreuung kann im Rahmen der Therapie in der Soteria im Rückzugsraum, dem sog. „weichen Zimmer“, stattfinden.

Hier wird zunächst deutlich, dass über 50 % dieses Behandlungselement nicht nützen bzw. nicht benötigen. Die Frage „wie hat das weiche Zimmer geholfen?“ wird ebenfalls mit leicht positiver Tendenz mit zunehmendem Abstand zur stationären Behandlungsphase beantwortet.

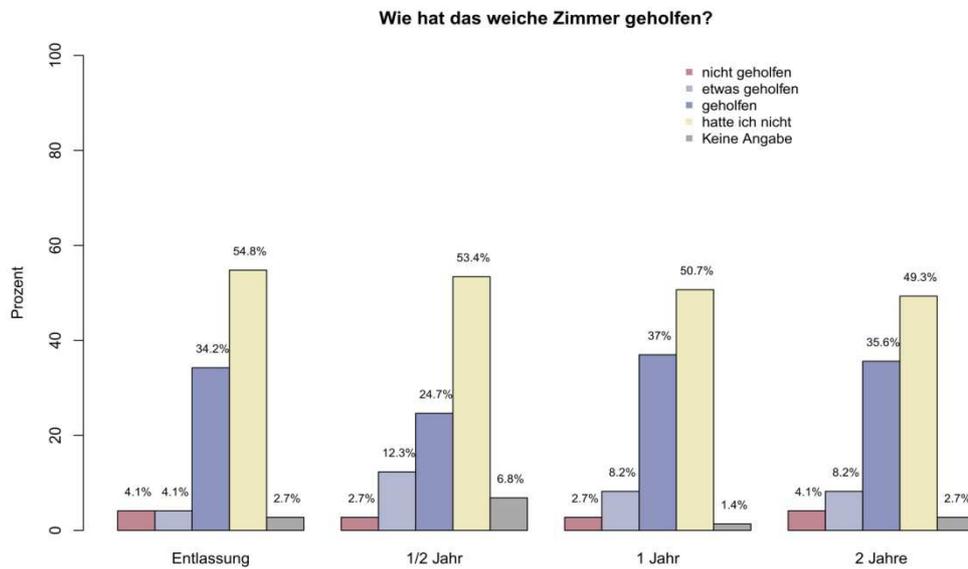


Abb. 39: Wie hat das weiche Zimmer geholfen?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Soteria-typischen Merkmale der Integration und Teilnahme am Alltagsleben sowie der schrittweisen Übernahme von Kompetenz und Verantwortung innerhalb und außerhalb der Station.

So wurden die Teilnahme an Außenaktivitäten von insgesamt rund 90 % der Betroffenen über alle Katamnese-Zeitpunkte mit „hat geholfen“ oder „hat etwas geholfen“ beantwortet.

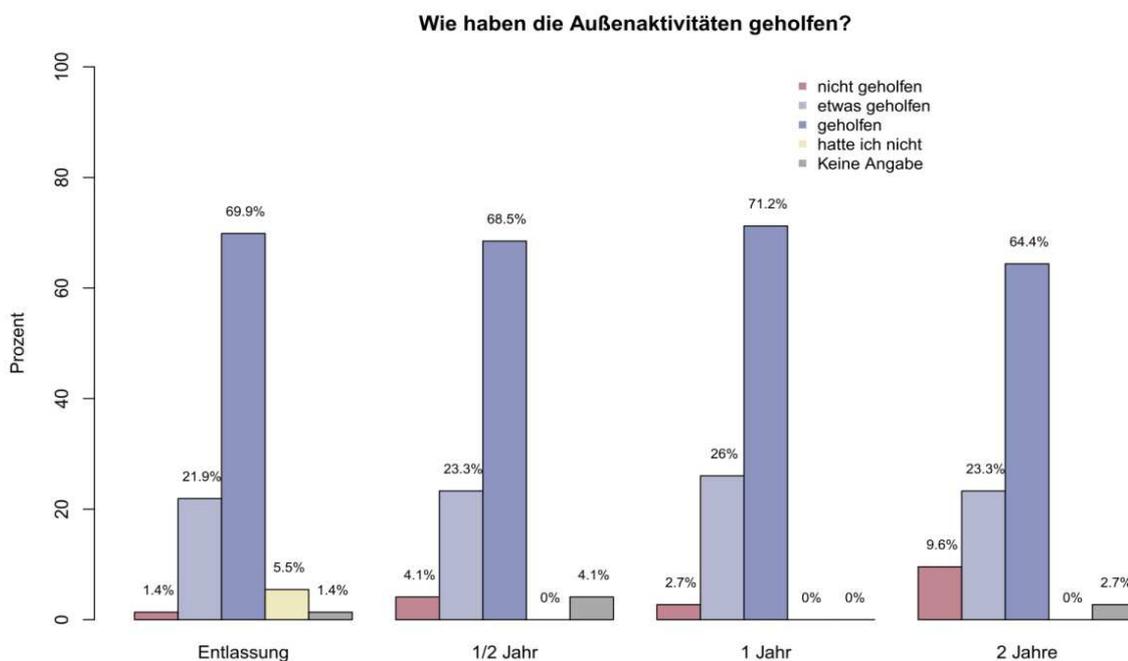


Abb. 40: Wie haben die Außenaktivitäten geholfen?

Bei der Übernahme von Stationsaufgaben und damit Teilnahme an der und Mit-Verantwortung für die Gemeinschaft der Soteria-Bewohner, ein typisches milieu-therapeutisches Element, zeigen sich zwar – insbesondere zum Zeitpunkt der Entlassung – ebenfalls weit überwiegend positive Bewertungen, hier jedoch mit einer deutlich abnehmbaren Tendenz im Katamnese-Verlauf. Die Bewertung „hat geholfen“ ist über die 2 Jahre um ca. 15 % rückläufig.

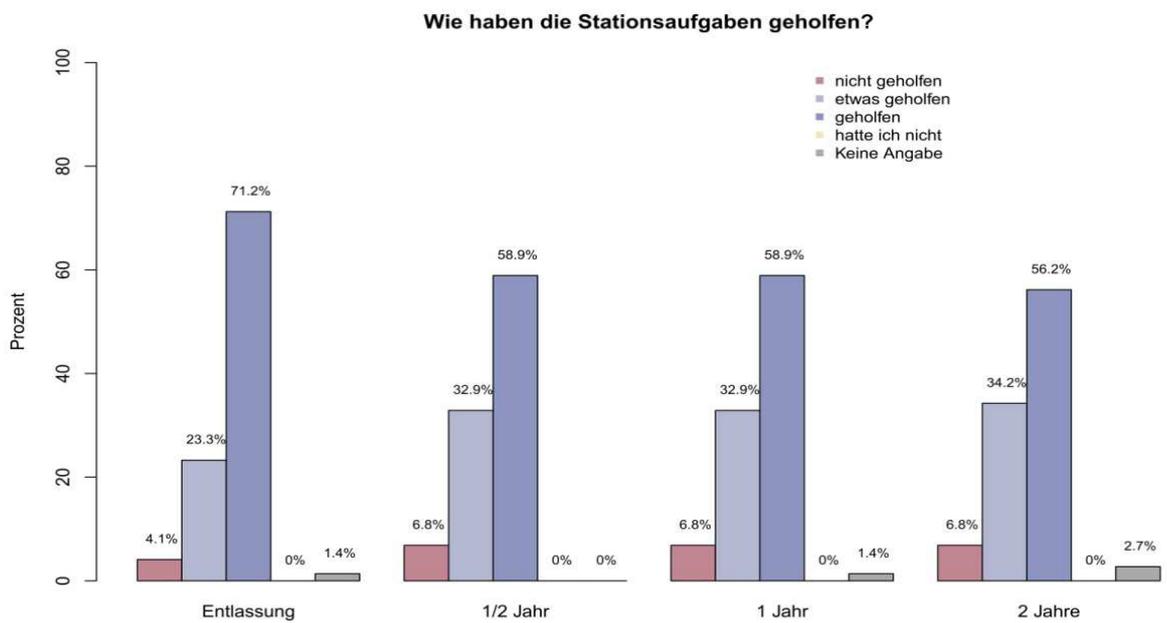


Abb. 41: Wie haben die Stationsaufgaben geholfen?

Abschließend werden in der nächsten Graphik noch die Sichtweisen von Patienten 5 Jahre nach Entlassung aus der Soteria wiedergegeben.

Dabei wird deutlich, dass

- über 95 % der Betroffenen anderen Menschen, die sich in ähnlichen Situationen wie sie selbst zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme befinden, eine Behandlung in der Soteria weiterempfehlen würden,
- ca. 77 % angeben, sich selbst mit ihrer Erkrankung besser akzeptieren gelernt zu haben,
- jeweils ca. 60 % weniger Angst vor Klinikaufenthalten empfinden bzw. sich zutrauen, durch die Soteria-Erfahrung weitere Krisen ohne erneuten Klinikaufenthalt bewältigen zu können,
- immerhin knapp 13 % nachgerade auch „eher kritisch“ über die Soteria denken.

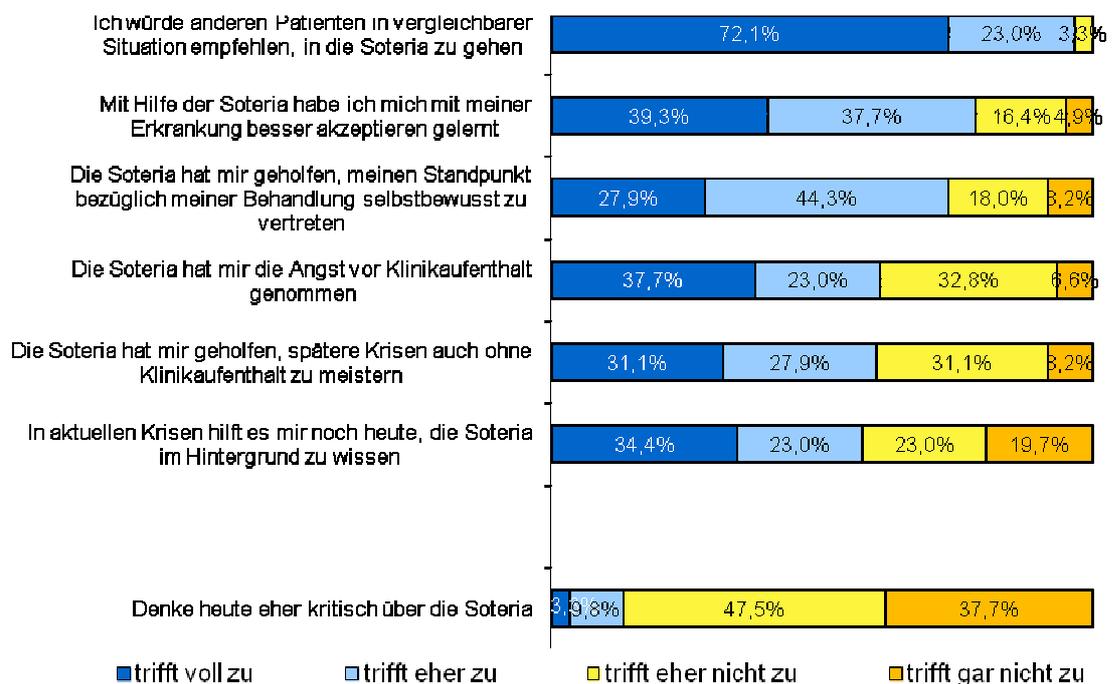


Abb. 42 Patientenbewertungen zur Soteria-Behandlung in der 5-Jahres-Katamnese

4.3.2.4 Soziodemographische Entwicklungen

Während im Rahmen des stationären Aufenthalts jeweils, wie oben dargestellt, soziodemographische Daten über die behandelten Patienten erhoben wurden, um strukturelle Kenntnis über die in der Soteria aufgenommene Klientel zu erhalten, sollen nun einige Entwicklungen zu den Feldern Arbeit, Wohnen und Lebenssituation zu unterschiedlichen Katamnese-Zeitpunkten dargestellt werden.

- Arbeitssituation

53 Patienten hatten sowohl den Fragebogen der 2- wie der 5-Jahres-Katamnese vollständig bearbeitet. Dabei zeigt sich insbesondere die Auswirkung der akuten Erkrankung auf die Beschäftigung bei Aufnahme und Entlassung. Erst im Lauf der folgenden Jahre wird wieder das ursprüngliche prozentuale Beschäftigungsniveau erreicht, v.a. die Entwicklung zwischen 2- und 5-Jahres-Katamnese ist interessant. Gleichzeitig nimmt jedoch auch der Anteil der Berentungen deutlich zu.

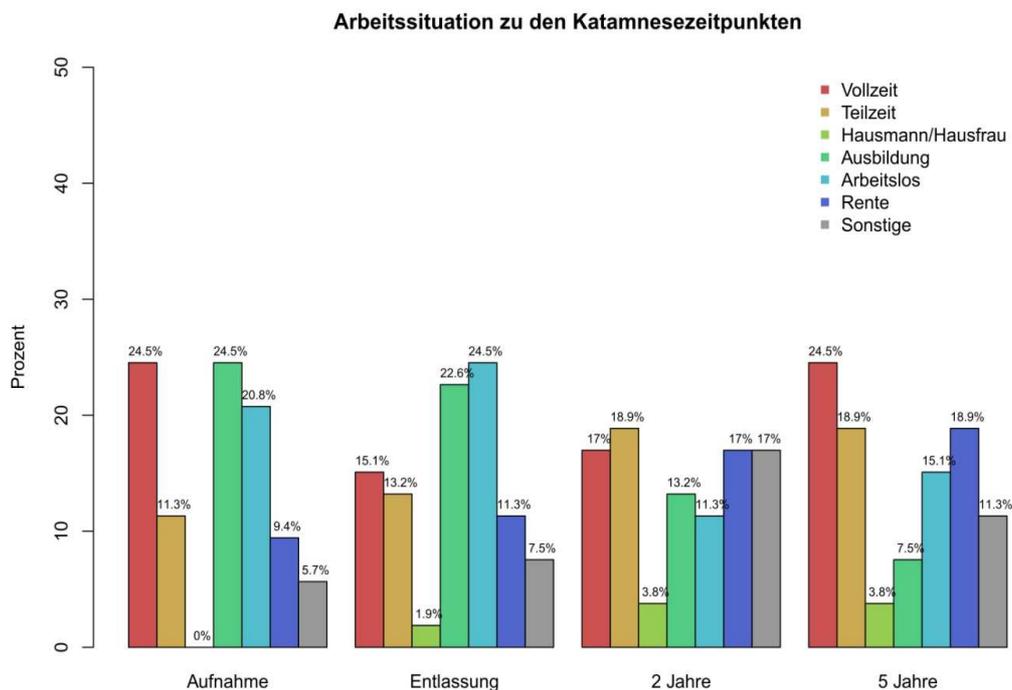


Abb. 43 Arbeitssituation zu den Katamnese-Zeitpunkten

- Wohnsituation

Der weitaus größte Teil der Betroffenen lebt zu allen Betrachtungszeitpunkten in privaten Wohnformen; zusätzliches einzelbetreutes Wohnen, etwa über sozialpsychiatrische Dienste, zeigt einen Gipfel in der 2-Jahres-Katamnese, zusammen mit therapeutischen Wohngruppen. Die Unterbringung in Heimen spielt v.a. bei Entlassung eine (begrenzte) Rolle. Erneut scheint hier der Verlauf der akuten Erkrankung – in der Regel einer Psychose – seine Auswirkung zu zeigen.

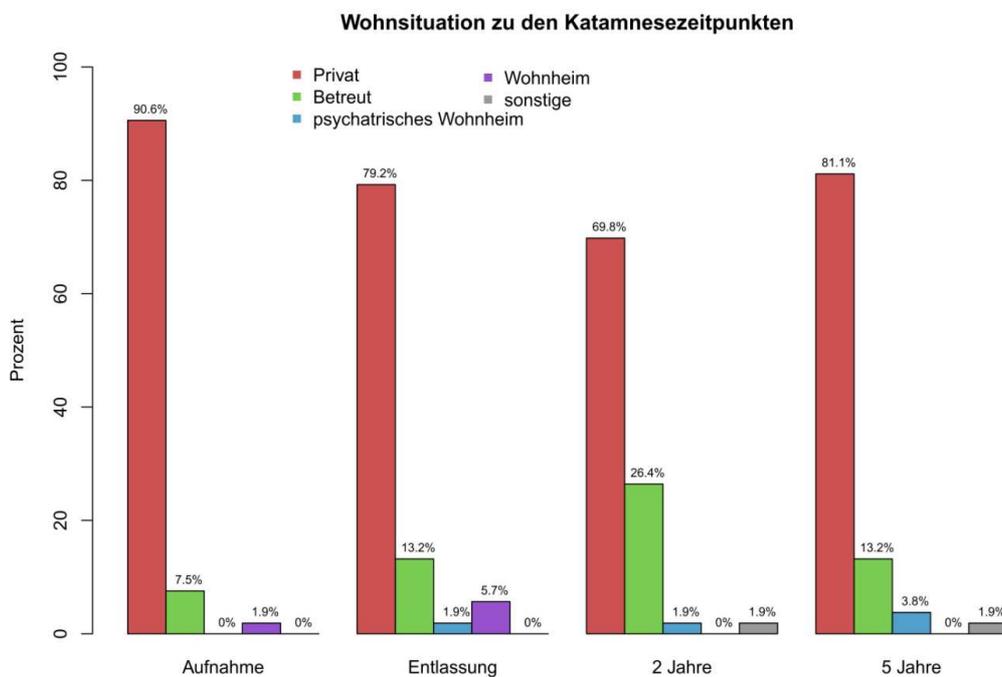


Abb. 44 Wohnsituation zu den Katamnese-Zeitpunkten

- Lebenssituation

Hier nimmt vor allem der Anteil der Patienten, die angeben, allein zu leben, zu den verschiedenen Betrachtungszeitpunkten nach der Entlassung, erheblich zu, demgegenüber lebt ein zunehmend geringerer Anteil mit Eltern und Geschwistern. Die übrigen Kategorien zeigen kaum Veränderungen.

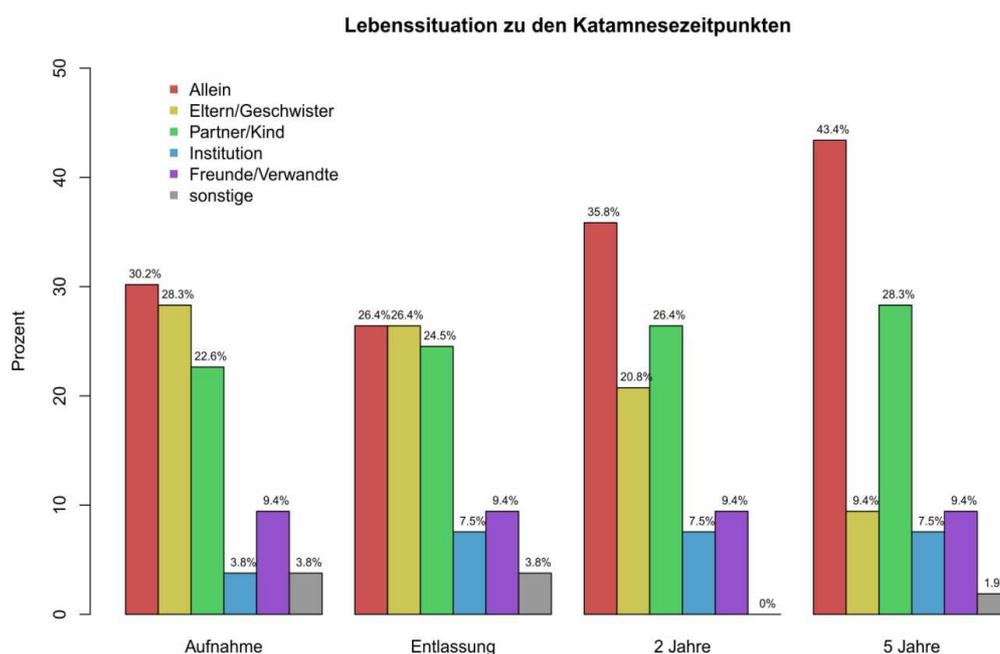


Abb. 45 Lebenssituation zu den Katamnese-Zeitpunkten

4.3.3 Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer/teilstationärer Soteria-Behandlung und Medikation

An sämtlichen Katamnesezeitpunkten wurden die Patienten befragt zu Kontakten zu Psychiatern/Nervenärzten oder psychiatrischen (Instituts-)Ambulanzen, Psychotherapeuten, Hausärzten und Kontakten zum komplementären Versorgungssystem.

In der Halbjahres- und 1-Jahres-Katamnese bezog sich die Frage auf die jeweils letzten 6 Monate, in der 2- und 5-Jahres-Katamnese auf die letzten 12 Monate.

Als regelmäßige Kontakte gelten mindestens 2-3 oder mehr Besuche im jeweiligen Betrachtungszeitraum.

Deutlich wird eine relative Kontinuität in der Anbindung an das ambulante Versorgungssystem, wobei sich die Frequenz der Kontakte insbesondere zum Zeitpunkt der Befragung nach 5 Jahren deutlich rückläufig zeigt.

Demgegenüber wurden die Patienten auch nach Abbrüchen der Behandlung in mindestens einer der Behandlungskategorien gefragt, was je nach Katamnese-Zeitpunkt ca. ¼ bis 1/3 der Befragten als gegeben angaben.

Interessant sind die Ergebnisse zum Absetzen der verordneten Medikamente. Zwar handelt es sich um subjektive Angaben der Patienten, die lediglich durch Befragung ermittelt und nicht an Hand von Medikamentenspiegeln überprüft wurden, doch erscheinen die Ergebnisse zu allen Katamnese-Zeitpunkten einigermaßen kongruent.

Der weit überwiegende Anteil hatte jeweils angegeben, die Medikamente nicht oder in Absprache mit einem Arzt abgesetzt zu haben, nur ein geringer Prozentanteil der Patienten gab an, dies ohne Absprache getan zu haben; fasst man die Kategorien „nicht abgesetzt“ und „abgesetzt in Absprache mit dem Arzt“ als compliant zusammen, ergibt sich eine Medikamenten-Compliance von durchwegs um 90 %.

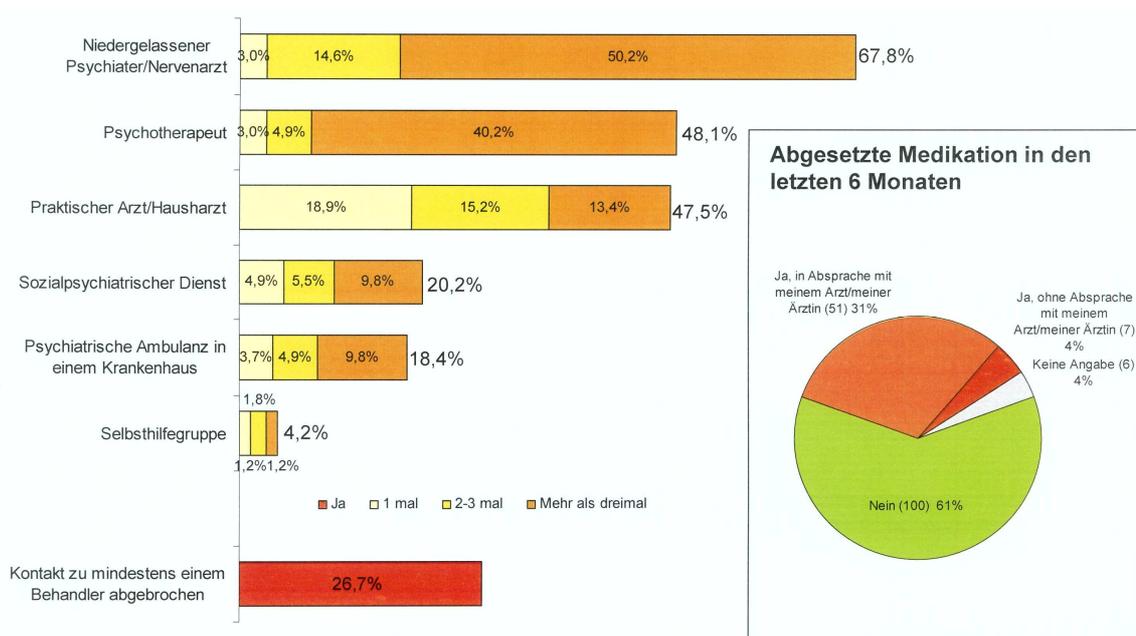


Abb. 46: Halbjahreskatamnese: Ambulante Behandlung in den letzten 6 Monaten
n=164 Patienten mit Halbjahreskatamnese

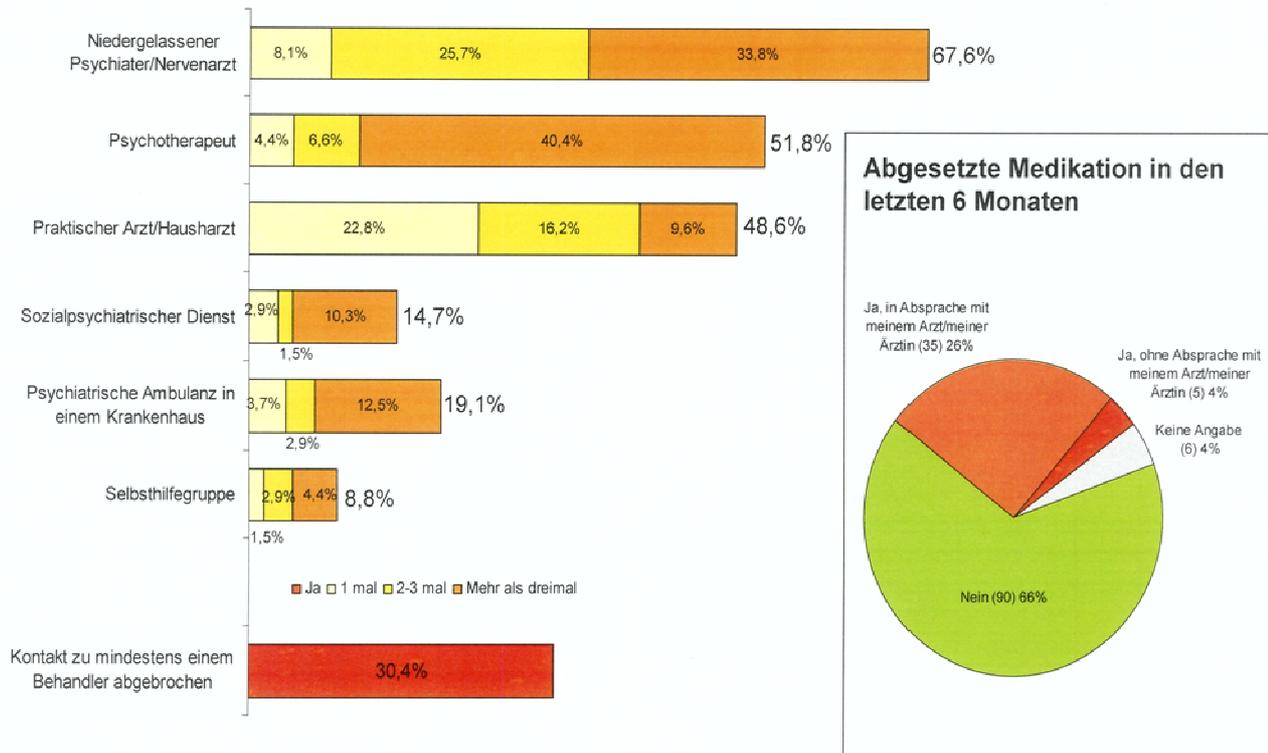


Abb. 47: 1-Jahreskatamnese: Ambulante Behandlung in den letzten 6 Monaten
n=136 Patienten mit 1-Jahreskatamnese

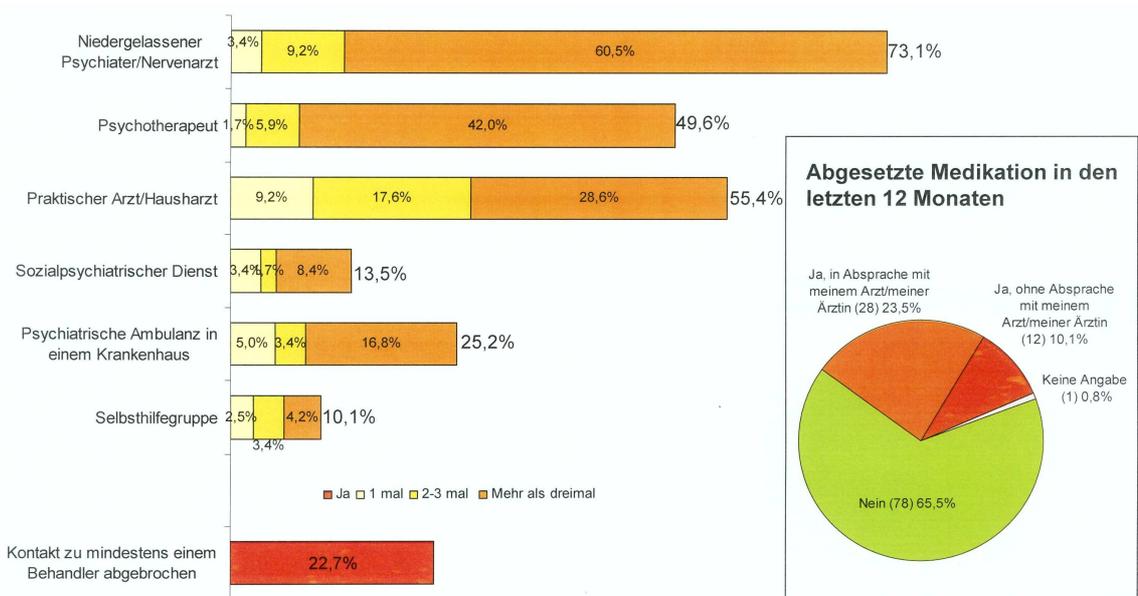


Abb. 48: Zwei-Jahreskatamnese: Ambulante Behandlung in den letzten 12 Monaten
n=119 Patienten mit 2-Jahreskatamnese

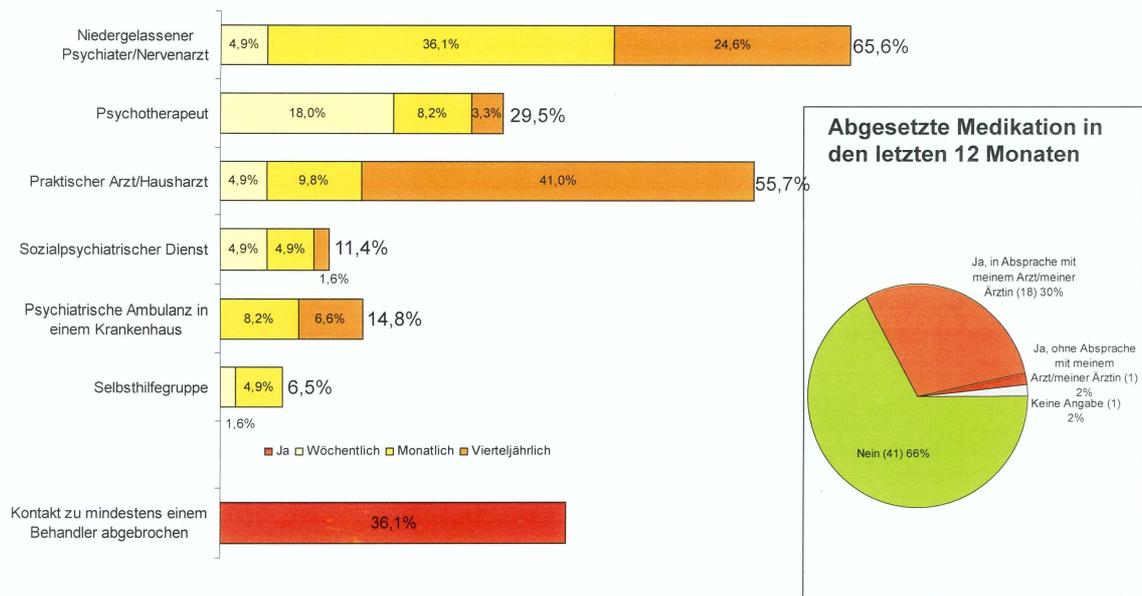


Abb.49: 5-Jahres-Katamnese: Ambulante Behandlung in den letzten 12 Monaten
n=61 Patienten mit 5-Jahreskatamnese

4.3.4 Untersuchung zur Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen zu unterschiedlichen Katamnese-Zeitpunkten

Stationäre Wiederaufnahmen sind oft trotz rechtzeitig geplanter und sorgfältig durchgeführter ambulanter Nachsorge bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ein unvermeidbarer und unverzichtbarer Teil einer angemessenen medizinischen Versorgung. Andererseits können sie auch dazu dienen, durch rechtzeitige, intensive Intervention eine erhebliche Verschlechterung im Krankheitsverlauf zu vermeiden.

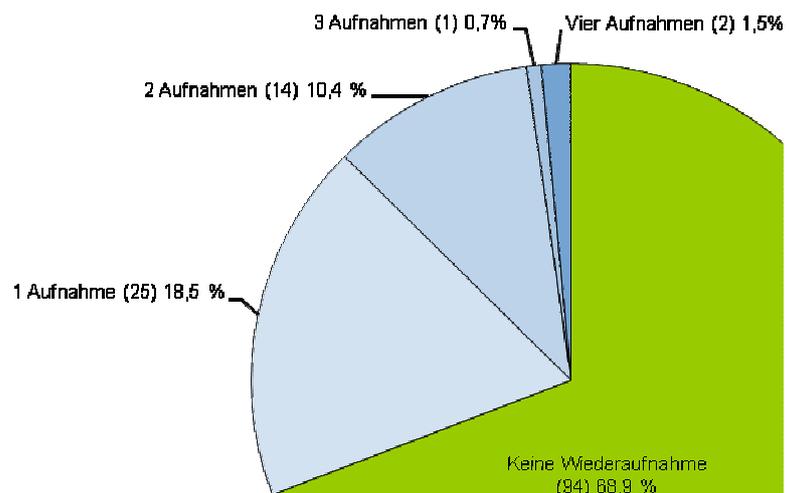
Die folgenden Untersuchungen versuchen, eine Aussage über die Wiederaufnahmehäufigkeit nach erfolgter stationärer/teilstationärer Soteria-Behandlung zu machen. Dazu wurden einerseits die Patienten zu unterschiedlichen Katamnese-Zeitpunkten über stationäre Wiederaufnahmen befragt, andererseits wurden, da über den weiteren Verlauf jeweils nur eine begrenzte Zahl an verwertbaren Katamnesen vorlag, Vergleichsdaten der eigenen Patientenverwaltung des Klinikums München Ost sowie Daten aus Rückmeldungen der AOK als Krankenversicherungsträger ermittelt.

Auf die Reliabilität der Vergleichsdaten wurde bereits in Kapitel Methodik verwiesen.

4.3.4.1 Stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der Soteria

136 Patienten hatten die Fragebögen der 1-Jahers-Katamnese bearbeitet. Für knapp 69 %, mehr als 2/3, war in diesem Zeitraum keine Wiederaufnahme zur stationären Behandlung notwendig geworden, 18,5 % hatten eine Wiederaufnahme berichtet, knapp 13 % zwei und mehr stationäre Behandlungen.

Die Vergleichsdaten aus Patientenverwaltung und Rückmeldung der Krankenkassen zeigen insgesamt 64 Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres, 49 davon in die gleiche Klinik, weniger als die Hälfte von diesen wiederum in die Soteria.



Insgesamt 64 Wiederaufnahmen
davon 49 ins KMO
davon 20 in Soteria

Abb. 50: Stationäre Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der Soteria
n=136 Patienten mit 1-Jahreskatamnese

4.3.4.2 Stationäre Wiederaufnahmen innerhalb von 2 Jahren nach Entlassung aus der Soteria

Nach 2 Jahren nach der Entlassung sind 119 Katamnese-Angaben zufolge noch über 51 % der auf der Soteria behandelten ohne stationäre Wiederaufnahme, gegenüber 26 % mit einer und etwa 21 % mit zwei oder mehr erneuten stationären Wiederaufnahmen.

In absoluten Zahlen liegen hier 104 Wiederaufnahmen vor, fast 80 % davon erneut im Klinikum München Ost, wiederum weniger als die Hälfte von diesen nochmals in die Soteria.

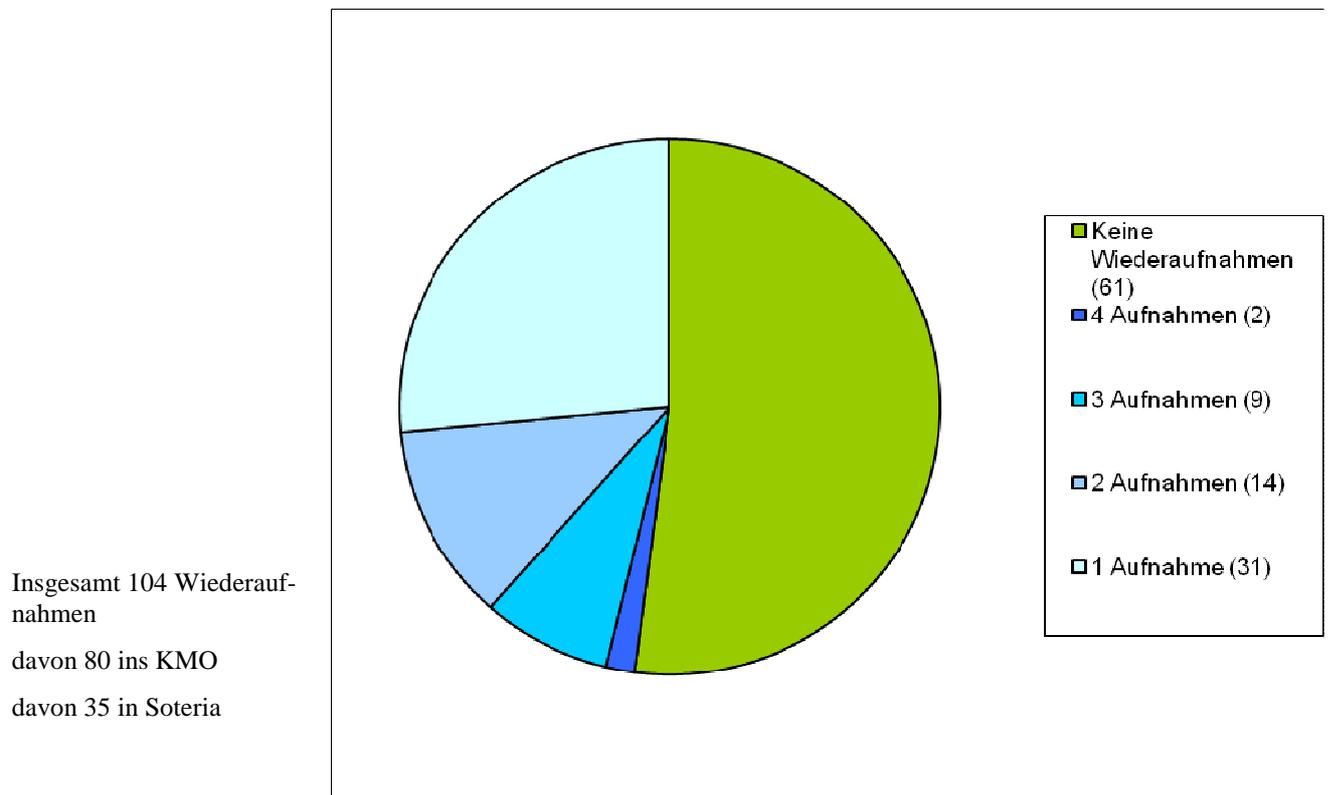
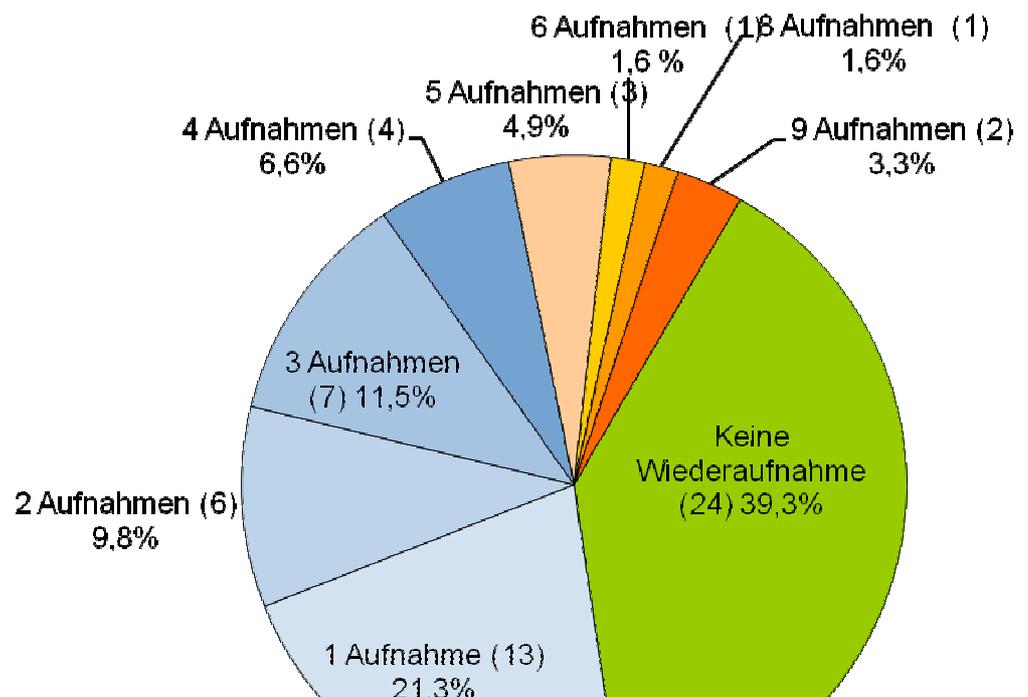


Abb. 51: Stationäre Wiederaufnahmen innerhalb von 2 Jahren nach Entlassung aus der Soteria
n=119 Patienten mit 2-Jahreskatamnese

4.3.4.3 Stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 5 Jahren nach Entlassung aus der Soteria

Nach 5 Jahren berichtet nun erstmals die Mehrzahl der in den Katamnesebögen Befragten eine Form der stationären Wieder-Behandlung. Noch immerhin 39% der 5 Jahre zuvor in der Soteria Betreuten waren weiter ohne stationäre Wiederaufnahme geblieben, alle anderen waren wenigstens einmal erneut aufgenommen worden, die Mehrzahl, etwa 40 %, zweimal und mehr.

In absoluten Zahlen zeigen sich nach 5 Jahren 109 Wiederaufnahmen, 85 davon ins Klinikum München Ost, von diesen 36 in die Soteria.



Insgesamt 109 Wiederaufnahmen
davon 85 ins KMO
davon 36 in Soteria

Abb. 52: Stationäre Wiederaufnahmen innerhalb von 5 Jahren nach Entlassung aus der Soteria
n=61 Patienten mit 5-Jahres-Katamnese

Die hier ermittelten Wiederaufnahme-Raten werden im Rahmen der Diskussion noch insbesondere im Lichte der in der Literatur vorliegenden Vergleichsdaten für Patienten des schizophrenen Formenkreises außerhalb der Soteria zu bewerten sein.

4.4 Häufigkeiten der stationären Wiederaufnahme und mögliche Prädiktoren

Zuletzt wurde die Frage nach der Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Wiederaufnahme für in der Soteria behandelte Patienten gestellt, verbunden mit der Überlegung, ob sich aus den zur Verfügung stehenden Daten gegebenenfalls Prädiktoren, also Variablen, die als Kenndaten für eine erhöhte Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit identifiziert werden können, ermitteln lassen.

Auf Grund der statistischen Komplexität dieser Fragestellung wurde hierbei die Unterstützung und Mitarbeit des Instituts für Statistik der LMU München in Anspruch genommen (Leitung Prof. Küchenhoff).

Grundlage bei der Bearbeitung der Fragestellung waren die oben dargestellten Katamnese-Daten; zur Ermittlung der Wiederaufnahmeghäufigkeiten und –wahrscheinlichkeiten sowie der in Frage kommenden Prädiktoren wurden entsprechende Variablen selektiert und zwei Rechenmodelle angewendet (Clauß, Gruner, Rankenstrauß, Schüler, 2013).

Dazu wurden zwei Fragen formuliert:

- Wie hoch ist die Chance auf mindestens eine Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres nach der Entlassung aus dem ersten Soteria-Aufenthalt?

Und:

- Wie hoch ist die tägliche Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme?

Dabei bezieht sich die erste Frage auf Patienten, welche die ½- und 1-Jahres-Katamnese bearbeitet hatten, die zweite Frage inkludiert alle, die mindestens einen Fragebogen beantwortet haben, bis zur 5-Jahres-Katamnese.

Als in Frage kommende Variablen für Prädiktoren einer eventuellen Wiederaufnahme wurden zunächst die folgenden Einflussfaktoren ermittelt: Abitur, Alter, Aufenthaltsdauer, berufliche Beschäftigung, Anzahl früherer Aufenthalte, GAF, durchschnittliche Gesprächsdauer geplanter Gespräche mit Betreuern in Minuten pro Tag, Geschlecht, durchschnittliche Gesprächsdauer ungeplanter Gespräche mit Betreuern in Minuten pro Tag, Berufsausbildung, Wohnsituation.

Die weitere Selektion der Variablen zur Verbesserung der Modellgüte erfolgte nach dem Akaike-Informationskriterium AIC.

Zur ersten Frage, der Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres nach Entlassung aus der Soteria, wurde ein logistisches Regressionsmodell gerechnet nach der Formel

$$\pi = h(\eta) = \frac{\exp(\eta)}{1 + \exp(\eta)}$$

π : Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres nach Entlassung.

η : linearer Prädiktor;

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

β_i : Parameter

x : Realisation der Parameter.

exp: Exponent, $\sim 2,7$.

$$\pi/1-\pi = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k)$$

Chance (Wahrscheinlichkeit für Eintritt des Ereignisses/ Wahrscheinlichkeit für Nicht-Eintritt des Ereignisses) : Exponentialfunktion in Abhängigkeit vom linearen Prädiktor

Als Prädiktoren wurden die in Tabelle 2 aufgeführten Parameter ermittelt.

Variablenname	Parameterschätzer β_p	$\exp(\beta_p)$	P-Wert
Intercept	1.0750	2.9300	0.1002
Lehre ja	-1.5668	0.2087	0.0202
Beschäftigt ja	-1.6724	0.1878	0,0133
Wohnsituation Heim	-0.9930	0.3705	0.2940
Wohnsituation betreut	1.9785	7.2319	0.0849

Tab. 2 Schätzer- und P-Wert des logistischen Regressionsmodells.

Legende:

Lehre: Nein: keine bzw. angelernt
 Ja: Lehre, Fach-/Meisterschule oder (Fach-) Hochschule

Beschäftigt: Nein: Hausfrau, arbeitslos, EU/BU-Rente, Altersrente, anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
 Ja: berufstätig Vollzeit/Teilzeit, in Ausbildung/Umschulung, geschützt beschäftigt, Arbeitsversuch

Wohnsituation: Nicht betreut: Privatwohnung, Zimmer, WG
 Heim: Psychiatrisches Heim, Seniorenheim, Pflegeheim, sonst. Heim

betreut: Einzelbetreutes Wohnen, Therapeutische
WG.

Es zeigt sich, dass in diesem Modell

- eine abgeschlossene Berufsausbildung
- ein vorhandenes Beschäftigungsverhältnis

die Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Wiederaufnahme senken.

Zur zweiten Frage nach der täglichen Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme wurde ein Poisson- bzw. negatives Binomialmodell angewendet.

Hier wurde die Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte pro Zeiteinheit gezählt und für jeden Patienten verglichen.

Die verwendete Funktion bei diesem Modell lautet:

$$\frac{\lambda}{\log(\text{exposure})} = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k)$$

λ : Zahl der Aufenthalte (Rate)

exposure: Mass, wie lange ein Individuum der Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Ereignisses ausgesetzt ist.

Hier ergeben sich als Prädiktoren für eine erneute stationäre Aufnahme höheres Alter, höheres Funktionsniveau (GAF) und, je nach Modell, betreute Wohnformen, die mit geringerer Wahrscheinlichkeit für die stationäre Wiederaufnahme verbunden waren.

Tabelle 3 fasst die rechnerischen Ergebnisse und die ermittelten Prädiktoren nach dem Poisson- und Negativen Binomialmodell zusammen.

Variablenname	Parameterschätzer $\beta_p(P)$	Parameterschätzer $\beta_p(Nb)$	Exp (β_p) (P)	Exp (β_p) (Nb)	P- Wert (P)	P- Wert (Nb)
Intercept	-4.5154	-4.3122	0.0109	0.0134	0	0
Alter	-0.0446	-0.0532	0.9564	0.9482	0.0015	0.0019
GAF	-0.0248	0.0230	0.9755	0.9773	0.0383	0.6706
Wohnsituation Heim	-0.2075	-0.2282	0.8126	0.7960	0.6586	0.0111
Wohnsituation betreut	0.8767	0.9945	2.4030	2.7034	0.0039	0.0853

Tab. 3: Schätzer- und P-Werte des Poissonmodells (P) und des Negativen Binomialmodells (NB).

5. Diskussion

5.1 Soziodemographische Daten

Die Geschlechtsverteilung ist mit 46,6 % männlichen und 53,4 % weiblichen Patienten, die im Untersuchungszeitraum in der Soteria München behandelt wurden, nahezu ausgeglichen und liegt damit im Erwartbaren, wonach Männer und Frauen epidemiologisch gleich häufig betroffen sind (Möller, Laux, Kapfhammer, 2008).

Das Durchschnittsalter lag für weibliche Patienten mit 31,58 Jahren geringfügig höher als für männliche mit 28,39 Jahren.

Bekannt ist ein für das männliche Geschlecht früheres Prädilektionsalter für den typischen Erkrankungsbeginn, in der vorliegenden Studie wurden jedoch nicht nur Ersterkrankte betrachtet, die Altersspanne der behandelten Patienten reicht zudem bis über 60 Jahre.

Einmal mehr wird deutlich, dass es sich bei der Soteria München um eine Einrichtung in einem psychiatrischen Großklinikum handelt, mit definiertem Versorgungsauftrag, anders als in Moshers eingangs zitiertem Paradigma einer Behandlungsmöglichkeit für junge Ersterkrankte, möglichst ohne psychiatrische Vorbehandlung. Dennoch zeigt sich, dass auch unter solchen Bedingungen immerhin fast 60 % (57,9 %) der Behandelten maximal 30 Jahre alt waren.

Bekannt sind aus der Epidemiologieforschung der Schizophrenie Brüche in Schullaufbahn und Karriere, die heute oft als durch den Krankheitsverlauf bedingt beschrieben werden (Möller et al., 2008). Möller und Co-Autoren stellen in dem zitierten Lehrbuch der Psychiatrie bereits Prädiktoren für den Krankheitsverlauf heraus. Betrachtet man dort die Rubrik der sozialen Faktoren, wird „prämorbid soziale Anpassung“ (Möller et al., 2008, S.283) als prognostisch günstig erwähnt. Die soziodemographischen Untersuchungen unserer Studie zeigen, dass 45,6 % der Behandelten über ein abgeschlossenes Abitur, 24,4 % über eine mittlere Reife verfügen, damit 70 % der Behandelten einen höher qualifizierten Schulabschluss vorweisen können; ein immerhin interessantes Ergebnis, gemessen an amerikanischen und europäischen Untersuchungen zum Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit, die der unteren Sozialschicht ein 3fach er-

höhtes Risiko für den Ausbruch schizophrener Störungen zuweisen (Möller et al., 2008).

Ein wesentlich anderes Ergebnis zeigt sich, wenn man die post-schulische Ausbildung bzw. die Berufsabschlüsse betrachtet. 47,5 % der behandelten Patienten hatten keinen Berufsabschluss, lediglich 22,4 % verfügten über einen höher qualifizierten Abschluss (Hochschule, Fach- oder Meisterschule). Dies ließe bei der behandelten Gruppe von 451 Patienten auf einen „Karriere-Bruch“ zwischen Schule und Berufsausbildung schließen bzw. zu irgendeinem Zeitpunkt auf diesem Weg – entsprechend den oben genannten Daten und Erkenntnissen zum Krankheitsbeginn.

Bei Untersuchung der Wohnsituation der Patienten im Vergleich des Status vor und nach der Erstbehandlung in der Soteria zeigt sich, obwohl auch nach der stationären Behandlung noch etwa 2/3 (68,1 %) in privaten Wohnformen leben, eine deutliche Verschiebung hin zu betreuten Wohnformen im Sinne von Heimen, therapeutischen Wohngruppen, Übergangwohnheimen etc.

Zusammengefasst leben nach der Entlassung aus der Soteria-Erstbehandlung 21,7 % der Betroffenen in einer irgendwie betreuten Wohnform; dies mag man als Ergebnis der sozialpsychiatrischen Identität der Soteria werten.

Obdachlosigkeit – ohnehin selten bei der untersuchten Gruppe – kommt nach Entlassung praktisch nicht mehr vor.

Insgesamt zeigt sich, gemessen an den ursprünglichen Anforderungen Moshers, ein Trend zu weniger Voraussetzungen und Idealbedingungen für eine Soteria-Behandlung hin zu mehr Integration in die Normalversorgung.

5.2 Krankheit und Verlauf

5.2.1 Diagnosen

Soteria hat sich zum Ziel gesetzt, eine integrierte Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit schizophrenen Psychosen anzubieten – und auch nichts anderes, wie Ciompi und Hoffmann in einem Beitrag über Kriterien und Auftrag der Soteria ausführen (Ciompi et al., 2005).

Die Analyse der in der Soteria München im Untersuchungszeitraum erhobenen Diagnosen zeigt, dass bei 95,9 % der Behandelten bei Entlassung aus der stationären/teilstationären Behandlung eine Diagnose aus dem F2-Spektrum gestellt wurde.

Soteria handelt hier also weitgehend

- gemäß eigenem Auftrag und Anspruch
- behandelt jedoch nicht nur Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ (60,8 % bei Entlassung), sondern des gesamten schizophrenen Spektrums.

Für 58 von 440 Patienten wurde bei der Entlassung eine Zweitdiagnose gestellt, dabei überwiegen

5.2.1.1 Suchterkrankungen mit 37,9 %;

dies mag wenig überraschend erscheinen, da Suchtmittel in der Schizophrenieforschung immer wieder einerseits als Selbst-Therapie-Versuch, andererseits auch als Mit-Auslöser schizophrener Psychosen beschrieben wurden.

5.2.1.2 und Persönlichkeitsstörungen mit 27,5%;

obwohl die Systematik der ICD 10 die parallele Diagnose erlaubt, sei dabei auch auf differentialdiagnostische Probleme hingewiesen, insbesondere zu schizoiden Persönlichkeitsstörungen, emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen) und paranoiden Persönlichkeitsstörungen (Möller et al., 2008).

5.2.2 Wege der Aufnahme und Entlassung

Es zeigt sich, dass $\frac{3}{4}$ der Patienten als Zuverlegung aus anderen Stationen auf die Soteria gelangen.

Hier im Besonderen wird noch einmal die Entwicklung in Selbstverständnis und Funktion der Soteria deutlich, ihre inzwischen erfolgte Integration in den Versorgungsauftrag des Klinikbetriebs. Es sei zum Vergleich noch einmal an die eingangs ausführlich dargestellten Paradigmen der 70er Jahre bzw. an die damals teilweise auch erzwungene Ausgrenzung und Sonderstellung der Soteria erinnert.

Bei Entlassung werden umgekehrt 11.3 % der in die Soteria aufgenommenen Patienten auf andere Stationen der Klinik verlegt bzw. zurück-verlegt (z.B. bei ungeeigneter Diagnose, wegen Suizidalität oder fremdaggressiven Verhaltens o.ä.).

Der größte Teile wird jedoch ambulanter Weiterbehandlung bzw. Nachsorge zugeführt (etwa $\frac{2}{3}$), jeweils 10 % der Patienten erhalten zunächst ein teilstationäres Weiterbehandlungsangebot, entweder unter Soteria-Bedingungen oder in anderen Tageskliniken.

Auffallend ist, dass die direkte ambulante Nachsorge bei direkt aufgenommenen Patienten in $\frac{3}{4}$ der Fälle möglich wird, bei zuverlegten und damit auf anderen Stationen vorbehandelten Patienten nur in weniger als $\frac{2}{3}$ der Fälle; darüber hinaus kommt es bei dieser Gruppe auch zu mehr (Rück-)Verlegungen.

Über die Ursache dieser Unterschiede kann hier nur spekuliert werden: Eventuell werden bei der Übernahme vorbehandelter Patienten mehr „Kompromisse“ eingegangen bzw. solche Patienten sind weniger „Soteria-kompatibel selektioniert“.

5.2.3 Aufenthaltsdauer

Die lange stationäre Verweildauer hat bei Diskussionen um die Soteria wie gerade auch bei ihrer Implementierung immer wieder für Angriffsfläche gesorgt. Wie anhand der Erfahrungen der Soteria Bern deutlich wurde, hat auch Ciompi als Europa-Pionier der Soteria immer wieder darauf hingewiesen.

Anhand der Daten der Soteria München konnte gezeigt werden, dass zwischen 2003 und 2011 die durchschnittliche Verweildauer in der Soteria nur rund 5 Tage (63,2 Tage) über derjenigen auf anderen Stationen des Klinikums München Ost lag (58,4 Tage), betrachtet für Erkrankungen des schizophrenen Spektrums – bezüglich des Medians mit leicht steigender Tendenz. Die gesamte durchschnittliche stationäre Verweildauer liegt demgegenüber lediglich bei 23 Tagen (für alle Diagnosen). Offensichtlich bedürfen gerade solch schwerkranke Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis einer gewissen Behandlungszeit, dies scheint nicht nur eine Funktion des Soteria-Konzepts zu sein.

Ziehen wir an der Stelle noch einmal den Vergleich: Soteria Kalifornien gab als Verweildauer 1978 166 Tage an, Ciompi in Bern zunächst 6 Monate, später 54 Tage, 2006 werden noch 44 Tage im Durchschnitt ermittelt.

Die tagklinischen Verweildaten im Klinikum München Ost zeigten ebenfalls wenige Tage Abweichung zu tagklinischen Behandlungen auf Nicht-Soteria-Stationen (35 Tage : 30 Tagen).

Überdurchschnittliche Verweildauern sind ansonsten nicht unbedingt ein Alleinstellungsmerkmal für Schizophrenie-Betroffene. So beträgt, konzeptbedingt, etwa auf einer Fachstation für Borderline-Patienten die Verweildauer über 80 Tage (Basisdokumentation im Klinikum München Ost).

5.2.4 Voraufenthalte

Auch bei dieser Auswertung zeigt sich, dass Soteria das ursprüngliche Paradigma, sich vor allem an junge Ersterkrankte ohne stationäre Vorerfahrung zu wenden, verlassen hat und eher die Versorgungsrealität einer psychiatrischen Großklinik abbildet. So wurden in der Soteria München in den meisten Jahren zwischen 2003 und 2011 lediglich zwischen 20 und 30 % der Patienten erstmals stationär behandelt; nur in 2006 lag deren Anteil einmalig bei >50 %. Demgegenüber überwiegen gerade in den letzten Jahren des Betrachtungszeitraums die Patienten mit mehrfachen Vorbehandlungen, in den Jahren 2010+2011 jeweils über 60 % mit mehr als einem Voraufenthalt.

5.2.5 Schweregrad der Erkrankung bei Aufnahme und Entlassung

Die Krankheitsschwere wurde nach den international üblichen Kategorien CGI (Clinical Global Impression), GAF (Global Assessment of Functioning) sowie der Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) bewertet.

Beim CGI fielen die meisten Patienten in die Kategorie „deutlich krank“ (>50%) bei Aufnahme, >30 % (31,5 %) sogar in die Kategorie „schwer krank“; ca. 85 % der aufgenommenen Patienten wurden also mit erheblicher Symptomatik aufgenommen, unter Berücksichtigung einiger für die Soteria geltender Ausschlusskriterien (Suizidalität, Fremdaggression, bestimmte somatische Erkrankungen, schwere Suchterkrankungen, hirnorganische Psychosyndrome).

Bis zum Entlassungszeitpunkt zeigen ca. 85 % der Behandelten eine Kategoriestufe Besserung ihrer Symptomatik, 6,7 % zeigen keine Veränderung im CGI, 7,3 % werden schlechter bewertet.

Auch in der Einschätzung des Funktionsniveaus im GAF liegen >75 % der aufgenommenen Patienten in den Kategorien 21-30 und 31-40, somit auch hier in Kategorien für erhebliche Beeinträchtigung.

Insbesondere konnte gezeigt werden, dass sowohl hinsichtlich der Krankheitsschwere wie auch der Funktionsbeeinträchtigung auf der Soteria vergleichbar schwer kranke

Patienten behandelt werden wie auf den übrigen Fachstationen des Gesamtklinikums für das Krankheitsspektrum der F2-Diagnosen.

In der zur Einschätzung schizophrener Symptome entwickelten PANSS-Skala zeigte sich bei Aufnahme ein mittlerer Wert von 93,4; zum Vergleich: Der von Stanley Kaz bei der Publikation der Skala angegebene mittlere Score (1987) betrug ca. 77. Bei Entlassung verbessert sich der mittlere Punktwert auf 74,2.

Die Methode der Soteria zeigt sich, gemessen an diesen Ergebnissen, offensichtlich als wirksam; die Werte für CGI und GAF liegen eng bei den Vergleichswerten der übrigen Stationen im Klinikum München Ost, die eine vergleichbare Klientel versorgen; für PANSS-Werte liegen keine Vergleichsdaten vor, da diese lediglich in der Begleitforschung der Soteria regelmäßig erhoben wurden.

5.2.6 Medikation

Medikamente, hier insbesondere Antipsychotika, sind ohne Zweifel das Terrain, auf dem sich die Soteria immer wieder an den eigenen Ansprüchen messen lassen muss und kritisch beobachtet wird.

In einem Jubiläumsvortrag, gehalten am 08.11.2013 aus Anlass des 10jährigen Bestehens der Soteria München, zitierte Holger Hoffmann, Professor für Psychiatrie an den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern, Klinikum Waldau, aktueller Leiter der Soteria Bern, deren Gründer Luc Ciompi mit den Worten: „Soteria wirkt wie ein Neuroleptikum, aber ohne die neuroleptikaspezifischen Nebenwirkungen“ – und begründet dies mit den bisherigen Studienergebnissen.

Loren Mosher nannte, vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen und Erkenntnisse in den USA in den 70er und 80er Jahren, „5 Gründe“ gegen den unkritischen oder automatischen Gebrauch von Neuroleptika:

- die Trennung der Betroffenen von ihren Erfahrungen
- die schweren Nebenwirkungen von Neuroleptika
- die Gabe dieser Medikamente in einer Situation des Ausgeliefertseins der Betroffenen gegenüber ihren Behandlern

- weil er die Medikamente als Beitrag zum „biologistischen Zeitgeist“ sieht, der Krankheit als Defekt anstatt als Ausdruck von Entwicklung sieht.
- weil die Medikamente ein „vereinfachendes, reduktionistisches Denken“ auch beim Behandler fördern, etwa die Dopamin-Mangel-Hypothese (Mosher, Burti, 1994, S.74f).

Er nennt insbesondere für die schizophrenen Patienten das „Dogma“, diese „so unbedingt an Neuroleptika zu binden“, als Funktion des Wunsches ihrer Behandler, sie „in gehörigem Abstand zu halten“ (Burti, Mosher, 1994, S.76f).

Dennoch sieht auch Mosher durchaus die Indikation für Medikamente in der Schizophrenie-Behandlung. Jedoch fordert er zunächst ein Beziehungsangebot, die Analyse und gegebenenfalls Veränderung von Belastungsfaktoren und schließlich Medikamente am ehesten dort, wo all dies kaum umsetzbar ist.

Mit dem folgenden Zitat wird diese Haltung eindrücklich beschrieben:

„Das Problem ist, dass Tabletten so leicht zu verabreichen sind, während psychosoziale Interventionen, die sich auf bestehende Schwierigkeiten beziehen, wesentlich teurer, komplizierter und schwieriger sind. Wäre der Patient aber ein uns nahestehender Mensch, ein Verwandter, ein Freund, würden wir auf jeden Fall die psychosoziale Intervention vorziehen, vor allem in Kenntnis der Toxizität der Medikamente“ (Burti, Mosher, 1994, S.87).

Mit Toxizität meint Mosher fast durchgehend die Spät-Dyskinesien – ein Argument, das sich aus Sicht mehrerer Jahrzehnte später – und mehrerer Medikamentengenerationen später – heute gegebenenfalls verändert darstellt.

Wie bereits erwähnt, wird eine medikamentenfreie Behandlung in der Soteria München durchaus angeboten. Voraussetzung ist jedoch, dass der Patient nicht bereits vorbehandelt ist und dass der Krankheitsverlauf dies erlaubt.

Die vorliegenden Daten haben jedoch gezeigt, dass dies in der Versorgungsrealität eher die Ausnahme ist: So sind – nicht vorbehandelte – Ersterkrankte über die Jahre seit Gründung der Soteria München eine Minderheit, auch gelangen 75 % der Behandelten als Zuverlegung auf die Soteria (s.o.) – und sind dabei ebenfalls nicht unbedingt medikamentenfrei.

Ziel der Behandlung in der Soteria bleibt jedoch:

- die möglichst niedrige Dosierung
- wo möglich, antipsychotische Monotherapie..

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, lediglich 8,7 % der aufgenommenen Patienten waren am ersten Behandlungstag in der Soteria noch nie mit Antipsychotika vorbehandelt.

Im Behandlungsverlauf auf der Soteria kann der Anteil der nicht mit Antipsychotika behandelten und regulär entlassenen Patienten von 8,7 % auf 10,3 % gesteigert werden; insbesondere werden knapp 4/5 (regulär) unter antipsychotischer Monotherapie entlassen (78,9 %), demgegenüber kann die Zahl der mit einer Kombinations-Therapie aus 2 Antipsychotika Behandelten auf knapp 11 % (10,9 %) reduziert werden. Kombinationen mit mehr als 2 Antipsychotika kamen bei regulärer Entlassung praktisch nicht mehr vor, waren jedoch bereits im Verlauf selten.

Dem selbst gesetzten Ziel der weitgehenden (antipsychotischen) Monotherapie kommt die Soteria hier offensichtlich nahe.

Moshers Publikationen stammen zum großen Teil aus einer Zeit, da der Begriff Neuroleptika meist gleichbedeutend war mit Medikamenten der 1. Generation – darauf bezieht sich in der Regel auch seine Kritik. In der vorliegenden Studie wurde auch untersucht, welche Subgruppen von Antipsychotika in der Soteria München von 2003-2011 hauptsächlich zum Einsatz kamen.

Dabei erhielten 85,9 % Präparate der neueren Generation (76,8% in Monotherapie), gegenüber nur 4 %, die mit Antipsychotika der ersten Generation behandelt wurden, wiederum etwas mehr als die Hälfte in Monotherapie (2,1 %).

Der weitere Selbstanspruch der Soteria, antipsychotisch wirksame Medikamente in möglichst niedriger Dosierung zu verwenden, wurde differenziert betrachtet, je nachdem, ob

- Ersterkrankte oder
- Patienten mit mehrfachen Krankheitsepisoden untersucht wurden

Von den Ersterkrankten konnte ein größerer Anteil ohne antipsychotische Medikation entlassen werden (21,8 %), praktisch alle mit Antipsychotika behandelten Ersterkrank-

ten erhielten lediglich 1 Präparat, nur ein Patient eine Kombination aus 2 Antipsychotika.

1/3 dieser Gruppe erhielt eine niedrige (33,1 %), 1/4 eine mittlere (25,0 %) und knapp 1/5 eine hohe Dosierung nach den Kriterien der DGPPN (s. Anhang).

Der einzige Ersterkrankte, der eine Kombination erhalten hatte, erhielt diese in niedriger Dosis mit zwei Präparaten der neueren Generation.

Bei der wesentlich größeren Gruppe der Mehrfach-Behandelten (>3mal so viele Betroffene, 124:401 Fälle) wurde eine antipsychotika-freie Behandlung lediglich in 6,7 % der Fälle erreicht. Bei immerhin knapp 4/5 (79,2 %) war die Antipsychotika-Therapie auch hier als Mono-Therapie möglich, 14 % erhielten in dieser Gruppe eine Kombination.

Die Mehrzahl der Fälle konnte auch bei den in Monotherapie behandelten Mehrfach-Erkrankten im niedrigen (44,9 %) oder mittleren (21,9 %) Dosisbereich behandelt werden. Von den 14 %, welche eine Kombinationstherapie erhielten, wurde lediglich 1/4 mit einem Antipsychotikum der 1. Generation (mit-)behandelt, auch hier überwiegend im niedrigen oder mittleren Dosisbereich.

Neben einer antipsychotischen Monotherapie wird also auch das Ziel einer Therapie im möglichst niedrigen Dosisbereich für eine deutliche Mehrheit der Behandelten erreicht, insbesondere bei Ersterkrankten; diese Gruppe verlässt die Soteria sogar in fast 22 % der Fälle ohne antipsychotische Medikation.

21 % der Behandlungsfälle erhalten außer Antipsychotika noch weitere Medikamente. Dies betraf in über der Hälfte der Fälle, die solche Medikamente erhielten, Antidepressiva, seltener MoodStabilizer und – sehr selten – Benzodiazepine (1,9 %) bzw. deren Kombinationen.

5.2.7 Psychosebegleitung

Mit der Psychosebegleitung, die im Soteria-spezifischen Wortsinn eingangs ausführlich erläutert wurde, wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Alleinstellungsmerkmal untersucht, mit dem die Soteria dem Akut-Stadium des Psychose-Erlebens begegnet. Es stellt gewissermaßen einen Gegenentwurf zur sofortigen Symptombeseitigung, etwa durch Medikation, in Form von anteilnehmendem Mit-Erleben dar, ein „zulassendes“ Beziehungsangebot an den Betroffenen. Dafür steht dem Psychose-Betroffenen eine „eigene“ Bezugsperson zur Verfügung, wenn nötig, in einem „eigenen“ Raum (weiches Zimmer).

Dieser erwartbar große zeitliche und personelle Aufwand wurde an Hand von 500 Fällen im Zeitraum vom 01.05.2004-31.12.2010 untersucht.

Auf die 1:1 Psychosebegleitung entfielen dabei knapp 2 Stunden/Tag/Patient (109,4 min); dies bedeutet, dass die jeweilige Bezugsperson in dieser Zeit praktisch nur dem betroffenen Patienten zur Verfügung steht. 85 % der dokumentierten Gesprächskontakte entfallen auf diesen Abschnitt der Therapie; zusammen mit geplanten und ungeplanten Gesprächen ergibt sich eine Kontakt-Zeit von 128,4 min/Tag.

Der hohe Zeit- und Personalaufwand, der sich an diesen Zahlen abbildet, war unter den Bedingungen der Finanzierung durch die Krankenversicherungsträger nur durch ein Sonderbudget leistbar.

Für den Zeitraum vom 01.05.2004-31.12.2005 liegen noch differenziertere Daten vor. Hier wurde die Psychosebegleitung zusätzlich getrennt nach 1:1-Begleitung und erhöhter Achtsamkeit erfasst, für insgesamt 103 Fälle in diesem Zeitraum.

Wie im Kapitel Ergebnisse dargestellt, nahm in dieser Zeit knapp die Hälfte der Behandlungsfälle (42,7 %) eine Form der Psychosebegleitung in Anspruch. Die durchschnittliche Dauer der Psychosebegleitung betrug dabei 7 Tage, an denen 16,1 Std./Tag Psychosebegleitung geleistet wurde – jedoch nur 14,1 % in Form der 1:1-Begleitung. Während der Psychosebegleitung wurde immerhin von etwa der Hälfte der betroffenen Patienten auch das „weiche Zimmer“ genutzt.

Die in diesen 20 Monaten durch die Mitarbeiter der Soteria geleisteten ca. 5000 Stunden an Arbeit in der Psychosebegleitung mögen den personellen, zeitlichen und er-

wartbar emotionalen Aufwand dieser Soteria-spezifischen Art der Begleitung nochmals deutlich illustrieren und Moshers oben zitierte Ansicht, nach der die Applikation von Tabletten leicht erscheint im Vergleich zu „psychosozialen Interventionen“, die „teurer, komplizierter und schwieriger“ seien (Mosher, Burti, 1994, S.87), im Lichte der hier vorgenommenen Untersuchung erwägen lassen.

5.3 Katamneseuntersuchungen

5.3.1 Beurteilung der Behandlung bei Entlassung aus stationärer/teilstationärer Behandlung in der Soteria

Von den 310 hierfür auswertbaren Behandlungsfällen hatten insgesamt 84 % die Gesamtbehandlung mit „zufrieden“ oder „eher zufrieden“ bewertet.

Bezogen auf einzelne Aspekte der Behandlung wählten insbesondere fast 90 % die Kategorien „zufrieden/eher zufrieden“ bei der Frage nach der „Wertschätzung durch die Mitarbeiter“ (88,4 %), >80 % auch bei der Frage nach der persönlichen Einbindung in die Behandlung.

Bei der Frage nach Einbindung von Angehörigen oder Bekannten in die Therapie fällt auf, dass rund ¼ sich für die Kategorie „trifft nicht zu“ entschieden. Offenbar ist dieser selbstgesetzte sozialpsychiatrische Anspruch auch unter Bedingungen der Soteria oft nicht umsetzbar; einmal mehr kann über konkrete Hintergründe nur gemutmaßt werden, ob

- dies seitens der Behandler nicht ausreichend beachtet wurde?
- der Kontakt von Patienten- oder Angehörigenseite abgelehnt wurde?
- kein entsprechendes soziales Netz vorhanden ist?

Durchwegs über 80 % bewerten diejenigen Behandlungselemente, die das Soteria-Konzept als psychosoziale Methode besonders kennzeichnen, bei Entlassung mit der Kategorie „hat geholfen“ oder „hat etwas geholfen“, wobei vor allem die Anteile, die mit Gesprächsangeboten und der besonderen Atmosphäre der Soteria-Station in Zusammenhang stehen, besonders positiv bewertet wurden.

Auch die Entlass-Vorbereitung wird von >80 % mit der Kategorie „sehr gut“/ „gut“ bewertet.

Schließlich die 1:1 Psychosebegleitung als eines der kennzeichnendsten Soteria-Elemente, die, wie oben dargestellt, nur von etwa der Hälfte der Patienten in Anspruch genommen wird, erfährt in diesem Fall weit überwiegend die Bewertung „hat geholfen“ oder seltener, „hat etwas geholfen“; ebenso das weiche Zimmer, welches seinerseits nur von einem Teil der Betroffenen genutzt wird.

Die insgesamt positivste Einzelbewertung erfahren die Gespräche mit der zuständigen Bezugsperson mit 95,5 % aus den Kategorien „hat geholfen“ (74,5 %) und „hat etwas geholfen“ (21,0 %).

Das konkrete, an ein persönliches Gegenüber gebundene Beziehungsangebot scheint in der Psychose als äußerst hilfreich erlebt zu werden.

5.3.2 Bewertungen zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten

Zum Zeitpunkt des Abschlusses der für diese Studie verwendeten Datenerhebung bestand die Soteria München bereits seit 8 Jahren; die Begleitforschung war seit Beginn 2003 implementiert, im Lauf der Jahre zu Katamnese-Zwecken mit erweiterten Elementen, so dass die hier zugrundeliegende Anzahl an Katamnese-Daten zustande kam, die auch erstmals in der Soteria-Forschung einen Katamnese-Zeitraum über 5 Jahre darzustellen erlaubt.

Erneut wurde zunächst eine Gesamtbeurteilung der Soteria-Behandlung an 4 Katamnese-Zeitpunkten vom Entlass-Zeitpunkt bis 2 Jahre danach erhoben. >80 % der Befragten entschieden sich hier für die Behandlungs-Bewertung „hat geholfen“/ „hat sehr geholfen“, der größte Anteil, ca. 50 %, sogar für „hat sehr geholfen“. Rechnet man noch die Kategorie „hat etwas geholfen“ dazu, ergibt sich ein Anteil von 90 % und darüber, der zu den Katamnese-Zeitpunkten bis 2 Jahre die Behandlung als hilfreich bewertet.

Kritisch ist zu bemerken, dass hier nur diejenigen Katamnesen bewertet wurden, die zu allen Zeitpunkten vorlagen, der unmittelbaren Vergleichbarkeit wegen, somit nur n=73 Fälle zu Auswertung kamen; auch scheinen kritische Stimmen mit zunehmendem Abstand zur Soteria-Behandlung etwas an Bedeutung zu gewinnen, wenngleich

die Bewertung „hat nicht geholfen“/ „hat geschadet“ bei lediglich 4,1 % in der Summe nach 2 Jahren liegt.

Auch zu unterschiedlichen Katamnese-Zeitpunkten wurden wieder einzelne Aspekte der Soteria-Behandlung betrachtet und zur Bewertung gestellt.

Bei der Frage nach der (gewonnenen) Einstellung zur (psychiatrischen) Erkrankung wird die Soteria-Behandlung durchweg von rund 90 % mit den Kategorien „hat geholfen“ und „hat etwas geholfen“ beschrieben, von >60 % allein in der Kategorie „hat geholfen“ - ein im Sinne der Soteria insofern sehr erfreuliches Ergebnis dar, als hier ja durch eine begleitende und sozial integrierende Methode ein

- akzeptierendes

- in die persönliche Geschichte integrierendes

- annehmendes

Krankheitsverständnis vermittelt werden soll.

Für diese ersten beiden katamnestischen Fragestellungen zeigt der Vergleich mit der 5-Jahres-Katamnese, wenn auch erwartungsgemäß mit geringerer Rücklaufquote der Fragebögen, ein vergleichbares Ergebnis.

Schließlich wurden wieder einzelne Soteria-spezifische Behandlungselemente in Bezug auf die Bewertung durch die Betroffenen zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten untersucht.

Zunächst wurde hier die 1:1 Psychosebegleitung betrachtet über die Katamnese-Zeitpunkte bis 2 Jahre. Wie beim Zeitpunkt der Entlassung zeigt sich erneut die durchweg positive Bewertung der Betroffenen, soweit dieses Element überhaupt in Anspruch genommen wurde (s.o.) – entgegen dem Trend der Gesamtbewertung sogar mit zunehmend positiver Bewertung mit wachsendem Abstand zum stationären Aufenthalt.

Ähnliches gilt erneut für das weiche Zimmer, das, wie dargestellt, nur von einem Teil der 1:1 Betreuten beansprucht wird.

Hier wird also mit sehr hoher Zustimmung gerade der Teil der Behandlung bewertet, in dem die Psychose „akut“ verläuft und das Ziel der Behandlung nicht in erster Linie die Symptom-Beseitigung ist, sondern das begleitende „Durchleben“ der Symptomatik, also ein wesentliches Paradigma im Selbstverständnis der Soteria.

Die Bewertung „hat nicht geholfen“ bewegt sich im Bereich weniger Prozent.

Auch die für das Soteria-Konzept wichtigen milieutherapeutischen Elemente von Teilnahme und Integration konnten an den Beispielen

- Teilnahme an Außenaktivitäten und
- Übernahme von Stationsaufgaben

gut dargestellt werden: Hier soll selbstverständliche Alltagsrealität gelebt und erfahren werden, als mitbestimmendes Mitglied einer Gemeinschaft.

In der katamnesticen Befragung wurde dieser Teil der Therapie bzw. der Realität in der Soteria zu allen Katamnese-Zeitpunkten mit in der Summe >90 % mit „hat geholfen“ oder „hat etwas geholfen“ bewertet – im Falle der Stationsaufgaben mit einer Verschiebung im Katamneseverlauf hin zum eher zurückhaltenden Bewertungskriterium „hat etwas geholfen“.

Insgesamt scheinen also die milieutherapeutischen Elemente im Sinne des besonderen Beziehungsangebots als Bewältigungsstrategie und der besonderen Atmosphäre und Teilhabe bzw. Integration auch rückblickend stabil als hilfreich erlebt zu werden. Schließlich wurde noch nach einer Bewertung der Soteria allgemein (Weiterempfehlung) und einer Einschätzung der Krankheitsbewältigung über die Jahre seit Entlassung im Rahmen der 5-Jahres-Katamnese gefragt.

Während >95 % der Befragten Soteria weiterempfehlen würden (95,1 %) und 77 % angeben, die Selbstakzeptanz als Psychose-Betroffene sei durch die Soteria-Erfahrung verbessert, weitere 72,2 % ein verbessertes Selbstbewusstsein bezüglich der Behandlung bejahen, wird das Bild bei der Frage nach Angst vor weiteren Klinikaufenthalten uneinheitlicher. Für 60,7 % konnte diese Angst mindestens teilweise reduziert werden, 40 % der Betroffenen erleben eine Klinik-Behandlung jedoch auch nach der Soteria-Erfahrung weiterhin angstbesetzt.

Gleichzeitig können mit 31,1 % nur ebenso viele voll zustimmen, dass sich weitere Krisen ohne erneuten Klinikaufenthalt bewältigen lassen, wie dies tendenziell nicht bestätigen (31,1%) – wobei immerhin weitere 27,9 % angeben, dies treffe eher zu.

Trotz grundsätzlich positiver Erfahrungen bei der Behandlung, gewachsenem Selbstbewusstsein bezüglich der Erkrankung, erlebter Mitbestimmung und Teilhabe scheint gerade für Psychose-Betroffene der Faktor Klinik-Behandlung immer wieder zu einem großen Teil angstbehaftet.

5.3.3 Soziodemographische Daten und Ergebnisse zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten

Diese Untersuchung beruht auf denjenigen Daten, die einen Vergleich zwischen der Situation rund um den stationären Aufenthalt (Aufnahme/Entlassung) sowie nach 2 und nach 5 Jahren ermöglichen (n=53).

5.3.3.1 Arbeit und Beschäftigung

Der Anteil der Vollbeschäftigten vor Aufnahme auf die Soteria von 24,5 % der Behandelten wird erst zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese wieder erreicht, der Anteil der Teilzeit-Beschäftigten steigt demgegenüber kontinuierlich von 11,3 % bei Entlassung bis 18,9 % zum Zeitpunkt nach 5 Jahren an.

Damit zeigt sich ein insgesamt recht niedriger Beschäftigten-Anteil, gemessen an der Beschäftigten-Quote für Deutschland (Zahlen der Bundesagentur für Arbeit) in den letzten Jahren von rund 70 % der 15-65jährigen.

Vergleichsdaten liegen aus verschiedenen Untersuchungen ohne Soteria-Kontext vor. So berichtet Professor Albus in einer eigenen 5-Jahres-Katamnese zur Arbeitssituation schizophrener Patienten einen Beschäftigungsanteil von insgesamt 33,8 % (Becker, Bäuml, 2007), hier jedoch nicht unterschieden nach Teil- und Vollzeitbeschäftigung, sondern nach erstem und zweiten Arbeitsmarkt.

Die insgesamt 43,4 % unmittelbar am Erwerbsleben Beteiligten im Ergebnis der Soteria-Katamnese (jeweils ohne Auszubildende) erscheinen demgegenüber eher günstig.

Zum Zeitpunkt der stationären Behandlung befindet sich ein großer Teil auch in Ausbildung (24,5 %), erwartungsgemäß nimmt dieser Anteil im Laufe der Jahre ab, zuletzt bis auf 7,5 % im Moment der 5-Jahres-Katamnese.

Ebenso kontinuierlich steigt der Anteil der Berenteten auf zuletzt 18,9 % 5 Jahre nach der Entlassung; hier dürfte, gemessen an der Altersstruktur der Soteria-Patienten, ein hoher Anteil an Erwerbsminderungsrenten vorliegen

Auffällige Ergebnisse sind hier zusammenfassend

- ein relativ hoher Berentungsanteil, vor allem zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese

- ein Erwerbsanteil, der, auch wenn man die Fraktionen Ausbildung, Vollzeit- und Teilzeit-Tätigkeit zusammenfasst, sich zwischen 40 und 50 % der betrachteten Kohorten bewegt.

Dies zeigt, dass es sich bei den Erkrankungen des schizophrenen Spektrums auch weiterhin um sehr beeinträchtigende Erkrankungen für die Betroffenen handelt, mit allen Konsequenzen für die Integration.

5.3.3.2 Wohnsituation

Vor Aufnahme in die Soteria lebten über 90 % in privaten Wohnformen, dieser Anteil sinkt bei Entlassung aus der stationären/teilstationären Behandlungsphase auf <80 % (79,2 %) zugunsten allgemein betreuter Wohnformen (20,8 %).

Ein Höhepunkt im Anteil betreut Lebender wird zum Zeitpunkt der 2-Jahres-Katamnese erreicht (28,3 %), um 5 Jahre nach dem betrachteten stationären Aufenthalt erneut auf 17 % abzusinken, vor allem zugunsten privater Wohnformen (81,1 %).

Offenbar wird vor allem in den ersten Jahren der (Nach)Behandlung bzw. der post-stationären Phase ein besonders hoher Bedarf an Betreuung, entweder durch die Betroffenen selbst oder das betreuende Umfeld, gesehen.

5.3.3.3 Lebenssituation

Hier bietet sich erneut die Möglichkeit zum Vergleich der Situation bei Aufnahme und Entlassung in die bzw. aus der Soteria. Am deutlichsten verändern sich die Anteile der Allein-Lebenden (weniger stark der mit Eltern und Geschwistern lebenden) hin zu institutionellem Wohnen.

Im weiteren Katamnese-Verlauf nimmt der Anteil der Allein-Lebenden jedoch kontinuierlich zu, von 26,4 % bei Entlassung bis auf 43,4 % nach 5 Jahren, wobei vor allem der Anteil der familien-gebunden Lebenden (bei Eltern/Geschwistern) von 28,3 % auf 9,4 % abnimmt, bei gleichbleibendem Anteil der in Institutionen Wohnenden. Der Anteil der in selbstgegründeten Fami-

lien oder Partnerschaft Lebenden steigt hingegen vom Entlass-Zeitpunkt bis zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese nur gering von 24,5 % auf 28,3 %.

Auch hier liegen Vergleichsdaten vor aus der Untersuchung von Professor Albus aus schizophrenen Verläufen, von nicht auf Soteria-Stationen Behandelten (Becker, Bäuml, 2007). So ergab sich hier ein Anteil von noch 22,5 %, die weiterhin mit Eltern oder sonstigen Angehörigen nach 5jährigem Verlauf lebten, gegenüber lediglich 12,7 % in Partnerschaften. Der Anteil der in Institutionen lebenden wurde in der Studie nicht ermittelt.

In aller gebotenen Vorsicht der Interpretation mag man auch hier einen Hinweis auf die grundsätzliche Schwierigkeit der Integration, in dem Fall der sozialen, für die Betroffenen finden.

5.3.4 Ambulante Weiterbehandlung und Medikation nach Entlassung

Die – möglichst kontinuierliche – Nachsorge gehört zu den wesentlichen Anliegen der Soteria, deren Planung, wie eingangs beschrieben, Teil der stationären Behandlung ist. Wenn man mindestens 2-3 Kontakte pro 6 bzw. 12 Monaten als „kontinuierliche Behandlung“ ansieht und niedergelassene Psychiater bzw. Nervenärzte sowie psychiatrische Institutsambulanzen als fachärztliche Nachsorge zusammenfasst, so befinden sich nach ½ Jahr 79,5 %

nach 1 Jahr 75,1 %

nach 2 Jahren 89,9 %

nach 5 Jahren 75,5 %

der Betroffenen regelmäßig in fachärztlicher Behandlung. Dies würde eine erfreuliche Kontinuität bedeuten, sichtbar wird jedoch auch die deutlich sinkende Kontaktfrequenz, v.a. in der 5-Jahres-Katamnese; nicht klärbar ist aus der Datenlage, ob dies gegebenenfalls auch der gegebenen Indikation entspricht bzw. zwischen Patient und Behandler so vereinbart ist.

Bei gleichen Einschlusskriterien zeigt sich auch eine – erstaunlich hohe – Quote an psychotherapeutischer Versorgung, die ja ansonsten gerade bei Psychose-Erkrankten nicht etwa selbstverständlich ist. So waren

nach ½ Jahr 45,1 %

nach 1 Jahr 47,4 %

nach 2 Jahren 47,9 %

nach 5 Jahren 11,5 %

der stationär Vorbehandelten in psychotherapeutischem Kontakt; erneut ist auch hier die gesunkene Therapie-Frequenz zu berücksichtigen, die im Fall der 5-Jahres-Katamnese nur noch für 3 % der Fälle bei über 3 Kontakten in 12 Monaten lag.

Zwar ist eine Abnahme der psychotherapeutischen Versorgung im Betrachtungszeitraum einerseits schon auf Grund der in Deutschland gegebenen Vergütungssysteme für eine solche Behandlung erwartbar; andererseits ist hier auf Grund der gegebenen Datenlage eine Aussage über das Erreichen der Therapieziele bzw. eventuell auch Therapieabbrüche als Ursachen des Therapieendes erneut nicht möglich.

Festzuhalten bleibt dennoch der in der Soteria- Nachsorge insgesamt hohe Anteil an psychotherapeutischer Versorgung; gemessen an der Verfügbarkeit solcher Behandlung mag dies zumindest teilweise auch dem in dieser Hinsicht gut versorgten Standort München anzurechnen sein.

Über 20 % sind ½ Jahr nach Entlassung an einen sozialpsychiatrischen Dienst angebunden, nach 5 Jahren lediglich noch ca. 11 %.

Die Frage nach einem Behandlungsabbruch auf Patientenseite bei mindestens einem Behandler beantworten in der 5-Jahres-Katamnese bereits 36 % mit „ja“.

Eines der interessantesten Ergebnisse der katamnestischen Untersuchung ist dasjenige zur Medikation seit der Entlassung (Abb. 64-67).

Durchweg ca. 2/3 der befragten Patienten geben über alle Katamnese-Zeitpunkte an, die Medikamente regelmäßig eingenommen zu haben; von dem rund 1/3, welches die Medikation nach eigenen Angaben abgesetzt hatte, tat dies die weit überwiegende Mehrheit in Absprache mit dem Behandler. Lediglich in der 2-Jahres-Katamnese gaben etwa 10 % an, die Medikation ohne Rücksprache abgesetzt zu haben, sonst liegt dieser Anteil bei 2-4 %.

Zu berücksichtigen ist hier sicher der geringere Rücklauf der Katamnese-Auswertungen mit zunehmendem Abstand zum betreffenden Klinikaufenthalt; zusätzlich sei nochmals, wie bereits in der Auswertung, erwähnt, dass die Angaben lediglich subjektiv sind und nicht durch Medikamentenspiegel überprüft. Dennoch scheint sich hier eine erstaunliche Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme abzubilden. Fasst man die Antwort-Kategorien „abgesetzt nein“ und „ja, in Absprache mit meinem Arzt“ als compliant zusammen, zeigen mehr als 90 % der Soteria-Patienten ein zuverlässiges Einnahme- bzw. Adhärenzverhalten. Dieses Ergebnis ist umso interessanter, bedenkt man die Ursprünge der Soteria und ihre Attribution als oft medikamentenkritische Methode.

Aus der CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness)-Studie ist bekannt, dass ca. 30-40 % der Behandelten ihre Antipsychotika allein aus eigenem Antrieb ohne Rücksprache mit dem Behandler, abgesetzt hatten (Lieberman et al., 2005).

Lencer und Korv von der psychiatrischen Universitätsklinik in München weisen in einem Beitrag zum Adhärenzproblem in der Psychopharmakologie auf die generell niedrigen Adhärenzraten – in Berufung auf Daten der WHO – bei chronischen Erkrankungen von ca. 50 % hin (Lencer, 2015). Im Weiteren verweisen sie auf erhöhte Rückfallraten und Rehospitalisierungen als Folge der mangelnden Adhärenz und erarbeiten das Prinzip der tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Behandler sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung durch Verständnis und Transparenz zur Verbesserung der Adhärenz und damit des Krankheitsverlaufs. Dieser Zusammenhang führt hier unmittelbar zum nächsten Betrachtungspunkt stationärer Wiederaufnahmen.

5.3.5 Wiederaufnahme – Daten und Wahrscheinlichkeit

5.3.5.1 Daten der Katamnese-Untersuchung und der Patientenverwaltung des Klinikums München Ost

Im Vergleich der Wiederaufnahmeraten nach 1 Jahr, 2 Jahren und 5 Jahren nach Entlassung aus der Soteria zeigt sich, kaum überraschend, eine Zunahme der Wiederaufnahmehäufigkeit über den Katamneseverlauf. So gaben nach 1 Jahr nach Entlassung knapp 1/3 eine oder mehr stationäre Wiederaufnahmen an, nach 2 Jahren war dies bereits beinahe die Hälfte der Patienten, bei wachsendem Anteil von mehrfachen Wiederaufnahmen; nach 5 Jahren waren noch 39,3 % ohne stationäre Wiederaufnahme geblieben, gegenüber bis zu 9 Wiederaufnahmen im Einzelfall.

Zu Rezidiven und Rehospitalisierungen liegen verschiedene Vergleichsuntersuchungen vor. So ermittelte Albus (2007) einen Anteil von lediglich 28,2 %, die nach fünf Jahren ohne Rezidiv geblieben waren, bezogen auf 71 Patienten, die zum Index-Zeitpunkt und fünf Jahre danach die Kriterien nach DSM IV für eine Schizophrenie erfüllen. Shepherd et al. (1989) ermittelten einen rezidiv-freien Anteil von lediglich 22 %.

Bottlunder (2003) berichtet in einer Verlaufsstudie über 15 Jahre einen rehospitalisierungs-freien Anteil an Patienten mit schizophrenen Verläufen von nur 9%.

Hier zeigen sich die in der Soteria erreichten knapp 40 % ohne stationäre Wiederaufnahme nach fünf Jahren als durchaus eindrucksvolles Ergebnis.

Interessant ist in dem Zusammenhang, dass, stabil über alle Katamnese-Zeitpunkte, im Fall der Wiederaufnahme lediglich ca. 1/3 der Betroffenen erneut auf die Soteria-Station aufgenommen wird, obwohl mehr als $\frac{3}{4}$ aller Wiederaufnahmen erneut ins Klinikum München Ost erfolgen (eine Soteria-Station in anderen Kliniken ist, wie eingangs gesehen, in Deutschland eine Rarität)

Die Gründe hierfür müssen zunächst ungeklärt bleiben und wären gegebenenfalls Auftrag an die weitere Soteria-Forschung.

5.3.5.2 Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit – Prädiktoren

Die Frage nach Prädiktoren, die eine Aussage über den weiteren Verlauf schizophrener Erkrankungen erlauben, beschäftigt die Schizophrenie-Forschung seit Jahren.

Ciampi und Müller (1976) hatten bereits die negative prognostische Bedeutung von prämorbidem Persönlichkeitsstörungen sowie schlechter beruflicher Anpassung beschrieben – weit vor Einführung der Soteria durch Ciampi in der Schweiz. Während verschiedene Autoren immer wieder auf den Einfluss der fehlenden sozialen, insbesondere beruflichen, Integration und das Ausmaß der Negativ-Symptome für eine negative Verlaufsprognose hingewiesen haben, verweist Albus mit Mitarbeitern (2007) vor allem auf die Auswirkung der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) (Becker, Bäuml, 2007).

Bei der Frage nach Parametern, die gegebenenfalls auf ein bestimmtes Wiederaufnahme-Risiko schließen lassen, ließen sich aus den in Frage kommenden Variablen, die aus dem hier zugrundeliegenden Datenmaterial der Soteria extrahiert werden konnten, mit den angewandten Rechenmodellen, zusammengefasst, zwei Gruppen von Faktoren ermitteln:

Qualifikation/Beschäftigung

Hier zeigt sich, dass eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie das Vorhandensein einer beruflichen Beschäftigung die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit senken, also Elemente der beruflichen und sozialen Integration, die, wie oben beschrieben, vielen Betroffenen gerade besonders schwer fallen oder verschlossen bleiben.

Alter/Funktionsniveau

Vor allem jüngeres Lebensalter und ein niedriger GAF erhöhen die Wahrscheinlichkeit für stationäre Wiederaufnahmen.

Daneben scheinen, im Abhängigkeit vom angewandten statistischen Modell, bestimmte betreute Wohnformen und die dadurch gegebene Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, die Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit zu senken.

6. Zusammenfassung

Ein erstes Ziel dieser Arbeit, im Vorfeld der katamnesticen Untersuchungen, war der Versuch einer Verortung der Soteria in einem ideen-, vor allem aber psychiatriegeschichtlichen Zusammenhang.

Dazu mussten zunächst einige der Ideenquellen im angelsächsischen Raum, aber auch in der deutschen und (west-)europäischen (Sozial-)Psychiatriegeschichte aufgezeigt werden, um dann Mosher's Begriffsprägung „Soteria“ im Zusammenhang mit konkreten Projekten seit Anfang der 1970er Jahre und seinem Paradigma von und Ansprüchen an eine psychiatrische Behandlung, insbesondere für schizophrene Patienten, darstellen zu können.

Schließlich wurde versucht, mit Blick auf die sogenannte Anti-Psychiatrie-Bewegung² um die Mitte des 20. Jh. – ein Begriff, der hier als Zuschreibung von außen verstanden werden muss – einige Schlaglichter auf die philosophischen, soziologischen und vor allem psychiatrischen Ideen und ihre Autoren zu werfen, die Mosher entweder persönlich oder anhand ihrer Schriften oder Projekte kannte und auf die er sich in seinem eigenen Werk teilweise ausdrücklich berief.

Sodann konnte, mittels einzelner bekannter Projekte, der Weg der Soteria in über 40 Jahren vom Einzelprojekt jenseits der Klinik-Realität und zum Teil in bewusster Abgrenzung bis in die Integration in das Klinik-Konzept einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag für mehrere Millionen Menschen gezeichnet werden.³

Im Rahmen der Analyse klinischer Daten der Soteria am Klinikum München Ost stützt sich die Untersuchung auf 605 Behandlungsfälle bzw. 451 Patienten, die entsprechenden Daten wurden über einen Zeitraum von 2003-2011 erhoben.

² Zur multiplen Verwendbarkeit des Anti-Psychiatrie-Begriffs sei an der Stelle auf einen Vortrag von Prof. Josef Parnas, Kopenhagen, verwiesen, gehalten am 27.12.2012 im Klinikum Rechts der Isar der TU München, im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums zum Thema Philosophie und Psychotherapie. In seinem Vortrag „Zur Bedeutung des Subjekts in der Psychotherapie“ gebrauchte der Autor den Begriff Antipsychiatrie als Attribut gerade der modernen, wissenschaftlichen Psychiatrie, da diese sich in unkritischer Weise und unter teilweiser Preisgabe ihrer Identität an die Bio-Wissenschaften und die Chemie adaptiere.

³ Am Rande sei hier noch erwähnt, dass es weiterhin, nach der teilweisen Integration der Soteria in Kliniken, „antipsychiatrische Projekte“ wie bei Laing und Mosher in den 60er und 70ern gibt, so das sogenannte „Weglauf-Haus“ Villa Stöckle in Berlin, in dem sich vornehmlich Sozialpädagogen, in einem Altbau jenseits jeder Klinik, um psychisch kranke Menschen nach Methode des „being with“ kümmern, darunter auch Schizophrene.

Die soziographischen Erhebungen zeigen bezüglich Alter und Geschlechtsverteilung keine Besonderheiten, die von dem aus der Literatur bekannten abweichen. In der Soteria waren knapp 60 % der Behandelten unter 30 Jahren.

Bezüglich des Ausbildungsstandes der Patienten zeigte sich ein asymmetrisches Bild: So verfügten etwa 70 % der Behandelten über einen höheren Schulabschluss, jedoch nur etwas mehr als ein Fünftel (22,4 %) über einen höheren Berufsabschluss oder einen Hochschulabschluss gegenüber knapp 50 % (47,5 %) ohne berufliche Ausbildung, als möglicher Hinweis auf eine Bruchstelle in den Entwicklungsmöglichkeiten im jungen Erwachsenenalter.

Mit Blick auf die Wohnform der Betroffenen findet sich bei Entlassung aus der Erstbehandlung eine Verschiebung zu betreuten Wohnformen, Entlassung in die Obdachlosigkeit wird praktisch vollständig vermieden.

Die Untersuchungen zu Krankheitsdaten und Verlauf haben gezeigt, dass in der Soteria München, gemäß eigenem Anspruch und Auftrag, weitgehend nur Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophränen Spektrum (95,9 %) behandelt wurden, darunter 60,8 % mit der Diagnose Schizophrenie; wenn Zweit-Diagnosen vorlagen, handelte es sich meist um Erkrankungen aus den Diagnosefeldern Abhängigkeitserkrankungen (37,9 %) und Persönlichkeitsstörungen (27,5%).

75 % der Behandelten kamen durch Zuverlegung aus anderen Stationen auf die Soteria, also ggf. „vorbehandelt“, lediglich $\frac{1}{4}$ als Direktaufnahme; hier wurde eine deutliche Veränderung gegenüber den von Mosher formulierten Idealbedingungen für eine Soteria-Behandlung deutlich, die Selektion „junger Ersterkrankter“ findet in der Form unter den Bedingungen einer Versorgungsklinik nicht mehr statt.

Die Gruppe der direkt Aufgenommenen kann schließlich bei Entlassung unmittelbar ambulant nachbetreut werden; zu Verlegungen und Behandlungsabbrüchen kommt es bei dieser Gruppe seltener.

Bei Betrachtung der Aufenthaltsdauer auf der Soteria fällt zwar auf, dass diese deutlich länger (63,2 Tage) als die durchschnittliche Verweildauer im Gesamtklinikum (23 Tage) ist, jedoch nur knapp fünf Tage länger als die Vergleichsdaten für schizophrene Patienten; ähnliche Abweichungen gelten für die tagklinische Behandlung.

Demgegenüber zeigt sich auch, dass die stationäre Behandlung nach der Soteria-Methode gegenwärtig keineswegs mit den längsten Behandlungsdauern verknüpft ist im klinikweiten Vergleich, etwa – konzeptbedingt – im Vergleich mit Behandlungszeiten auf Fachstationen für Borderline-Patienten.

Deutlich wird jedoch, jedenfalls, dass in der Soteria München im Vergleich zur übrigen Versorgung schizophrener Patienten durchaus vergleichbar schwer Kranke behandelt werden: So galten 85 % der auf der Soteria Behandelten bei Aufnahme als deutlich oder schwer krank nach den Kategorien des CGI; bei Entlassung wurden 85 % der Fälle eine Kategorie besser abgebildet. Auch beim Global Assessment of Functioning (GAF) zeigten über 75 % der auf die Soteria Aufgenommenen starke Beeinträchtigungen (GAF-Wert zwischen 21-40); bis zur Entlassung steigt der Durchschnitt um 18,4 Punkte. Auf der positive and Negative Symptom Scale sinkt der Score um ca. 20 Punkte im Durchschnitt zwischen Aufnahme und Entlassung, ausgehend von einem hohen durchschnittlichen Wert von 93,4 Punkten.

Die Soteria-Methode erweist sich also einerseits als wirksam, andererseits erscheinen die in der Soteria behandelten Patienten gemäß den genannten Kriterien bzw. Instrumenten auf vergleichbarem Krankheits-Niveau bzw. mit vergleichbarem Grad der Beeinträchtigung wie Patienten mit ähnlichen Diagnosen auf allgemeinpsychiatrischen Stationen.

Beim für die Betrachtung der Soteria interessanten, wiewohl sensiblen und kritisch begleiteten Thema der Medikation zeigt sich, dass lediglich unter 10 % der Patienten un- behandelt auf die Soteria kommen; hier muss nochmals erwähnt werden, dass es sich beim größten Teil der in der Soteria München Behandelten weder um Ersterkrankte noch um Direktaufnahmen handelt. Bei Entlassung findet sich sogar ein Anteil leicht über 10 %, der medikamentenfrei entlassen wird, für die – kleinere – Gruppe der Ersterkrankten beträgt dieser knapp 22%.

Im Fall einer medikamentösen Therapie mit Antipsychotika handelt es sich in der Regel um eine Monotherapie (nur ein Antipsychotikum) in meist niedriger Dosis (Kriterien der WHO) sowie meist um ein Präparat der neueren Generation.

Das Ziel in der Soteria München (wie auch zuvor schon in Bern) ist nicht mehr der vollständige Verzicht auf Medikamente (v.a. Antipsychotika), obwohl dies, wo möglich, auch angeboten wird, sondern angestrebt wird in aller Regel die (antipsychoti-

sche) Monotherapie in möglichst niedriger Dosierung. Dieses Ziel wird bei der weit überwiegenden Mehrheit erreicht, wobei sich hier Unterschiede zwischen Erst- und Mehrfacherkrankten ergeben.

Bei den für die Soteria spezifischen Formen der Psychose-Begleitung in der Akut-Phase der Psychose, die damit gewissermaßen begleitet durchlebt werden kann, zeigt sich der erhebliche Aufwand an Zeit und Personal, den die Soteria investiert: So werden im Durchschnitt ca. 16 Stunden pro Tag, davon zwei Stunden als 1:1-Begleitung in dieser Therapie-Phase geleistet, oft über mehrere Tage in Folge, bei möglichst kontinuierlichem Kontakt(-angebot) mit einer Bezugsperson, wo nötig, in einem eigens dafür präparierten und ausgewiesenen Raum.

Nicht zuletzt dieser besondere Aufwand macht für die Soteria ein eigenes, gesondert mit den Kostenträgern vereinbartes zusätzliches Budget notwendig.

Ziel der katamnestischen Befragungen unmittelbar nach der Entlassung sowie ein halbes, ein, zwei und fünf Jahre nach der Entlassung war, darüber Aussagen zu erhalten

- wie die Soteria-Behandlung von den Befragten wahrgenommen, erlebt und bewertet wird
- welchen Einfluss ggf. die Soteria-Behandlung auf den weiteren Krankheitsverlauf nimmt
- ob sich relevante Veränderungen zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten ergeben

Die Ergebnisse hatten gezeigt, dass zum Entlasszeitpunkt aus der stationären Behandlung über 80 % der Behandelten sich insgesamt zufrieden geäußert haben; insbesondere die persönlichen Gespräche auf der Station/mit der Bezugsperson, die Einbindung in den Therapieablauf sowie die erfahrene Wertschätzung im Soteria-Milieu wurden sehr positiv bewertet, damit wesentliche milieutheraeutische Elemente der Soteria. Zu allen Katamnesezeitpunkten wurde die Behandlung in der Soteria durch die weit überwiegende Mehrheit der Befragten retrospektiv als hilfreich beschrieben, dabei insbesondere erneut einige Soteria-typische milieutheraeutische Elemente, vor allem die Psychose-Begleitung und die Integration in den Alltag. Demgegenüber fiel auf, dass die Einbeziehung Angehöriger oft nicht oder nicht ausreichend zu gelingen scheint bzw. nicht umsetzbar ist.

Auch scheint die Angst vor weiteren stationären Aufenthalten in vielen Fällen, trotz Soteria-Erfahrung, zu persistieren.

Für die weitere Integration in das soziale und wirtschaftliche Leben scheinen sich, wie auch andere Untersuchungen der letzten Jahre für allgemeinpsychiatrisch versorgte Patienten belegt haben, durch das Erleben von psychotischen Episoden bzw. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erhebliche Konsequenzen zu ergeben: Insgesamt zeigt sich eine im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich eingeschränkte Integration ins Erwerbsleben – wenngleich dies nach Soteria-Behandlung sogar einem prozentual etwas größerem Anteil zu gelingen scheint; daneben fallen auch im sozialen Leben Defizite der Integration auf, nur ein erheblich geringerer Teil der Psychose-Betroffenen lebt in Partnerschaften, demgegenüber gehäuft in Institutionen oder allein. So besteht zu einzelnen Katamnese-Zeitpunkten ein deutlich erhöhter Teil an institutionellen Wohnformen; dies kann teils als Therapieziel, teils jedoch sicher auch als Konsequenz aus der – zumindest teilweise – erheblichen Schwere der Erkrankung verstanden werden.

Die Untersuchung der Nachsorge zu verschiedenen Katamnese-Zeitpunkten zeigt ein hohes Maß an Integration in die ambulante Versorgung, mit einer für die Untersuchungszeitpunkte hohen Kontinuität, vor allem während der ersten beiden Jahre nach Entlassung. Auffällig ist einerseits vor allem der hohe Anteil der psychotherapeutisch Behandelten, was bei Psychose-Betroffenen nicht selbstverständlich ist und offenbar über die eigentliche Soteria-Behandlung hinaus längerfristig umgesetzt wird; andererseits auch das durchaus hohe Maß an Medikamenten-Compliance – hier scheint gerade die Soteria, die so oft mit medikamenten-kritischen Positionen verbunden wird, für eine erfreuliche Behandlungskontinuität zu sorgen.

Die abschließende Untersuchung der Wiederaufnahmeraten und -wahrscheinlichkeiten hat gezeigt, dass es nach zwei Jahren bei 50 % der auf der Soteria Behandelten, zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese bei 60 % zu erneuter stationärer Aufnahme gekommen war, darunter auch mehrfache Wiederaufnahmen.

Katamnestische Untersuchungen der letzten Jahrzehnte über 5-Jahres-Verläufe bei schizophrenen Patienten ohne Soteria-Behandlung hatten demgegenüber Rezidivraten von 72-78% gezeigt.

Hier scheint die Soteria-Behandlung, bei zuletzt nur geringfügig längeren stationären Aufenthaltszeiten im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Stationen, die eine ver-

gleichbare Patientenklientel mit vergleichbarer Krankheitsschwere versorgen, Vorteile zu bringen. Der Preis dafür ist ein erheblich höherer Zeit- und Personalaufwand während der Behandlung, der nur durch ein Sonder-Budget für die stationäre und teilstationäre Soteria-Behandlung von ca. einem Drittel über den üblichen Tagessätzen geleistet werden kann.

Als Prädiktoren für die Wiederaufnahme-Wahrscheinlichkeit ließen sich aus einer aus der gegebenen Datenlage ermittelten Liste möglicher Einflussfaktoren eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie ein vorhandenes berufliches Beschäftigungsverhältnis als die Wahrscheinlichkeit senkende Prädiktoren ermitteln, niedrigeres bzw. jüngeres Lebensalter und niedriges globales Funktionsniveau als die Wahrscheinlichkeit erhöhende Prädiktoren. Dies entspricht, neben weiteren Indikatoren wie Vorerkrankung, Negativ-Symptomen und der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP), den Ergebnissen der bisherigen Verlaufsforschung an nicht im Soteria-Kontext behandelten Patienten.

Schließlich sei noch, zum Schluss und gewissermaßen als Ausblick, auf eine für die weitere Entwicklung der Psychiatrie insgesamt bedeutsame Diskussion verwiesen.

In einem Artikel zum neuen Entgeltsystem PEPP in der Psychiatrie schreibt J. Vollmann, Medizinethiker an der Universität Bochum, publiziert in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* unter der Kapitel-Überschrift „Zeit und Mensch als Heilfaktoren“:

„Psychotische Störungen können nicht durch eine eindimensionale Therapie...behandelt werden. Vielmehr sind neben biologischen auch psychologische und soziale Therapieansätze erforderlich. Dieses benötigt ein personalintensives multiprofessionelles Behandlungskonzept...psychische Störung führt zu existenziellen Beeinträchtigungen (des) Privat- und Berufslebens und erschüttert nicht selten (das) persönliche Erleben sowie (die) Beziehungen zu Mitmenschen...Die Heilung bedarf in der Regel Zeit und eines besonderen gesellschaftlichen Schutzraums.... Zeit und persönliche Zuwendung sind zentrale Wirk- und Heilfaktoren für eine qualitativ hochwertige und humane Psychiatrie (Vollmann, 2014, S.1415f).

Auch hier findet sich, beschrieben als Forderung an eine zeitgemäße und humane Psychiatrie, viel von dem, was bereits von den Gründervätern der Soteria vor über 40 Jahren erstaunlich deutlich formuliert wurde.

Der Autor sieht diese Ziele einer humanen und bedürfnisorientierten Behandlung durch die Einführung eines pauschalierenden und auf Kosteneffizienz ausgerichteten

Vergütungssysteme in erheblichem Maß gefährdet. Für die Soteria wird diese Diskussion sicher in besonderem Maß eine Herausforderung bedeuten.

7. Literaturliste

Aebi, E., Ciompi, L. & Hansen, H. (Hrsg.). (1994). *Soteria im Gespräch* (2.Auflage). Bonn: Psychiatrie.

Basaglia, F. (1974). *Was ist Psychiatrie?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Basaglia, F. (2002). *Die Entscheidung des Psychiaters. Bilanz eines Lebenswerkes.* Bonn: Psychiatrie.

Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Weig, W. (2007). *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bola, J. R. & Mosher, L. R. (2002). At Issue: Predicting Drug-free Treatment Response in Acute Psychosis from the Soteria Project. *Schizophrenia Bulletin*, 28(4), 559-575.

Bola, J. R. & Mosher, L. R. (2003). Treatment of Acute Psychosis without Neuroleptics: Two-Year Outcomes from the Soteria Project. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 219-229.

Ciompi, L. (1982). *Affektlogik.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Ciompi, L., Kupper, Z., Aebi, E., Dauwalder, H. P., Hubschmid, T., Trütsch, K. & Rütishauser, C. (1993). Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener: II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Der Nervenarzt*, 64, 440-450.

Ciompi, L., Hoffmann, H. & Broccard, M. (Hrsg.). (2001). *Wie wirkt Soteria?: Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet.* Bern: Hans Huber.

Ciampi, L., Hoffmann, H. & Leisinger, S. (2005). „Soteria-Station“? – Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhausstationen mit sog. Soteria-Elementen. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 120-124.

Ciampi, L. & Müller, C. (1976). *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katalanische Langzeitstudie bis ins Senium*. Berlin: Springer.

Clauß, C., Gruner, M., Rautenstrauß, C. & Schüller, N. (2013). Untersuchung zu den Effekten eines speziellen Therapieangebots (Soteria) auf den weiteren Erkrankungsverlauf schizophrener Patienten. Ludwig-Maximilians-Universität München: Institut für Statistik.

Cooper, D. (1980). *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* (5. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1974). *Anti-Ödipus. Kapitalismus und Schizophrenie I* (1. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1980). *Psychologie und Geisteskrankheit* (6. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1963). *Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hoffmann, H. & Leisinger, S. (2006). Soteria Bern: Ein Schrittmacher in der Schizophreniebehandlung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87, 1859-1863.

Hoffmann, H. (2009). Zum Mythos der „Laienmitarbeiter“ in der Soteria. *Kerbe 1*, 21-23.

Hurtz, R. (2011). Aus der Antipsychiatrie ins Großkrankenhaus. Soteria am Klinikum München-Ost. *Kerbe 1*, 38-40..

Itten, T. (2010). Modelle des Wahnsinns: Loren Mosher in der Tradition von Ronald D. Laing. *Psychiatrie Forum*, 18, 215-221.

Jaspers, K. (1973). *Allgemeine Psychopathologie* (9. Auflage). Berlin: Springer.

Laing, R. D. (1972). *Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. Köln: Kiepenheuer + Witsch.

Lencer, R. & Korn, D. (2015). Adhärenz in der Psychopharmakologie: Psychotherapeutische Strategien zur Adhärenzförderung. *Der Nervenarzt*, 5, 637-648.

Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J., Hsiao, J.K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 353, 1209-1223.

Möller, H. J., Laux, G. & Kapfhammer, H. P. (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2.Band). (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

Mosher, L. R. & Burti, L. (1994). *Psychiatrie in der Gemeinde: Grundlagen und Praxis* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie.

Szasz, T. S. (1973). *Geisteskrankheit – ein moderner Mythos?: Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens*. Olten: Walter.

Szasz, T. S. (1978). *Psychiatrie – die verschleierte Macht: Essays über die psychiatrische Entmenschung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer.

Vollmann, J. (2014). Das neue pauschalisierende Entgeltsystem PEPP: Eine ethische Analyse. *Der Nervenarzt*, 85, 1410-1418.

8. Anhang

- Medikamentenauswertung Kategorien (gemäß DGPPN-Leitlinien)
- Soteria-Tagesdokumentation
- Behandlungsbeurteilungsbogen
- Alltagsleben
- BSI
- Katamnesefragebögen (exemplarisch 5-Jahres-Katamnese)

Medikamentenauswertung Kategorien

Aus DGPPN Leitlinien: empfohlene Dosierung der NL in der Akuttherapie
(Sertindol - dort nicht aufgeführt)

Ersterkrankte

Atypika	niedrig	mittel	hoch	Höchste empfohlene Dosis
Amisulprid	Bis 100	>100 bis 200	>200	(>800) 1200
Aripiprazol	Bis 15	20	25 bis 30	30
Clozapin	Bis 100	>100 bis 150	>150	(>450) 900
Olanzapin	Bis 5	7,5 bis 10	>10	>20
Paliperidon	3	6	9	12
Quetiapin	Bis 300	>300 bis 450	>450	750
Risperidon	Bis 2	2,5 bis 3	>3	(>6 bis) 16
Sertindol	Bis 8	12	16	24
Ziprasidon	Bis 40	>40 bis 60	> 60	160
Typika	niedrig	mittel	hoch	Höchste empfohlene Dosis
Flupentixol	Bis 2	>2 bis 6	>6	60
Haloperidol	Bis 1	>1 bis 3	>3	(>20 bis) 100

Mehrfacherkrankte

Atypika	niedrig	mittel	hoch	Höchste empfohlene Dosis
Amisulprid	Bis 400	>400 bis 600	>600	(> 800 bis) 1200
Aripiprazol	Bis 15	20	25 bis 30	30
Clozapin	Bis 200	>200 bis 300	>300	(>450 bis) 900
Olanzapin	Bis 5	7,5 bis 15	>15 bis 20	> 20
Paliperidon	3	6	9	12
Quetiapin	Bis 400	>400 bis 500	>500 bis 750	750
Risperidon	Bis 3	3,5 bis 4	4,5 bis 6	(>6 bis) 16
Sertindol	Bis 8	12	20	24

Ziprasidon	Bis 80	>80 bis 120	>120 bis 160	160
Typika	niedrig	mittel	hoch	Höchste empfohlene Dosis
Flupentixol	Bis 10	>10 bis 30	>30 bis 60	60
Fluspirilen	Bis 3	>3 bis 4	>4 bis 8	(>8 bis) 12 (= 6ml)
Haloperidol	Bis 3	>3 bis 6	>6 bis 20	(>20 bis) 100
Perazin	Bis 200	>200 bis 400	>400 bis 600	(>600 bis) 1000
Zotepin	Bis 75	>75 bis 100	>100 bis 150	(>150 bis) 450

- Xeplion- Depot: 50 mg = 2 mg Risperidon oral
75 mg = 4 mg Risperidon oral
100 mg = 6 mg Risperidon oral

Soteria – Tagesdokumentation (0 h bis 0 h) Name der PatientIn.....

Pat.-Nr.

Wochenend- oder sonstige Beurlaubung

Datum

BeurteilerIn.....

Patient befindet sich in Phase

0 1 2 3

Phaseneinteilung entspricht dem phasentypischen Funktionsniveau

Ja Nein

1 Psychosebegleitung

Keine Psychosebegleitung

→ weiter mit Frage 2

1:1 Psychosebegleitung

Dauer in Stunden

davon im weichen Zimmer

Dauer in Stunden

Erhöhte Achtsamkeit

davon war PatientIn im weichen Zimmer

2 Patientengespräche (wenn nicht 24 Stunden Psychosebegleitung)

Patientengespräche mit Bezugsperson und/oder Oberärztin – **geplant und/oder auf Nachfrage** des Patienten

Keine Dauer in Minuten

Patientengespräche **im Alltag** mit Bezugsperson oder anderem therapeutischen Mitarbeiter

3 Unterstützung zur Zukunftsplanung (aber nicht Patientengespräch)

Aktivitäten hinsichtlich **Wohnen, Arbeit, Freizeit**

Keine Dauer in Minuten

Aktivitäten hinsichtlich ambulant/ komplementärer oder teilstationärer **Weiterbehandlung/-betreuung**

4 Medikation

Keine Medikation

→ weiter mit Frage 5

Unveränderte Gesamtmedikation zum Vortag

→ weiter mit Frage 5

Präparat	Dosis in mg	Verordnung					Grund für die Veränderung
		neu	gesteigert	gleichgebl.	reduziert	abgesetzt	
1							
2							
3							
4							

Wenn veränderte Medikation, geben Sie bitte den Grund für die Änderung in der rechten Spalte - als Ziffer kodiert - an.

Dabei ist: 1 Unbefriedigende Wirkung 2 Nebenwirkungen
3 Ablehnung durch PatientIn 4 Keine Notwendigkeit mehr
5 Dosisanpassung 6 Indikation (bei neuem Präparat)

5 Thematisierung und/oder Üben des Umgangs mit der Medikation

Weder Thematisierung noch Üben

Ja, bei

vorliegendem Einverständnis

Unsicherheit

Ablehnung

6 Einbeziehung von Angehörigen oder Freunde in den letzten 24 Stunden?

Keine Einbeziehung

Einbeziehung (Mfn)

Psychosebegleitung

telefonischer Austausch

Persönliches Gespräch

Angehörigengruppe

7 Inanspruchnahme ergänzender therapeutischer Angebote

Keine Teilnahme an therapeutischen Angeboten

Teilnahme an (Mfn)

offener Sportgruppe
psychotherapeutische Gruppe

Kunsttherapie
Interaktionsgruppe

Arbeitstherapie

anderem

8 Aktivitätsniveau der PatientIn

Handlungsstufe

0 1 2 3 4 5 6

Lebenspraktischer Alltag

Skala 1

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Außenaktivität

Skala 2

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9 Psychopathologie

nicht vorhanden fraglich vorhanden leicht mäßig stark schwer extrem

Ausprägung

0 1 2 3 4 5 6

Ungewöhnliches Denken

Skala 3

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Störungen des Denkens

Skala 4

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ungewöhnliches Erleben

Skala 5

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gesteigerte Psychomotorik

Skala 6

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aggressivität

Skala 7

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Verminderte emotionale Ansprechbarkeit

Skala 8

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Emotionaler Rückzug

Skala 9

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ambivalenz

Skala 10

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10 Krankheitsverständnis

Skala 11

vorhanden fraglich vorhanden mäßig kaum gering sehr gering überhaupt nicht

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fragen, Probleme, Besonderheiten, Bemerkungen:

Soteria-Station BKH Haar – Behandlungsbeurteilungsbogen

Liebe Patientin, Lieber Patient

Zum Abschluss der Behandlung in der Soteria möchten wir von Ihnen gerne erfahren, ob und wie weit Sie zufrieden waren mit der Behandlung und ob sie Ihnen geholfen hat.

Bitte kreuzen Sie zu diesem Zweck die für Sie zutreffenden Antworten an.

	unzufrieden	eher unzufrieden	teils unzufrieden/teils zufrieden	eher zufrieden	zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung in der Soteria insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	unzufrieden	eher unzufrieden	teils unzufrieden/teils zufrieden	eher zufrieden	zufrieden	
Wie zufrieden waren Sie mit den folgenden Faktoren während der Behandlung?						
Der Möglichkeit die Behandlung mitzugestalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Wertschätzung, die Ihnen durch die MitarbeiterInnen entgegengebracht wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Der Berücksichtigung Ihrer persönlichen Wünsche und Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dem Ausmaß wie Ihre Familie, Freunde und ggf. Bekannte in die Behandlung einbezogen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frage trifft nicht zu <input type="checkbox"/>
Der Planung Ihrer ambulanten Weiterbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
Wie ist die Entlassung mit Ihnen vorbereitet worden?	<input type="checkbox"/>				

Wenn die Entlassung nicht gut vorbereitet ist: Wo sehen Sie hierfür die Gründe?

--

	geschadet	nicht geholfen	etwas geholfen	geholfen	sehr geholfen
Wie hat Ihnen die Behandlung in der Soteria insgesamt geholfen?	<input type="checkbox"/>				

	nicht geholfen	etwas geholfen	geholfen		
Wie haben Ihnen die einzelnen Elemente der Soteriabehandlung geholfen?					
Die 1:1 Betreuung in der akuten Phase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hatte ich nicht	<input type="checkbox"/>
Die Rückzugsmöglichkeit ins Weiche Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	habe ich nie in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>
Die Gespräche über Ihre Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Einzelgespräche mit Ihren Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Ansprechbarkeit des Personals im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Stationsatmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Beteiligung an den täglichen Stationsaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Das Zusammenleben mit den MitpatientInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Die Beteiligung an den Außenaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	habe ich nie in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>
Die medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hatte ich nicht	<input type="checkbox"/>

<p>Gab es etwas im Laufe Ihres Aufenthaltes in der Soteria, das Sie als besonders positiv empfunden haben? Wenn ja, notieren Sie es bitte hier:</p>

<p>Und gab es etwas im Laufe Ihres Aufenthaltes in der Soteria, das Sie als störend empfunden haben und das wir verbessern sollten? Wenn ja, notieren Sie es bitte hier:</p>
--

Alltagsleben (Entlassung)

Datum: _____

Pat.- Nr.: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie es Ihnen in der vergangenen Woche im täglichen

Leben ging. Bitte kreuzen (x) Sie bei jeder Frage das auf Sie zutreffende Kästchen an.

Konnten Sie in der vergangenen Woche:

gar nicht *nur mit Mühe* *halbwegs* *ganz gut* *problemlos*

1. Ihren Körper beanspruchen, wie Sie wollten	<input type="checkbox"/>				
2. sich länger auf eine Aufgabe konzentrieren	<input type="checkbox"/>				
3. einer geregelten Tätigkeit im Beruf / Haushalt nachgehen	<input type="checkbox"/>				
4. erledigen, was sie sich vorgenommen hatten	<input type="checkbox"/>				
5. so schlafen, dass Sie sich frisch und ausgeruht fühlten	<input type="checkbox"/>				
6. Kontakte zu anderen Menschen pflegen (Besuche, Telefonate)	<input type="checkbox"/>				
7. sich an Dinge erinnern, Dinge behalten	<input type="checkbox"/>				
8. mit Ihrer freien Zeit etwas anfangen	<input type="checkbox"/>				
9. sich von Ihrer Familie verstanden / unterstützt fühlen	<input type="checkbox"/>				
10. mit Appetit essen	<input type="checkbox"/>				
11. am Familienleben teilnehmen	<input type="checkbox"/>				
12. sich selbst anziehen, baden, zur Toilette gehen	<input type="checkbox"/>				
13. mit Ihrer Erkrankung zurechtkommen	<input type="checkbox"/>				
14. sich körperlich anstrengen (rennen, tragen, heben)	<input type="checkbox"/>				
15. an Sinn und Erfolg Ihrer Behandlung glauben	<input type="checkbox"/>				
16. Ihre Aufgaben im Haushalt verrichten	<input type="checkbox"/>				
17. sich beim Zusammensein mit anderen völlig wohlfühlen	<input type="checkbox"/>				
18. sich am Leben freuen	<input type="checkbox"/>				
19. sich medizinisch gut versorgt fühlen	<input type="checkbox"/>				
20. zusammen mit anderen Menschen etwas unternehmen	<input type="checkbox"/>				
21. es sich bequem machen und sich entspannen	<input type="checkbox"/>				

Konnten Sie in der vergangenen Woche:

	<i>gar nicht</i>	<i>nur mit Mühe</i>	<i>halbwegs</i>	<i>ganz gut</i>	<i>problemlos</i>
22. alltägliche Probleme / Konflikte meistern	<input type="checkbox"/>				
23. mit ihrem Partner sexuell zusammensein	<input type="checkbox"/>				
24. Einkäufe und Besorgungen außer Haus erledigen	<input type="checkbox"/>				
25. zuversichtlich in die Zukunft sehen	<input type="checkbox"/>				
26. Ihren Körper ungehindert und schmerzfrei bewegen	<input type="checkbox"/>				
27. etwas Schönes tun und es genießen	<input type="checkbox"/>				
28. beim Planen und Problemlösen klar denken	<input type="checkbox"/>				
29. sich in Ihrer Familie wohlfühlen, mit ihr auskommen	<input type="checkbox"/>				
30. sich zu Freizeitaktivitäten aufrufen	<input type="checkbox"/>				
31. sich um Äußeres kümmern	<input type="checkbox"/>				
32. sich für etwas interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. sich selbst leiden / sich akzeptieren	<input type="checkbox"/>				
34. selbst etwas dazu beitragen, dass es Ihnen gut geht	<input type="checkbox"/>				
35. durchsetzen woran Ihnen liegt	<input type="checkbox"/>				
36. Ihren Hobbies und Lieblingsbeschäftigungen nachgehen	<input type="checkbox"/>				
37. mit Ihrem Partner über das sprechen, was Sie bewegt	<input type="checkbox"/>				
38. Ihr Leben nach Ihren Vorstellungen und Wünschen gestalten	<input type="checkbox"/>				
39. sich selbstsicher fühlen	<input type="checkbox"/>				
40. auf Hilfe und Verständnis Ihres Partners zählen	<input type="checkbox"/>				
41. Ihre Verpflichtungen zu Ihrer Zufriedenheit erfüllen	<input type="checkbox"/>				
42. bei Ihren Ärzten ein offenes Ohr für Ihre Sorgen finden	<input type="checkbox"/>				

Kam letzte Woche etwas vor, das Sie in Ihrem Alltagsleben eingeschränkt hat?

Nein

Ja

wenn ja, was

Wenn ja, wie stark waren Sie eingeschränkt?

gar nicht etwas ziemlich stark sehr stark

Datum: _____

BSI (Entlassung)

Pat.- Nr.: _____

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
①	②	③	④	⑤
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...				
1. Nervosität oder innerem Zittern				① ② ③ ④ ⑤
2. Ohnmacht- und Schwindelgefühlen				① ② ③ ④ ⑤
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat				① ② ③ ④ ⑤
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind				① ② ③ ④ ⑤
5. Gedächtnisschwierigkeiten				① ② ③ ④ ⑤
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				① ② ③ ④ ⑤
7. Herz- oder Brustschmerzen				① ② ③ ④ ⑤
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße				① ② ③ ④ ⑤
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen				① ② ③ ④ ⑤
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann				① ② ③ ④ ⑤
11. schlechtem Appetit				① ② ③ ④ ⑤
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund				① ② ③ ④ ⑤
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren				① ② ③ ④ ⑤
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind				① ② ③ ④ ⑤
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen				① ② ③ ④ ⑤
16. Einsamkeitsgefühlen				① ② ③ ④ ⑤
17. Schwermut				① ② ③ ④ ⑤
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren				① ② ③ ④ ⑤
19. Furchtsamkeit				① ② ③ ④ ⑤
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen				① ② ③ ④ ⑤
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können				① ② ③ ④ ⑤

22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen				0	1	2	3	4
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark				
①	②	③	④					
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...								
23. Übelkeit oder Magenverstimmung				0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden				0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten				0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun				0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden				0	1	2	3	4
28. Furcht von Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug				0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen				0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern				0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden				0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf				0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen				0	1	2	3	4
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten				0	1	2	3	4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft				0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten				0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen				0	1	2	3	4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein				0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben				0	1	2	3	4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen				0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern				0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen				0	1	2	3	4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino				0	1	2	3	4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können				0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen				0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten				0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden				0	1	2	3	4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere				0	1	2	3	4
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können				0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein				0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden				0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen				0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist				0	1	2	3	4

Soteria von Begleitforschung

Begleitforschung

Datum: _____

Nr.: _____

Fünf Jahre nach Ihrem **ersten** Aufenthalt in der Soteria möchten wir noch einmal bei Ihnen nachfragen, wie es Ihnen heute geht und wie Sie leben. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Fragen an. Gerade weil die Behandlung schon sehr lange zurückliegt, ist die Beantwortung der Fragen durch unsere ehemaligen Patientinnen und Patienten für uns und unsere Arbeit von größter Bedeutung.

Zunächst einige Fragen zu Ihrer aktuellen Lebenssituation

Bitte machen Sie nur ein Kreuz

1. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation? Wohnen Sie in

- einer Privatwohnung/einem möblierten Zimmer/einer Wohngemeinschaft _____
- einem Wohnheim _____
- betreutem Einzelwohnen _____
- einer betreuten Wohngemeinschaft _____
- Anderes _____
- und zwar _____

Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen

2. Wie ist Ihre derzeitige Lebenssituation? Leben Sie

- alleine _____
- mit Ihren Eltern oder einem Elternteil _____
- mit Ihrem Kind/ Ihren Kindern _____
- mit Ihrem (Ehe)Partner/ Ihrer (Ehe)Partnerin _____
- mit Freunden/ Bekannten _____
- Anderes _____
- und zwar _____

Bitte machen Sie nur ein Kreuz

3. Wie ist Ihre aktuelle Arbeitssituation? Sind Sie derzeit

- in Ausbildung oder Umschulung _____
- Hausfrau/mann _____
- arbeitslos gemeldet _____
- mit ALG I Bezug _____
- mit ALG II Bezug (Hartz IV) _____
- in Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente _____
- anderweitig ohne Beschäftigung _____
- teilweise/ teilzeit berufstätig _____
- voll berufstätig _____
- Anderes _____
- und zwar _____

Nun einige Fragen zu Ihrer aktuellen Behandlungssituation

Bitte bearbeiten Sie jede Zeile

4. Welche der folgenden Behandler/Einrichtungen oder Selbsthilfegruppen haben Sie in den letzten 12 Monaten besucht.

	kein mal	wöchentlich	monatlich	vierteljährlich
niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Ambulanz in einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praktischer Arzt/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und zwar				

Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen

5. Welche(n) der in Anspruch genommenen Behandler/Einrichtungen/Selbsthilfegruppen haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate als hilfreich erlebt?

niedergelassenen Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
psychiatrische Ambulanz in einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
praktischen Arzt/Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>
und zwar	
Ich habe innerhalb der letzten 12 Monate keine(n) davon als hilfreich erlebt	<input type="checkbox"/>
Ich habe innerhalb der letzten 12 Monate keine(n) davon aufgesucht	<input type="checkbox"/>

Sie können wieder mehrere Möglichkeiten ankreuzen

6. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate den Kontakt zu einem/oder mehreren Behandlern/Einrichtungen/Selbsthilfegruppen beendet?

Nein → dann gehen Sie bitte weiter zur **Frage 8**

Ja, Kontakt beendet	<input type="checkbox"/>
und zwar zu:	
niedergelassenem Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>
psychiatrischer Ambulanz in einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
praktischem Arzt/Hausarzt	<input type="checkbox"/>
Andere(n)	<input type="checkbox"/>
und zwar	

Sie können mehrere Möglichkeiten ankreuzen

7. Was waren die Gründe für die Beendigung?

Ich sah keine Notwendigkeit mehr	<input type="checkbox"/>
Ich war unzufrieden	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich nicht mehr aufrufen	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>
und zwar	

8. Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre in einer Psychiatrischen Klinik behandelt?

Nein _____ dann gehen Sie bitte weiter zur **Frage 9**

Ja Wie viele verschiedene Behandlungen?

Von wann bis wann dauerte der Klinikaufenthalt/die Klinikaufenthalte und in welcher Klinik waren Sie?

1. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____
2. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____
3. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____
4. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____

9. Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre in einer Tagesklinik behandelt?

Nein _____ dann gehen Sie bitte weiter zur **Frage 10**

Ja Wie viele verschiedene Behandlungen?

Von wann bis wann dauerte die Behandlung und in welcher Tagesklinik waren Sie?

1. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____
2. Aufenthalt von _____ bis _____ in: _____

10. Welche Medikamente zur Behandlung Ihrer psychischen Erkrankung nehmen Sie derzeit in welcher Dosis ein?

Nein, ich nehme derzeit kein Medikament ein _____ dann gehen Sie bitte weiter zur **Frage 11**

Medikament:

Ich vertrage das Medikament in dieser Dosis

1. _____ Dosis in mg* _____ gut weniger gut
2. _____ Dosis in mg* _____ gut weniger gut
3. _____ Dosis in mg* _____ gut weniger gut
4. _____ Dosis in mg* _____ gut weniger gut

*Sehen Sie hierzu bitte auf der Medikamentenpackung nach wie viele mg die von Ihnen eingenommenen Tabletten haben. Multiplizieren Sie dann diese Angabe mit der Anzahl der von Ihnen pro Tag eingenommenen Tabletten.

11. Haben Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Medikamente zur Behandlung Ihrer psychischen Erkrankung eingenommen, die Sie jetzt nicht mehr einnehmen?

Nein _____ dann gehen Sie bitte weiter zur **Frage 13**

Ja, in Absprache mit meinem Arzt/meiner Ärztin

Ja, ohne Absprache mit meinem Arzt/meiner Ärztin

12. Um welche Medikamente handelt es sich und was waren die Gründe für Ihre Entscheidung, sie nicht mehr einzunehmen?

Medikament:

Gründe für meine Entscheidung:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

13. Wenn Sie heute an die Behandlung in der Soteria zurückdenken:

In welchem Maße stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Aus heutiger Sicht war die Behandlung in der Soteria hilfreich für mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Soteria hat mir geholfen, spätere Krisen auch ohne Klinikaufenthalt zu meistern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Soteria hat mir meine Angst vor einem klinischen Aufenthalt genommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Hilfe der Behandlung in der Soteria habe ich mich mit meiner Erkrankung besser akzeptieren gelernt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde anderen PatientInnen - in vergleichbaren Situationen wie bei meiner ersten Aufnahme - empfehlen, in die Soteria zu gehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heute denke ich eher kritisch über die Soteria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kontaktangebote der Soteria nach der Entlassung sind für mich auch heute noch wichtig (Stammtisch, Feste, spontane Besuchs- und Telefonmöglichkeit).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In aktuellen Krisensituationen hilft es mir auch heute, die Soteria im Hintergrund zu wissen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe auch heute noch Kontakt zu PatientInnen, die ich in der Soteria kennengelernt habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist es wichtig, dass ich meine Behandlung mitgestalten kann. Die Soteria hat mir geholfen, meinen Standpunkt selbstbewusst zu vertreten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie heute an ihre(n) Aufenthalt(e) in der Soteria zurück denken, was hätten Sie sich für Ihre Behandlung anders gewünscht?

Notieren Sie es bitte hier:

14. Gibt es in Ihrer aktuellen Lebenssituation etwas, das Sie in Bezug auf Ihre Gesundheit als besonders stabilisierend empfinden?

Nein

Ja Wenn ja: Notieren Sie es bitte hier:

15. Und gibt es etwas in Ihrer aktuellen Lebenssituation, das Sie in Bezug auf Ihre Gesundheit als besonders belastend empfinden?

Nein

Ja Wenn ja: Notieren Sie es bitte hier:

Vielen Dank - Sie haben uns sehr geholfen!

9. Lebenslauf

10. Danksagung

Mein zuvorderster Dank gilt Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus M.sc, die als ärztliche Direktorin der Kliniken München Ost und Taufkirchen/Vils diese Arbeit ermöglicht und wissenschaftlich begleitet hat und stets mit weisem Rat und praktischer Hilfe zur Seite stand.

Des weiteren sei Dank gesagt der ärztlichen und pflegerischen Leitung der Soteria-Stationen im Klinikum München Ost, Frau Roswitha Hurtz und Frau Angelika Gerum, auf die wesentlich das Konzept der Soteria zurückgeht und die viel zum jahrelangen Erheben und Zusammentragen der Daten beigetragen haben, die dieser Studie zugrunde liegen. Ebenso dem gesamten Team der Soteria und nicht zuletzt den Patienten, ohne deren aktive Mithilfe katamnestiche Forschung nicht möglich wäre.

Mein weiterer Dank gilt den Mitarbeitern und Studenten des Instituts für Statistik der LMU, insbesondere Herrn C. Clauß, Herrn A. Gruner, Herrn C. Rautenstrauß und Frau N. Schüller für ihre statistische Kompetenz und stets freundliche Unterstützung bei der Datenaufbereitung sowie der Mitarbeiterin des Instituts für Sozialforschung ZweiPlus GbR, Frau Stockdreher.

Schließlich sei hier noch die logistische und stets freundliche Unterstützung durch den Bibliothekar des Klinikums, Herrn Messerschmid, dankbar gewürdigt, ebenso wie die wertvolle Mithilfe bei Graphik und Technik durch Frau S. Weicker und Frau E. Maier. Eine besondere Würdigung und Dankbarkeit sei zum Schluss noch meiner langjährigen Freundin und Partnerin Claudia ausgesprochen für ihre geduldige Begleitung und Unterstützung, die diese Arbeit ohne Zweifel mit ermöglicht hat.

11. Eidesstattliche Versicherung

Eidesstattliche Versicherung

HELDT, CHRISTIAN

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Soteria

Eine milieutherapeutische Methode zur Behandlung schizophrener Erkränkungen
Ideengeschicht - Besonderheiten - aktuelle Ergebnisse und klinische Daten
einer 5-Jahres-Kohorte am Klinikum München Ost

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und
alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als
solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle
einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in
ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades
eingereicht wurde.

München, 01.12.2015

Ort, Datum

Unterschrift Dozent/Dozentin