Referat bei der Veranstaltung "Krisenpension – Ein Modell der integrierten Versorgung", Berlin, Rathaus Schöneberg, 13. Februar 2008

Peter Lehmann

Erfahrungen mit der Krisenherberge in Ithaca, New York State

Ich möchte – stark verkürzt – die Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie, das Crisis Hostel (Krisenherberge), wiedergeben, über die Jeanne Dumont und Kristine Jones einen Beitrag für das 2007 erschienene Buch "Statt Psychiatrie 2" verfasst haben. Jeanne Dumont ist eine promovierte psychiatriebetroffene Forscherin, die das nationale Forschungsprojekt leitete; sie hat beträchtliche Erfahrung in der Erstellung rechnergestützter Wissenslandkarten für Theoriebildung, Programmplanung und Evaluation. Die promovierte Ökonomin Kristine Jones arbeitet im Bereich Statistik und Dienstleistungserforschung am Nathan-Kline-Institut in Orangeburg, New York State; sie forschte über den Einfluss von traumatischen Erfahrungen Psychiatriebetroffener auf die Behandlungskosten und von Managed Care auf die sozialen Kosten, führte diverse Kosten-Nutzen-Analysen von spezialisierten psychiatrischen Diensten in den USA durch und erforschte Finanzierungsmodelle von Trägern psychiatrischer Dienste.

Hauptziel der Krisenherberge war es, einen Ort in Tompkins County im Bundesstaat New York bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die einen Psychiatrieaufenthalt für nötig hielten und/oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Von 1994 bis 1996 arbeiteten hier Menschen mit einschlägigen Erfahrungen nach ein paar einfachen Regeln; es gab dort die Möglichkeit zum Meditieren, zur Massage und zum Austoben. Die Planung hatte mehrere Jahre gedauert, finanziert wurde das Projekt von der Mental Health Association (ein gemeinnütziger psychosozialer Verein) im Tompkins County mit dem Ziel, eine selbstständige Betroffenenorganisation aufzubauen.

Das Programm der Krisenherberge bestand aus zwei Komponenten: zum einen dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung, verbunden mit Unterstützung in einer Beratungsstelle; zum anderen einer Unterkunft für Leute, die auf Grundlage eigener Einschätzung diese benötigten, weil sie sich in Gefahr wähnten, psychiatrisch untergebracht zu werden. Während der Planungs- und Entwicklungsphase waren es im Wesentlichen Psychiatriebetroffene, deren Initiative, Fachwissen, Überlegungen und Arbeitskraft das Projekt voranbrachten. Die Art der Auswertung sollte den Nutzern des Projekts und den Geldgebern Aufschluss darüber geben, wie das bestehende psychiatrische Dienstleistungssystem verbessert werden kann.

Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Betroffenen, das zwangfreie nichtmedizinische Modell, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung als Basis.

Bei der Auswertung der Resultate lagen die Daten von 265 Leuten zugrunde, über deren Aufnahme in die Krisenherberge per Zufallsauswahl entschieden worden war. Alle Teilnehmer an der Studie hatten Diagnosen nach dem DSM-III R ("Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen"). Sie hatten beträchtliche Klinikaufenthalte hinter sich, die Mehrheit war vier Mal oder häufiger eingewiesen worden, wobei der längste Aufenthalt durchschnittlich länger als einen Monat währte.

Die Personen der Testgruppe hatten Zugang zu allen Angeboten der Krisenherberge; dies betraf die Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Krisenherberge, Krisenunterstützung, längerfristige Workshops, Beratung durch andere Betroffene, Rechtsberatung, Zugang zu einem Raum zum Toben oder Entspannen und zur Übernachtung. Die Inanspruchnahme dieser Angebote war freiwillig. Während der Dauer der Studie mussten die Gäste für diese Dienste nichts bezahlen selbst kleine Gebühren wurden von den Zuwendungsgebern nicht zugelassen). Wie die Kontrollgruppe hatten auch die Teilnehmer der Testgruppe Zugang zu den üblichen Diensten. Die Kontrollgruppe konnte keine Angebote der Krisenherberge in Anspruch nehmen. Ansonsten wiesen die Mitglieder der beiden Gruppen keine grundsätzlichen Unterschiede auf.

Die Teilnehmer wurden bei der Aufnahme in die Studie und dann wieder nach sechs und zwölf Monaten beurteilt, und zwar hinsichtlich Selbstermächtigung, Gesundung, Symptomen, Klinikaufnahmen und Aufenthaltsdauer, beruflicher Situation und Zufriedenheit mit den Dienstleistungen. Sie wurden auch zum Aufenthalt in der Krisenherberge, in der örtlichen Klinik und in psychiatrischen Landeskrankenhäusern und zur Inanspruchnahme von spezialisierten psychiatrischen Gemeindeeinrichtungen befragt.

Nach sechs Monaten wies die Testgruppe bessere Gesundungsresultate auf ($p = 0.04$), was sich auch nach zwölf Monaten bestätigte ($p = 0.05$). [Der p-Wert sagt aus, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass der gemessene Unterschied dem Zufall entspringt. Ist beispielsweise p unter 0.05, dann bedeutet dies, die Wahrscheinlichkeit, dass der gemessene Unterschied zwischen zwei Vergleichsgruppen auf Zufall beruht, ist kleiner als 5 % – P.L.] In Hinblick auf den Faktor Selbstermächtigung hatte die Testgruppe nach sechs Monaten ($p = 0.02$) und nach zwölf Monaten ($p = 0.01$) höhere Werte als die Vergleichsgruppe. Beide Gruppen berichteten, über die gesamte Dauer der Studie gleich viele Stunden bezahlt oder ehrenamtlich gearbeitet zu haben.

Berichte der Testgruppe überraschen wohl wenig, wonach die Krisenherberge zeitnähere und hilfreichere Krisenhilfe geleistet habe mit sachkundigerem Personal, das die Rechte der Betroffenen mehr respektierte als die üblichen Krisendienste. Die Testgruppe erlebte eine stärkere Unterstützung bei der Gesundung und Selbsthilfe als die Kontrollgruppe. Insgesamt war in der Testgruppe die Zufriedenheit mit den Angeboten höher als in der Kontrollgruppe ($p = 0.00$).

Obwohl in dem Halbjahr vor Beginn der Studie in der Testgruppe die Rate von Klinikaufenthalten höher lag (24,7 % gegenüber 17,5 %), war sie in den ersten sechs Monaten mit 11,9 % vergleichbar der Rate von 12,6 % in der Kontrollgruppe. Auch wenn der Unterschied statistisch unauffällig war, sank die Rate in der Testgruppe im zweiten 6-Monats-

Intervall auf 7,7 % gegenüber einer nahezu gleichbleibenden Rate von 13,2 % in der Kontrollgruppe.

Von den Personen mit Klinikaufenthalten verbrachte die Testgruppe weniger Zeit in der Klinik als die Kontrollgruppe. Im Jahresdurchschnitt lag die Aufenthaltsdauer in der Testgruppe bei 10,7 und in der Kontrollgruppe bei 15,2 Tagen, also um fast 50 % höher. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, aber ein Ansatz mit wiederholten Messungen, der alle Teilnehmer berücksichtigte, ergab einen signifikanten Unterschied in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ($p = 0.02$).

Zur Frage, ob ein Dienstleistungssystem mit integrierter Krisenherberge billiger ist, zeigte ein Vergleich der Klinikkosten der zwei Gruppen (gemessen als Aufenthalts- und Behandlungskosten in der Notaufnahme), dass Personen mit Zugang zur Krisenherberge während der Dauer der Studie wesentlich weniger Kosten in der Psychiatrie verursachen ($p = 0.05$). Diese lagen im Durchschnitt bei $ 1057, in der Kontrollgruppe bei $ 3187. Hier waren die Kosten für Krisendienste doppelt so hoch wie in der Testgruppe. Selbst wenn man die Kosten für die Krisenherberge zu den Kosten weiterer in Anspruch genommener Krisendienste hinzuzählt, bleiben die Kosten in der Testgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe. Die durchschnittlichen Gesamtkosten der Testgruppe für Krisendienste lagen bei nur $ 2018, mehr als ein Drittel unter den durchschnittlichen Kosten der Kontrollgruppe.

Wenn man alle spezialisierten psychiatrischen Dienste – sowohl die Krisendienste wie auch die psychiatrischen Gemeindedienste und die Programme für betreutes Wohnen – zusammenrechnet, hatte die Testgruppe immer noch niedrigere Behandlungskosten. Die durchschnittlichen Kosten für diese erweiterten Arten von Dienstleistungen lagen bei $ 9088, die der Kontrollgruppe bei $ 13919. Dies bedeutet eine Kostenersparnis von durchschnittlich $ 4831 pro Person in nur einem Jahr!

In fast allen Bereichen waren bei Personen, die durch Zufallsauswahl Zugang zur Krisenherberge gewonnen hatten, die Ergebnisse besser und die Kosten niedriger. Sie zeigten größere Fortschritte bei der Gesundung, Selbstermächtigung und Zufriedenheit. Sofern es überhaupt zu Ausfällen im Arbeitsleben kam, waren diese geringer. Klinikaufenthalte waren im Schnitt seltener und kürzer. Kosten für Krisendienste und die Gesamtkosten für psychiatrische Dienste waren für die Testgruppe niedriger als für die Kontrollgruppe.

Fazit: Dieses mit der Krisenpension Berlin relativ vergleichbare Projekt arbeitete preiswerter, hatte bessere Ergebnisse als die Psychiatrie und den Betroffenen ging es anschließend besser als normalen Psychiatriepatienten.

Quelle

- Jeanne Dumont / Kristine Jones: "Die Krisenherberge – Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie", in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): "Statt Psychiatrie 2", Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 186-194 (E-Book 2022) (Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm)