

# Konzept für die Seelsorge in der Psychiatrie

## 1. Zur Entwicklung der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten

Ausgangspunkt und Bündelung der Veränderungen der psychiatrischen Landschaft war der Abschluss der Psychiatrieenquete 1975 und deren Fortschreibung durch die Expertenkommission 1988. Aus den ehemals großen Anstalten wurden mehr und mehr psychiatrische Akutkliniken, neben denen sich gleichzeitig neue Hilfeformen und Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen entwickelten.

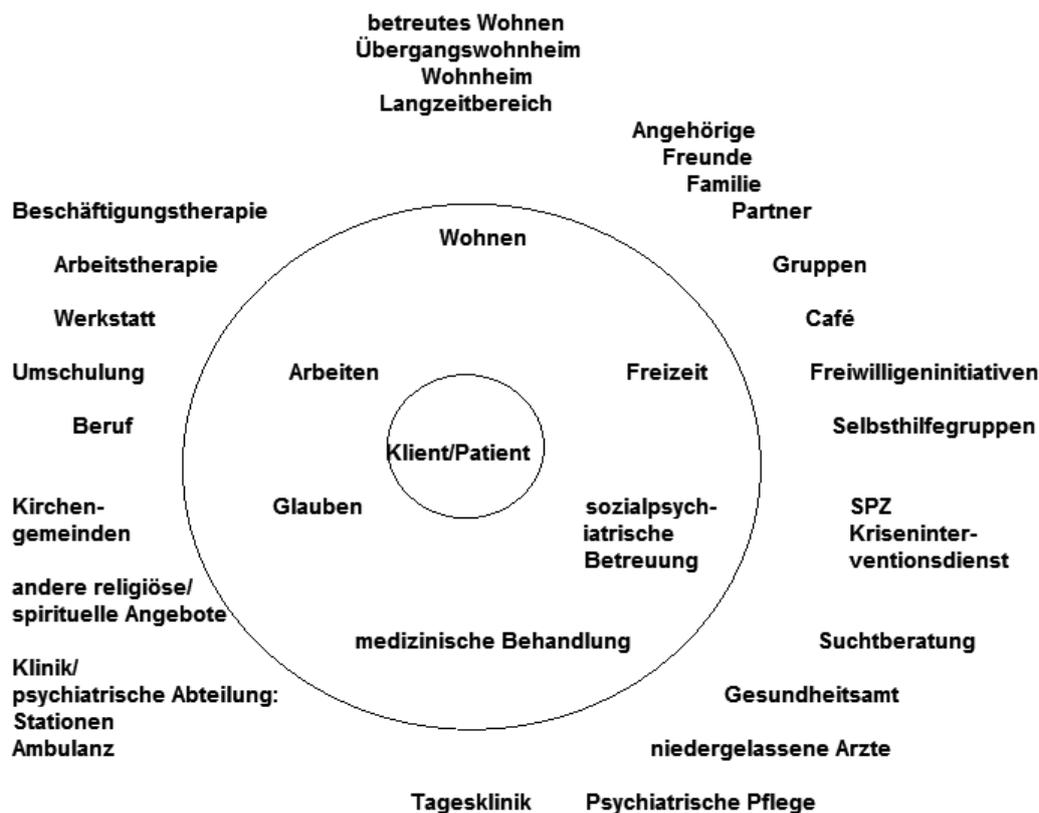
Der Prozess der Enthospitalisierung soll dem Verlust sozialer Rollen, der Unselbständigkeit aufgrund universeller Reglementierung, der sozialen Isolation, Stigmatisierung und Verarmung psychisch kranker und behinderter Menschen entgegenwirken und dazu beitragen dass sie befähigt werden, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten. Die Erkenntnis hat sich durchgesetzt, dass Hilfe im jeweils eigenen Lebensumfeld ansetzen muss. "Ein Bett ist keine Wohnung." Lebensfeldzentrierte Rehabilitation und Eingliederung will den Lebensmittelpunkt, die eigene Wohnung, erhalten, bzw. Menschen ermöglichen, wieder in der eigenen Wohnung oder der eigenen Umgebung zu leben.

War die Vergangenheit von einem Nebeneinander von Klinik und komplementären Einrichtungen geprägt und entsprechend von einem einrichtungszentrierten Hilfeansatz, so gewinnt heute der personenzentrierte Ansatz und die Zusammenarbeit aller am sozialpsychiatrischen Netz Beteiligten zunehmend an Bedeutung.

## 2. Darstellung des sozialpsychiatrischen Netzes

Das Schaubild soll eine Übersicht geben über die breite Auffächerung der psychiatrischen Hilfen einer Stadt oder Gemeinde, das heißt einer sozialpsychiatrischen Region. Entsprechend dem Einleitungsgedanken, dass das Hilfsangebot auf den einzelnen Menschen individuell ausgestaltet werden soll, steht er / sie auch in der Mitte des Schaubildes.

Von besonderer Bedeutung ist sicher neben der vormals allem zentralen Funktion der psychiatrischen Großklinik die Einrichtung des sozialpsychiatrischen Zentrums in den Städten und Gemeinden. Mit all seinen Beratungs- und Hilfsangeboten ist es eine einmalige oder gelegentliche oder regelmäßige Anlaufstelle für Menschen, die Hilfe suchen.



Die Darstellung des sozialpsychiatrischen Netzes belegt, dass mit der Verkleinerung der Großkliniken psychisch kranke und behinderte Menschen nicht ohne weiteres in ihre Wohnortgemeinde integrierbar sind, sondern dass sie auf eine Vielzahl neuer institutioneller Hilfen angewiesen bleiben.

### 3. Die psychiatrische Klinik im sozialpsychiatrischen Netz

Im Rahmen der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung bleibt die stationäre Behandlung ein wichtiger Baustein, doch die psychiatrische Klinik und die neu aufgebauten psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sollen nicht mehr Mittelpunkt, sondern ein Teil des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems einer Region sein.

Der Prozess der Ausgliederung geistig behinderter Menschen, die früher auch in den psychiatrischen Anstalten lebten, in eigene Einrichtungen (z. B. Heilpädagogische Heime des LVR), ist zum Teil schon abgeschlossen, bzw. sehr weit fortgeschritten. Auch chronisch psychisch kranke Menschen aus den Langzeitbereichen der Klinik werden in Heimbereiche verlegt.

So sind inzwischen psychiatrische Akutkliniken entstanden mit Strukturen, die denen der somatischen Krankenhäuser vergleichbar sind, mit den Abteilungen: allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abt. für Suchtkrankheiten, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie und Forensik - mit stationärer Behandlung, Tagesklinik, Ambulanz, Reha- und Langzeitbereich und vielfältige Therapieformen. (Psychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie ... )

Da die Akutbehandlung einer psychischen Krise im Vordergrund steht, ist die Verweildauer wesentlich kürzer geworden und sind die Fallzahlen gleichzeitig gestiegen. Die Umsetzung

der Psychiatriepersonalverordnung hat in der ersten Hälfte der neunziger Jahre schrittweise zu einer erheblichen Aufstockung des Personals geführt.

Die Voraussetzung für die Aufnahme in die Klinik ist neben der medizinischen Indikation dass das Stütz- und Hilfesystem der Familie und Gemein& Überfordert ist, bzw. dass die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zumindest zeitweilig nur innerhalb des klinischen Schutzraums gelingen kann. Zusätzlich zur Aufgabe der medikamentösen Behandlung der psychiatrischen Krankheiten und der Heilung, bzw. Besserung der Krankheitssymptome hat der stationäre Aufenthalt verstärkt Ziele, die sich aus der Kooperation mit den komplementären Einrichtungen ergeben wie

- Förderung der Integration ins eigene Lebensumfeld
- Befähigung der Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung der Erkrankung
- Befähigung zur Inanspruchnahme der Hilfen vor Ort
- Entwicklung differenzierter Behandlungsstrategien, damit nicht nur geheilte Patientinnen und Patienten entlassen werden können, sondern auch die mit chronischem Verlauf der Krankheit
- konzeptionelle Mitwirkung an der Entwicklung der komplementären Einrichtungen.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Qualitätsstandards für die medizinische und pflegerische Betreuung, ist es jetzt notwendig, den seelsorglichen Beitrag zu einem Gesamtbehandlungskonzept, das von einem mehrdimensionalen Verständnis von psychischer Erkrankung, von einer multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Behandlung und einer Bedarfsorientierung am je einzelnen Menschen ausgeht, neu zu formulieren.

#### **4. Konsequenzen für ein Seelsorgekonzept im sozialpsychiatrischen Netz**

Die derzeitige Praxis psychiatrischer Seelsorge hat sich strukturell aus der Anstaltspsychiatrie entwickelt. Sie ist immer noch - im evangelischen Bereich - weitgehend auf die großen psychiatrischen Einrichtungen beschränkt, obwohl der zu begleitende Personenkreis psychisch erkrankter Menschen seinen Lebensmittelpunkt längst über die Grenzen der Anstalt / Klinik hinaus in die gesamten des sozialpsychiatrischen Netzes verlagert hat.

Eine neue Konzeption von Psychiatrie-Seelsorge muss der veränderten Situation, die durch die Psychiatrie-Reform entstanden ist, Rechnung tragen: War die Erreichbarkeit von Patienten und Patientinnen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und das Eingebundensein in die Institution früher in den psychiatrischen Anstalten von Seiten der Seelsorge direkt und umfassend gegeben, so ist dies jetzt allein über den stationären Klinikbereich nur begrenzt möglich. Will Seelsorge und Kirche weiterhin in der Psychiatrie präsent bleiben und für psychisch Erkrankte da sein, muss sie den Bedingungen des erweiterten Arbeitsgebietes gerecht werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei gleichzeitigem Bettenabbau in den Kliniken die Zahl der psychisch Erkrankten gestiegen ist ebenso wie die der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb des sozialpsychiatrischen Netzes und natürlich die der Einrichtungen selbst, zu denen die Seelsorge Kontakt aufbauen muss.

Neben solchen psychisch erkrankten Menschen, die nach ihrem Klinikaufenthalt mehr oder weniger nahtlos in ihre sozialen Bezüge zurückkehren können, gibt es viele dauerhaft oder wiederholt psychisch Erkrankte, die erfahrungsgemäß - aufgrund ihrer besonderen, sie prägenden, und ihre gesamte soziale, kommunikative, geistige und religiöse Existenz tangierenden Erfahrungen im Kontext ihrer Erkrankung - nur innerhalb des sozial

psychiatrischen Netzes das ihnen gemäße Verständnis finden. Weder in der Kommunal- noch in der Kirchengemeinde außerhalb dieses Netzes sind sie wirklich integriert und können damit auch kaum von den Seelsorge-Angeboten der Parochialgemeinden erreicht werden. Der betroffene Personenkreis ist aber aufgrund seiner in allen Lebensbereichen sehr belasteten Lebenssituation auf seelsorgliche Begleitung in besonderer Weise angewiesen.

Aufgrund ihres Selbstverständnisses der besonderen Solidarität mit Belasteten und Benachteiligten der Gesellschaft kann Kirche ihre Präsenz im Bereich der Begleitung psychisch erkrankter Menschen auf keinen Fall vermindern.

Für ein neues Konzept von Psychiatrieseelsorge ist zu beachten, dass Seelsorge

- ihrer Tätigkeit den veränderten Realitäten des Lebensumfeldes psychisch erkrankter Menschen und ihrer institutionellen Einbindungen anpasst und
- inhaltlich fachkompetenten existentiellen, gesundheitlichen und besonderen religiösen Fragestellungen gerecht wird.

### **Orte der Seelsorge**

Gemäß dem personenzentrierten Konzept der psychiatrischen Versorgung muss Psychiatrie-Seelsorge für die Menschen ansprechbar sein, ob sie sich z. Z. stationär in einer Klinik aufhalten oder an anderen Orten des sozialpsychiatrischen Netzes.

Es ist die Aufgabe für die jeweilige konkrete Ausgestaltung eines Konzeptes der Psychiatrie-Seelsorge für eine bestimmte Arbeitsregion, mögliche und sinnvolle Seelsorgeangebote an den verschiedenen Orten dieses Netzes zu formulieren. Je nach konkreter regionaler/örtlicher Ausgestaltung des Netzes sowie seiner Träger und der kirchlich-diakonischen Strukturen werden diese Angebote unter Umständen große Unterschiede aufweisen.

Es müssen leistbare und den jeweiligen Gegebenheiten gemäße Schwerpunkte gesetzt werden:

Ein Schwerpunkt wird in jedem Falle weiterhin die psychiatrische Akutklinik oder die psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses sein: Viele Erstkontakte werden hier geknüpft durch Begleitung in der akuten Krise und aus ihr heraus Hilfe bei der Verarbeitung und Integration des in der Krise Erlebten in Lebenskonzepte und religiöse Interpretationszusammenhänge usw. Je weiter die Entwicklung in Richtung Akutkrankenhaus fortschreitet, desto dringlicher wird darauf zu achten sein, wie der in der Klinik aufgebaute Kontakt nach der Entlassung im Sinne des personenzentrierten Ansatzes weitergeführt werden kann.

Die Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenhäuser macht es dringlich, dass die Seelsorge ihren Platz im Gefüge des Krankenhauses für PatientInnen, MitarbeiterInnen und Institution der veränderten Situation gemäß bestimmt und einnimmt: Neben Gottesdiensten/Andachten und Einzelseelsorge sind dies: Gruppenangebote für stationäre und z. Z. nicht stationäre Menschen, Gruppen auf geschlossenen Stationen, Entbindung in Stationsteams / Abteilungskonferenzen, kulturelle Angebote, Seelsorge mit Mitarbeitenden, Beteiligung an der innerbetrieblichen Fortbildung, Ansprechbarkeit auf Ethikunterricht an Krankenpflegeschulen, Angehörigenarbeit, Arbeit mit Beteiligung an Ethikkommissionen ...

- Seelsorge in der Klinik/der psychiatrischen Abteilung ehemalige Patientinnen und Patienten durch Einzel- und Gruppengespräche, Einladung zu Gottesdiensten und kulturellen Angeboten
- Angebote von regelmäßigen Sprechstunden, Anwesenheitszeiten Einzel- oder Gruppengesprächen, Freizeiten in Tagesstätten, Tageskliniken, Einrichtungen der Suchthilfe
- Hausbesuche bei psychisch Erkrankten, sei es in Einzelwohnsituationen, sei es in kleineren oder größeren Wohneinheiten des Betreuten Wohnens oder in Wohnheimen
- Kontakte zu Werkstätten, Selbsthilfeeinrichtungen, Angehörigenorganisationen usw.
- Kontakte zu Kirchengemeinden durch Informationsveranstaltungen - auch im Sinne der Prävention -, Hilfe für Gemeindepfarrerinnen und -pfarrer beim Umgang mit psychisch Erkrankten in Einzelkontakten und Gemeindegruppen, Begleitung von Ehrenamtlichen und Unterstützung von Initiativen von Kirchengemeinden, um die weitergehende Integration von (ehemaligen) Patienten und Patientinnen in die Gemeinde zu fördern.
- Beteiligung an allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit

### **Kompetenz der Psychiatrieseelsorge**

Der Seelsorger, die Seelsorgerin in der Psychiatrie muss, um diese Arbeit verantwortlich und nachhaltig tun zu können, zusätzlich zu einer seelsorglichen Qualifikation

- Kenntnisse über die spezifischen, existentiellen und sozialen Gegebenheiten psychisch Erkrankter haben, psychiatrische Krankheitsbilder kennen und mit dem therapeutischen Team in Diskurs über die
- Mehrdimensionalität psychischer Erkrankungen, einschließlich der religiösen Dimension, treten können
- Kontakte zu den Institutionen des sozialpsychiatrischen Netzes aufbauen und gegebenenfalls seelsorgliche Aspekte in deren alltägliche Arbeit und Konzepte einbringen, den Glauben und die Religiosität des Gegenübers achten und zugleich den christlichen Glauben und die biblischen Traditionen in die Begegnung einbringen
- bereit sein zu fachlicher Aus- und Weiterbildung sowie zur Inanspruchnahme von Supervision.

Darüber hinaus muss Psychiatrieseelsorge die existentielle Bedeutung ungewöhnlicher religiöser Erfahrungen und Vorstellungen einschätzen und würdigen können. Auch hier besteht eine besondere Verantwortung und Chance für die Kirche.

In und nach einer psychischen Krise brechen oft religiöse Fragen in großer Intensität auf. Die Patienten und Patientinnen suchen Verständnis und Antworten bei dem, der/die sich als Fachmann/Fachfrau auf religiösem Gebiet anbietet. Ist kein Seelsorger der großen Kirchen in ihrem Lebensumfeld erreichbar, springen andere in diese Lücke. Die Psychiatrie ist ein Gebiet, in das Sekten und esoterische Gruppierungen verstärkt als "Missionsgebiet" einzusteigen versuchen. Psychisch Kranke sind oft besonders anfällig für solche Versuche und bedürfen des Schutzes durch eine geordnete fachlich kompetente Seelsorge. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind den religiösen Fragen und Erlebnissen der Patienten ebenso massiv ausgesetzt und müssen versuchen, Antworten zu geben. Sie sind zudem oft in Gefahr, religiöses Erleben vorschnell als Krankheitssymptom, anzusehen. Sie sind dabei angewiesen auf Unterstützung und Diskurs mit der Seelsorgerin/dem Seelsorger, der/dem dabei eine wichtige multiplikatorische Aufgabe zukommt.

## 5. Konsequenzen für die Errichtung von Psychiatriefarrstellen

Aufgrund der Psychiatriereform gibt es nicht weniger psychisch kranke Menschen, sondern ein größer werdender Anteil von ihnen lebt außerhalb der psychiatrischen Klinik. So ist es notwendig, seelsorgliche Begleitung durch die Psychiatrieseelsorge für die Menschen anzubieten, die über den Klinikaufenthalt hinaus dauerhafte Unterstützung im sozialpsychiatrischen Netz benötigen. Deshalb sind zwei Bemessungsgrößen für die Seelsorgearbeit in der Psychiatrie ausschlaggebend. Beide Arbeitsfelder, sowohl die psychiatrische Klinik bzw. die psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus als auch der außerklinische Bereich der psychiatrischen Versorgung müssen Berücksichtigung finden.

Die erste Richtzahl ist die Bettenzahl der Klinik. Sie muss die erhebliche Steigerung der „Fallzahlen“ in der Psychiatrie, den hohen Gesprächsbedarf, die Relation zur Zahl der Mitarbeitenden, denen das seelsorgliche Angebot ebenso gilt, und den Bedarf und die Chance zur Mitwirkung bei der Milieu-gestaltung in der Psychiatrie berücksichtigen.

Um die Seelsorgearbeit für die Menschen im sozialpsychiatrischen Versorgungsbereich außerhalb der Klinik gewährleisten zu können, muss eine zweite Richtzahl eingeführt werden. Wegen der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den einzelnen Regionen scheint dem Umfang der hier zu leistenden Seelsorgearbeit eine Richtzahl angemessen und praktikabel, die der Hälfte der stationären Betten entspricht.

Anknüpfungspunkte für die Psychiatrieseelsorge im außerklinischen Bereich können gut sein: sozialpsychiatrische Zentren, Tageskliniken, Tagesstätten, Wohnheime sowie Einrichtungen der Suchthilfe und auch Treffpunkte für psychisch Kranke in Kirchengemeinden.

Ortsgemeinden können die seelsorgliche Arbeit dort kaum leisten, weil die Klienten in der Regel aus einem im Verhältnis zur Parochie weit größeren Einzugsgebiet in die psychiatrische Tageseinrichtung kommen. Seelsorgerinnen und Seelsorger einer psychiatrischen Klinik können ihre Kenntnis der Klientel und der Einrichtungen des sozialpsychiatrischen Netzes sowie ihr Fachwissen zu einer angemessenen Seelsorgearbeit nutzen. Indem die Seelsorgerin und der Seelsorger die Klienten und Klientinnen in der nachgehenden therapeutischen Einrichtung aufsucht, wird dem Konzept der personenzentrierten, gemeindenahen psychiatrischen Versorgung Rechnung getragen.

In den Regionen, in denen der Versorgungsbereich einer psychiatrischen Klinik oder von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, um die herum sich erfahrungsgemäß die meisten nachgehenden therapeutischen Einrichtungen gruppieren, die Grenzen eines Kirchenkreises überschreitet, finanzieren die Kirchenkreise im Versorgungsbereich der psychiatrischen Klinik nach einem von ihnen gemeinsam erarbeiteten Schlüssel die Seelsorgearbeit gemeinsam. In gegenseitigem Einverständnis (z. B. weil es zu einem Ausgleich auf anderem Gebiet gekommen ist) kann von dieser Regel abgewichen werden. Das Einverständnis der betroffenen Kirchenkreise ist durch Beschluss der verantwortlichen Gremien in den Kirchenkreisen jeweils festzustellen.

Düsseldorf, 2000

Der Vorstand des Konvents der Krankenhauseelsorgerinnen und -seelsorger in der EKIR (Erarbeitet vom Arbeitskreis der Psychiatrieseelsorger in der EKIR)