



DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

**DAS KURZFORTBILDUNGS-
PROGRAMM DER DGSP**

enthält über 60 Seminarange-
bote mit einem breiten Spek-
trum (sozial-)psychiatrischer,
therapeutischer & psychia-
trierpolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fort-
bildungen finden an fünfzehn
verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum:
Psychoseverständnis und Beziehungs-
gestaltung, Borderline-Störung,
Umgang mit Suizidalität, Krisen-
intervention, Umgang mit Psycho-
pharmaka, Psychose und Sucht,
Recovery, Stimmenhören,
Forensik, Burnout-Prophylaxe u.v.a.

Bestelladresse
**DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V.**
ZELTINGER STR. 9 · 50969 KÖLN
TEL.: (02 21) 51 10 02 · FAX: (02 21) 52 99 03
DGSP@NETCOLOGNE.DE ·
WWW.PSYCHIATRIE.DE/DGSP

DENK-*an*- STÖßE

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02

Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.psychiatrie.de/dgsp



Warum „DENK-AN-STÖBE“?

Die Psychiatrie verändert sich. Nicht nur zu ihrem Vorteil. Längst sind die Entwicklungen nicht mehr so spektakulär wie zu den Zeiten der Psychiatriereform, an der die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) maßgeblich beteiligt war. Aber wir mischen uns weiterhin ein: Wir engagieren uns für die Verbesserung der Behandlungsbedingungen im Interesse der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wir setzen uns ein für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie. Und: Die DGSP steht für den Dialog, d.h. für die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Profis, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.

Das will die DGSP – mach mit!

Für dieses Engagement ist die DGSP auf die Hilfe und aktive Mitarbeit ihrer Mitglieder angewiesen. Doch was will die DGSP genau? Wofür tritt sie ein?

Um Kolleginnen und Kollegen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen wichtige Positionen, Aktivitäten und Forderungen der DGSP vorzustellen, haben wir „DENK-AN-STÖBE“ entwickelt.

Sie wurden im Anschluss an den DGSP-Verbandstag im September 2007 von einer Arbeitsgruppe formuliert und im erweiterten Vorstand der DGSP in Kleingruppen diskutiert und abgestimmt.

Die hier vorliegende 2. Auflage wurde um die in der Zwischenzeit erstellten „Denkstöße“ zu den Themen Heime (Seite 20), Suchtkrankenhilfe (Seite 21) und Sozialraumorientierung (Seite 22) erweitert.

Themen der Psychiatrie sind immer komplex, weshalb wir uns für eine pointierte Form der Problemstellung entschieden haben. Um Akzente zu setzen, muss nicht das Selbstverständliche noch einmal wiederholt werden. Gerade bei kontrovers diskutierten Problemen wollen wir die Argumente und Bewertungen zuspitzen, um im positiven Sinne AN-STÖßIG zu sein.

Wir wünschen uns, dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, den roten Faden aufgreifen, weiterdenken und sich vielleicht auch zur Mitarbeit in der DGSP anregen lassen. Unter dem Stichwort „TUWAS – mit der DGSP“ weisen die „DENK-AN-STÖBE“ daher auch auf konkrete Möglichkeiten zur Mitarbeit hin.

Die DGSP bietet für die Sozialpsychiatrie eine berufsübergreifende und politisch wie auch finanziell unabhängige (Diskussions-) Plattform. Die Voraussetzungen für einen offenen Meinungsaustausch sind deshalb günstig.

Die „DENK-AN-STÖBE“ können und sollen also Bewegung erzeugen: „Psychiatrie in Bewegung“ bei Kollegen und Kolleginnen, bei Vertretern der Leistungsanbieter, bei den Leistungsträgern, bei Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, in der Politik und auch in der breiten Öffentlichkeit.

Die Psychiatriereform ist längst noch nicht abgeschlossen. Sie muss ständig weiterentwickelt werden.

Auch diese „DENK-AN-STÖBE“ sind nicht statisch. Sie können und sollen kontinuierlich weiterentwickelt und fortgeschrieben werden! Lassen Sie sich anstoßen: Diskutieren Sie mit, machen Sie mit.

Wir freuen uns auf Ihre Reaktion: Ihre Kritik, Ihre Anregungen, Ihre Zustimmung ...

Sagen Sie uns Ihre Meinung unter <http://denkanstoesse.dgsp-ev.de/>

oder nehmen Sie Kontakt auf mit der DGSP-Geschäftsstelle. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen zu den Aktivitäten der DGSP und ihrer Landesverbände und Fachausschüsse, zu den DGSP-Tagungen und -Fortbildungen, zur Fach- und Mitgliederzeitschrift „Soziale Psychiatrie“, zur „Stiftung für Soziale Psychiatrie“ und zur Mitgliedschaft.

Köln, im Oktober 2010

Der Gesamtvorstand der DGSP



Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Str. 9

50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02

Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.psychiatrie.de/dgsp

2., erw. Auflage 10/2010

Inhalt

DENK-AN-STÖBE

1 Psychiatrie „reform“ auf Abwegen	4
2 Rechte psychisch erkrankter Menschen endlich durchsetzen!	5
3 Gute Psychiatrie braucht qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!	6
4 Dialog? – Noch lange nicht erreicht!	7
5 Das Persönliche Budget zwischen Selbstbestimmung und Sparfalle	8
6 Nicht (für dumm) verkaufen lassen: Gesundheit ist keine Ware!	9
7 Früher sterben mit Neuroleptika? – Medikamente auf den Prüfstand!	10
8 Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!	12
9 „Gute Arbeit“ für alle!	14
10 Forensik – aus den Augen, aus dem Sinn?	16
11 Psychiatrische Forschung ja – aber für wen und in wessen Interesse?	17
12 Qualität? – Na klar, aber richtig!	18
13 Keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit!	19
14 Man kommt leicht in ein Heim, aber nur schwer wieder heraus ...	20
15 Suchtkrankenhilfe muss sich vom starren Abstinenzdogma lösen	21
16 Raus aus dem Ghetto – eine Stadt für alle! Inklusion verhindert Ausgrenzung	22

1 Psychiatrie „reform“ auf Abwegen

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Psychiatriereform der 1970er- und 1980er-Jahre bedeutete einen Quantensprung für die Qualität psychiatrischer Behandlung und Versorgung. Die Lebensqualität, besonders der so genannten chronisch Kranken, verbesserte sich erheblich. Respekt vor den Pionieren und ihren Leistungen damals!

Aber jetzt sind wir eine Generation weiter, und die Reformanstrengungen lassen nach. Die Reform muss aber fortgesetzt werden, denn die Lösungen von gestern sind die Herausforderungen der Gegenwart. Psychiatriereform ist heute vielleicht weniger spektakulär als damals, aber genauso notwendig!

Hintergrund:

Anfang der 1970er-Jahre wurde, auch in Deutschland, kritisiert, was für die überwiegende Anzahl psychisch erkrankter Menschen Versorgungsnormalität war: Landeskliniken mit riesigen Einzugsgebieten, monströse Anstalten in erbärmlichem Bauzustand, mit verkrustetem Management, demotiviertem Personal – kurz und schlecht, mit allen Symptomen der „totalen Institution“ (Erving Goffman). Es war gut und richtig, die Patientinnen und Patienten aus dieser Perspektivlosigkeit herauszuholen.

Heute haben wir leistungsfähige, ausdifferenzierte gemeindepsychiatrische Netzwerke. Aber auch die haben ihre Tücken und sind teilweise schon etwas „in die Jahre gekommen“. Die rasante gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahre stellt zusätzlich neue Herausforderungen.

Beispiel:

Neben ungelösten alten Problemen wachsen neue nach:

- Psychiatrie-Erfahrene beklagen die Isolation im „ambulanten Ghetto“;
- schwer beeinträchtigte Menschen fallen aus dem psychiatrischen Hilfesystem heraus in die Obdachlosenhilfe;
- ungebrochen ist der Boom der Heime – trotz der gesetzlichen Vorgabe „Ambulant vor stationär“;
- ein spezieller „Markt“ hat sich für geschlossene Heimplätze gebildet – bei steigender Nachfrage ist mit einer Ausweitung der Plätze zu rechnen;
- durch die Deckelung der Krankenhausbudgets mithilfe der Bundespflegegesetzverordnung wird die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ausgehebelt;
- die zunehmende Spezialisierung klinischer Bereiche konterkariert integrative und milieutherapeutische Behandlungsansätze;
- permanent im „Aufwind“ ist die forensische Psychiatrie, in die doppelt so viele Patienten abgeschoben werden wie noch vor zehn Jahren.

In einer stark beachteten Polemik beschreibt Gunther Kruse die forensischen Kliniken des Maßregelvollzugs als „Psychiatrie der Zukunft“ – hier hätten Patient und Arzt wenigstens noch genug Zeit und Verbindlichkeit für eine erfolgreiche Therapie. Kruse wirft der Gemeindepsychiatrie Versagen vor – die Mehrzahl der Rechtsbrecher, die wegen einer psychischen Erkrankung in die Forensik eingewiesen werden, sei vorher im gemeindepsychiatrischen System gewesen; dort seien die Betroffenen offensichtlich nicht erfolgreich behandelt und betreut worden.

Die DGSP fordert:

- Das Schlagwort „Inklusion“ muss endlich mit Leben erfüllt werden: Menschen nicht erst ausgrenzen, um sie dann mühsam wieder zu rehabilitieren. Inklusion muss psychisch kranken Menschen erlauben, ihr Anderssein, ihre Einzigartigkeit leben zu können, wo und wie sie möchten. Dazu gehört eine deutlich bessere Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung und der Ausbau von Hometreatment, was unter anderem in Finnland bereits erfolgreich erprobt wird.
- Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit seelischer Behinderung: Das Sozialgesetzbuch (SGB) IX muss endlich Wirkung entfalten, z.B. im Bereich der Soziotherapie (SGB V).

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP bezieht Position: da, wo es um individuelle, personenbezogene Lösungen geht, wo die Institutionen lernen müssen, sich den Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen – und nicht umgekehrt. Gleichzeitig ist hier der Ort für Kontroversen: Heimbewohner sind nicht immer „Geiseln“, aber das Taschengeld-dasein ist armselig. Klienten erleben die Gemeindepsychiatrie oft auch als Schutzraum, nicht nur als Ghetto. Die viel beschworene Nutzerorientierung muss endlich Wirklichkeit werden.
- Die DGSP ist fachpolitische Heimat – ein multiprofessionelles Hilfenetz von und für Profis. Hier wird anerkannt, dass psychiatrische Arbeit schön und ganz schön anstrengend ist. Psychiatrie ist nicht immer nur „Verhandeln statt behandeln“, ist meistens auch Widerstand, Sachzwang, doppelter Auftrag – oft bei bescheidenem Lohn und unsicherer Berufsperspektive. DGSPler finden gemeinsam Orientierung, üben sich im aufrechten Gang, formulieren ihre Ethik. DGSP ist gelebte Burnout-Prophylaxe!

TUWAS – mit der DGSP:

Die DGSP braucht Psychiatrieprofis, die mit Lust und Fantasie die „Mühen der Ebene“ bewältigen. „Die Psychiatrie ist die Disziplin der Geduld, der Langmut“ (Luc Ciompi). Wir meinen, es darf gern „brennende Geduld“ sein!

* Gunther Kruse: Forensik – die Psychiatrie der Zukunft? In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/2005, S. 31.

2 Rechte psychisch erkrankter Menschen endlich durchsetzen!

Daran nehmen wir Anstoß:

Psychisch erkrankte Menschen können vielfach – trotz aller gegenständlichen Beteuerung – bis heute ihre Rechte nicht durchsetzen. Und psychisch erkrankte Menschen erfahren immer noch Unrecht!

Hintergrund:

- Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) sind bundesweit unterschiedlich und in einigen Bundesländern fehlen sogar solche Gesetze. An deren Stelle tritt dann ein Ordnungs- und Polizeirecht, das den Bedürfnissen und Erfordernissen psychisch erkrankter Menschen nicht gerecht wird.
- Ein weiteres Konfliktfeld ist die Zwangsbehandlung, die nur unter Abwägung der Verhältnismäßigkeit rechtlich zulässig ist. Ob es zu Zwangsbehandlungen kommt, hängt somit von den „Verhältnissen“ ab, also von den Einstellungen und der Qualifikation der Behandler und eventuell der rechtlichen Betreuer, von der aktuellen Personal- und Belastungssituation auf der Station usw. Das heißt aber auch: Mängel in der Versorgungsstruktur führen „zwangsläufig“ zu unverhältnismäßiger oder sogar missbräuchlicher Rechtseinschränkung. Doch Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte müssen die Ausnahme und das allerletzte Mittel sein, um Schaden von der Person oder von Dritten abzuwenden – strukturelle Mängel dürfen nicht als Begründung für Zwangsmaßnahmen herangezogen werden. Denn psychisch erkrankte Menschen haben einen Anspruch auf qualitativ gute medizinische Behandlung!
- Die Umsetzung der gesetzlich normierten Leistungen zur Soziotherapie (§ 37a SGB V) wird durch die rigide Bewilligungspraxis der Krankenkassen vielfach verschleppt oder verhindert. Rechtsnormen werden von Kostenträgern unsinnig eng ausgelegt. So wird notwendige Hilfe verweigert und die vom Gesetzgeber beabsichtigte Vermeidung von Krankenhausaufenthalten unterlaufen.
- Psychisch erkrankte Menschen sind oftmals aufgrund ihres Leidens nicht mehr in der Lage, ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft sicherzustellen. In diesem Fall tritt eine Unterstützung nach SGB XII unter dem Vorbehalt ein, das eigene Vermögen bis zur gesetzlichen Freigrenze einzusetzen und zu verbrauchen. Lebenspartnern oder Eltern/Kindern droht, zur Unterstützung herangezogen zu werden. Die Teilhabemöglichkeiten werden damit deutlich eingegrenzt, materielle Abhängigkeiten innerhalb der Familie geschaffen und/oder verfestigt – psychisch erkrankte Menschen werden so zu hilflosen und „armen Irren“.

Beispiel:

Psychisch erkrankte Menschen in der Klinik sehen sich vermehrt einem „Entlassdruck“ durch die Krankenkassen ausgesetzt, der dazu führt, dass sie „anbehandelt“ entlassen werden. Unsinnigerweise wird so nach kürzester Zeit vielfach eine Wiederaufnahme notwendig. Dies widerspricht dem Grundsatz in § 1 SGB V. Dort heißt es: „Die Krankenversicherung ... hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Unberücksichtigt bleibt die Tatsache, dass die oftmals dramatisch ablaufende Wiederaufnahme in die Klinik für die betroffenen Menschen traumatisierend sein und letztlich einer Chronifizierung der Erkrankung Vorschub leisten kann.

Die DGSP fordert:

- Die politisch Verantwortlichen aller Parteien in Bund, Ländern und Kommunen fordern wir dazu auf, die vielfältige rechtliche Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen abzuschaffen. Die Berücksichtigung der besonderen Situation psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen in einem entsprechend konzipierten Eingliederungs- bzw. Teilhabegesetz sehen wir als einen richtigen Schritt an. Weiterhin fordern wir ein wirkungsvolles Präventionsgesetz, das dazu beiträgt, frühzeitig Hilfen anzubieten, um psychische Erkrankungen bzw. die Chronifizierung so weit wie möglich zu vermeiden.
- Die in den psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen vielfach unreflektierte Praxis der Macht- und Gewaltausübung durch Mitarbeiter lehnen wir ab. Wir fordern die Etablierung einer Kultur des Verhandeln und der partnerschaftlichen Begegnung, die den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen entspricht. Selbsthilfeaktivitäten und Empowerment gilt es aus professioneller Sicht zu erkennen, wertzuschätzen und zu unterstützen.
- Weiterhin verwahrt sich die DGSP gegen jede öffentliche Darstellung, die eine Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen betreibt oder unterstützt. Wir fordern ein umfassendes Diskriminierungsverbot. Den Bürgern, die neben einer psychischen Erkrankung noch mit weiteren Handicaps oder Problemen belastet sind, wie z.B. Flüchtlingen, gilt unsere besondere Aufmerksamkeit, da sie ein spezielles Schutzbedürfnis haben.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP weist durch Stellungnahmen, Anhörungen u.a.m. auf die rechtliche Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen hin. Auch bei Tagungen der DGSP und in den Fortbildungsangeboten des Verbandes ist die unzureichende rechtliche Gleichbehandlung bzw. die fehlende Umsetzung bestehender Rechte Thema. Gemeinsam mit kooperierenden Fachverbänden (z.B. Vormundschaftsgerichtstag e.V.) werden regelmäßig Foren zur Diskussion dieser Fragen angeboten.
- Die DGSP hat mit Unterstützung von „Aktion Mensch“ von 2005 bis 2008 erfolgreich ein Projekt zum Aufbau unabhängiger triadischer Beschwerdestellen durchgeführt. Diese bieten Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen, aber auch psychiatrisch Tätigen die Möglichkeit, Missstände in der psychiatrischen Behandlung und Versorgung öffentlich zu machen. Dem Projekt folgte eine längerfristige zertifizierte Fortbildung für ehrenamtlich Tätige in diesem Bereich.

TUWAS – mit der DGSP:

Die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen wird im Alltag konkret. Deshalb sucht die DGSP Menschen, die hierfür aufmerksam sind und diese Diskriminierung nicht hinnehmen. Es gilt, die Betroffenen bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu ermutigen und zu beraten und im Einzelfall stellvertretend deren Rechte einzufordern. Aber auch gegen die subtile Duldung der rechtlichen Diskriminierung psychisch Erkrankter – auch im Kreise der psychiatrisch Tätigen – ist ein entschiedenes und solidarisches Vorgehen notwendig. Die DGSP versteht sich als Plattform für all diejenigen, die sich diesem Anspruch verpflichtet fühlen.

3 Gute Psychiatrie braucht qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Humanisierung der Psychiatrie mit Beginn der Reform in den 1970er-Jahren ist wesentlich verknüpft mit der Verbesserung der professionellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch gute Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Im Zuge des verschärften Kostendrucks der Träger wird in zunehmendem Maße gespart und gestrichen, gerade auch im Bereich von Supervision und Fortbildung. Ohne kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualifikation psychiatrisch Tätiger droht eine Verschlechterung der Qualität von Behandlung und Betreuung.

Hintergrund:

Optimale psychiatrische Hilfen verlangen ein abgestimmtes Zusammenwirken unter allen professionell tätigen Berufsgruppen, da eine Profession allein nur unzureichend die notwendigen und umfassenden Hilfen leisten kann.

Die Erfahrung der Praxis zeigt: Gemeinsame Haltung, Sprache und Zielorientierung sind Grundvoraussetzung der Kooperation. Solche Qualitäten entwickeln sich am besten im Rahmen gemeinsamer, d.h. berufsgruppen- und institutionsübergreifender Fortbildungen. Psychiatrieentwicklung ist ohne sozialpsychiatrische Bildungsangebote nicht umsetzbar! Ansätze wie Deinstitutionalisierung, personenbezogene Hilfeplanung, Trialog, Sozialraumorientierung usw. stellen psychiatrisch Tätige vor neue und besondere Herausforderungen. Lernen in und an der Psychiatrie eröffnet neue „psychiatrische Horizonte“ und macht widerständig gegen Rückschritte im psychiatrischen Versorgungsalltag!

Beispiel:

Psychische Erkrankungen verlaufen vielfach krisenhaft und führen im Einzelfall zu wiederkehrenden Klinikaufenthalten. Um den betroffenen Menschen trotz des gegliederten Hilfesystems eine kontinuierliche Behandlung und Begleitung anzubieten, sind außer der spezifischen fachlichen Qualifikation eine gemeinsame Grundhaltung und eine gute psychotherapeutische Kompetenz der behandelnden und begleitenden Mitarbeiter im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich für alle Berufsgruppen und über Institutionsgrenzen hinweg erforderlich.

Verlässliche und Halt gebende Beziehungsangebote in personaler Kontinuität sind unentbehrlich für eine grundlegende Besserung des seelischen Befindens und der Integration in das vertraute Lebensumfeld.

Die DGSP fordert:

- Wir fordern von Kostenträgern und Arbeitgebern, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umfangreiche Möglichkeiten der beruflichen Weiterqualifizierung durch finanzielle Unterstützung und Freistellung vom Dienst zu ermöglichen. Die Weiterbildungen müssen sich an sozialpsychiatrischen Grundsätzen und Arbeitsweisen orientieren.
- Es gilt, die Bedeutung gut qualifizierten Personals als ein Qualitätsmerkmal sozialpsychiatrischer Angebote deutlicher als bisher zu würdigen und dessen „Pflege“ als explizite Führungsaufgabe entschieden wahrzunehmen.

Die DGSP ist aktiv:

- DGSP-Fortbildungen fördern die sozialpsychiatrische (Such-) Haltung, verhelfen den Teilnehmenden zu einer gesunden Skepsis gegenüber „letzten Wahrheiten“ und rücken so den „Menschen“ wieder in den Mittelpunkt des Interesses!
- Die DGSP bietet vor dem Hintergrund ihrer fast vierzigjährigen Erfahrung im Bereich sozialpsychiatrischer Fortbildung eine breite Palette von kurz-, mittel- und langfristigen Fortbildungen an. Neben der Vermittlung neuer Entwicklungen aus Theorie und Praxis und der Möglichkeiten, diese umzusetzen, steht die Vermittlung einer sozialpsychiatrischen Grundhaltung im Zentrum der Fortbildungsangebote. Hier ist insbesondere die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA) zu nennen, die neben fundiertem Grundlagenwissen auch Kompetenzen für Führungskräfte vermittelt. Aktuelle Qualifizierungsbedarfe für spezifische Problemstellungen werden durch eine breite Angebotspalette von sozialpsychiatrischen Kurzfortbildungen bedient. Die Fortbildungsangebote der DGSP bieten ein Forum des Austauschs und der Entwicklung.

TUWAS – mit der DGSP:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder, aber auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, die ihre Kompetenz im Umgang mit psychischen Problemen verbessern wollen, sind herzlich zu unseren Fortbildungen eingeladen!
- Wichtig für die Teilnahme ist die Bereitschaft zur „Selbstverunsicherung“ bzw. zur kritischen Überprüfung der eigenen Praxis und der dahinterstehenden Haltung. Hinzukommen sollte ein Interesse an der Erweiterung der Wahrnehmung und der Reflexion von gesellschaftlichen Bedingungen sowohl für psychische Gesundheit bzw. Krankheit als auch für die Organisation und Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems.
- Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige sind als Experten in eigener Sache als Referenten und Referentinnen in unseren Fortbildungsangeboten fest verankert.

Hinweis: Beratung und ausführliche Informationen über das Fortbildungsangebot der DGSP erhalten Sie in der DGSP-Geschäftsstelle,
Tel.: (02 21) 51 10 02, E-Mail: dgsp@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/dgsp/fortbildung

4 Trialog? – Noch lange nicht erreicht!

Daran nehmen wir Anstoß:

Der Trialog ist in aller Munde: Er bezeichnet das gegenseitige offene Gespräch, in dem alle Beteiligten – Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen, Ehrenamtliche (Bürgerhelfer) und professionelle Helfer – ihre Erfahrungen einbringen und austauschen.

Wenn es aber um wichtige Entscheidungen, etwa im Therapieverlauf, geht, bleiben die Profis gern unter sich. Nichtprofis werden oft genug als störend erlebt.

Hintergrund:

In der Ausbildung psychiatrischer Berufsgruppen und in der psychiatrischen Praxis werden trialogische Erfahrungen ungenügend genutzt und umgesetzt. Zeitdruck und Arbeitsbelastung werden oft als Grund vorgeschoben. Die Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird dadurch vernachlässigt, der kritische Blick der außen stehenden Ehrenamtlichen wird nicht ernst genommen. Es mangelt am selbstverständlichen, respektvollen und wertschätzenden Umgang. Dies ist kein zwischenmenschliches, sondern ein strukturelles Problem.

Beispiel:

In den Jahresberichten der unabhängigen Beschwerdestellen gibt es genügend Beispiele für mangelnden Trialog. Nach wie vor werden Psychiatrie-Erfahrene nicht ausreichend bzw. oft gar nicht über ihre Erkrankung, die Behandlung sowie über verabreichte Medikamente und deren Nebenwirkungen aufgeklärt. Noch immer werden Angehörige nicht in die Behandlung einbezogen, auch wenn es von beiden Seiten gewünscht wird. Häufig bleiben Anfragen und Beschwerden unbeantwortet.

Die DGSP fordert:

In den „Münchener Thesen für eine soziale Psychiatrie in Europa“ fordert die DGSP, dass Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle als gleichberechtigte Partner generell und europaweit auf gesetzlicher Grundlage in politische Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Der Trialog mit allen Beteiligten bezieht sich auf die Beteiligung an Planung, Entscheidungsfindung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung und die Mitarbeit in gemeindepsychiatrischen Verbänden und Zentren sowie Teams. Der Perspektivwechsel durch trialogisches Handeln führt dabei zu einer neuen und besonderen Qualität.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP führt trialogische Fort- und Weiterbildungen durch, u.a. zu den Themen Umgang mit Beschwerden, Psychoseminare, Mediation. Die Stärkung von respektvoller Haltung ist dabei Programm.
- Die DGSP hat einen „Ratgeber“ für die Gründung unabhängiger, trialogisch besetzter Beschwerdestellen herausgegeben.
- Die DGSP bietet multiprofessionellen Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf ihren Tagungen.
- Die DGSP pflegt eine gute Kooperation mit dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und steht in Kontakt mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)/Familien-Selbsthilfe Psychiatrie.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir brauchen Mitglieder, die den Trialog in ihrem Arbeitsfeld umsetzen durch

- die Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in ihre Teams,
- den Aufbau unabhängiger Beschwerdestellen vor Ort,
- die Einführung von trialogisch besetzten Beiräten in Institutionen,
- die Durchführung von Psychoseminaren,
- die Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen.

* Siehe „Soziale Psychiatrie“ 2/2008, S. 21.

** Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – ein Ratgeber.
Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Köln 2008
(www.beschwerde-psychiatrie.de).

5 Das Persönliche Budget zwischen Selbstbestimmung und Sparfalle

Daran nehmen wir Anstoß:

Das Persönliche Budget ist eine alte Forderung der DGSP. Doch die Entscheidungsträger haben nun entdeckt, wie die individualisierte Hilfeleistung auch als Spardose für den kommunalen Haushalt zweckentfremdet werden kann. Es fehlt eine kostenlose und unabhängige Budgetberatung für Betroffene.

Hintergrund:

Seit Januar 2008 gibt es für die Betroffenen einen gesetzlichen Anspruch auf das (trägerübergreifende) Persönliche Budget. Hiermit soll der behinderte Mensch zu einem „Kunden“ werden, der sich mit dem ihm zur Verfügung stehenden Geld die individuellen Hilfen, die er benötigt, auf einem Dienstleistungsmarkt einkauft. Mit dem Persönlichen Budget haben Klient und Klientin eine größere individuelle Gestaltung und Auswahl zur Deckung ihrer Hilfebedarfe. Aus einem passiven Hilfeempfänger wird ein aktiver Hilfeempfänger, nämlich als Auftraggeber oder sogar als Arbeitgeber, z.B. wenn er für sich Personal einstellt oder über Honorarverträge beschäftigt. Das Instrument des Persönlichen Budgets vermittelt dem Hilfebedürftigen mehr eigene Entscheidungsfreiheiten gegenüber den Leistungserbringern.

Allerdings wird dadurch auch die Beziehung zwischen Klient und Psychiatrieprofis deutlich geschäftlicher. Der Hilfebedürftige ist plötzlich nicht mehr Teil einer Solidargemeinschaft, sondern ein individueller „Kunde“ neben anderen „Kunden“. Gegen diese „Kunden“-Sicht spricht die Tatsache, dass Psychiatrie-Erfahrene von sich aus notwendige Hilfen oft nicht einfordern und nicht immer „marktfähige Kunden“ sind.

Beispiel:

Aus Sicht der Kommune werden die Hilfebedarfe betriebswirtschaftliche Rechengrößen, die einzelnen Menschen direkt zugeordnet werden können. Die Hilfestellung erfolgt nach „Kassenlage“ und muss durch regelmäßige Überprüfung des Hilfebedürftigen gerechtfertigt werden. Diese Überprüfung ist der betriebswirtschaftliche Hebel zur Einsparung von Haushaltsmitteln. Es ist zu befürchten, dass dadurch diejenigen aus dem Netz der Solidargemeinschaft fallen, die sich nicht entsprechend artikulieren, sich selbst nicht vertreten oder durchsetzen können.

Viele Leistungsberechtigte würden so eher geschwächt als gestärkt. Besonders zynisch ist diese Strategie, wenn die Gesundheitspolitik von Selbstverantwortung redet, damit aber nur Einsparung meint.

Die DGSP fordert:

- Das Persönliche Budget darf nicht zum Instrument der Standardverschlechterung von ambulanten Hilfen werden. Es ist ein weiterer Mosaikstein in der Versorgungsstruktur und nicht Ersatz für bewährte und nachhaltig wirkende Versorgungsangebote.
- Wir brauchen daher qualitätssichernde Standards, die nicht nach Kassenlage und Konjunktur definiert werden, sondern im dialogischen Miteinander ausgehandelt und festgeschrieben werden. Wir brauchen dringend mehr Beschwerdestellen, die dazu beitragen, dass diese Qualitätsstandards auch eingehalten werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP unterstützt neue Entwicklungen, die dem Klienten mehr Selbstständigkeit und Teilhabe in der Gemeinde ermöglichen – durch fachliche Begleitung und indem sie durch Stellungnahmen Einfluss auf die Politik nimmt.
- Auf unseren Fachtagungen führen wir kontroverse Diskussionen zur Umsetzung des Persönlichen Budgets und bieten Beratung und Fortbildung zum Thema an.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir wünschen uns von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dass sie das Thema Persönliches Budget kritisch in den Teamsitzungen reflektieren und Probleme bei der Umsetzung gemeinsam mit uns öffentlich machen.

6 Nicht (für dumm) verkaufen lassen: Gesundheit ist keine Ware!

Daran nehmen wir Anstoß:

Vorsicht, wenn Kranke, Behinderte, Arbeits- und Wohnungslose zu „Kunden“ erklärt werden sollen! Neoliberalismus, die neue Freiheit der Märkte, befreit nur das Kapital von lästiger gesellschaftlicher Verantwortung. Wenn Gesundheits- und Sozialwesen in Unternehmehand gelangen, zahlen die „Kunden“ die Zeche – und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die zunehmend prekären Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Immer öfter versuchen Kommunen und Bundesländer, ihre Haushalte durch die Privatisierung des Gesundheitswesens zu sanieren. Den sprichwörtlichen „Verkauf des Tafelsilbers“ baden zunächst die Mitarbeiter aus. Sie sollen gleichzeitig Behandlungsqualität steigern, Kosten senken und Gewinn erwirtschaften – das läuft auf die Quadratur des Kreises hinaus. Richtig bitter wird es für chronisch kranke, schwierige, komplex hilfebedürftige Menschen: In der Marktlogik sind sie „schlechte Risiken“, wenig lukrativ als „Kunden“. Letztendlich zahlt auch die Solidargemeinschaft (Krankenversicherte und Steuerzahler) drauf, wenn Gewinne privatisiert und Risiken vergesellschaftet werden.

Hintergrund:

Sogar nach Auffassung der Weltbank ist das Gesundheitswesen ein Beispiel für die „Theorie des Marktversagens“. Das Prinzip des Marktes heißt Konkurrenz – nicht Solidarität. Der Medizinsoziologe Hans-Ulrich Deppe* stellt deshalb lakonisch fest: „Der Markt ist ... eine blinde Macht. Er ist richtungslos und Ziele müssen ihm vorgegeben werden. Das demokratische Gemeinwesen hat deshalb ... wichtige Aufgaben wahrzunehmen. Es hat den Schutz und die Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Und richtungweisende Entscheidungen müssen hier politisch gefällt werden.“

Warum sind Patienten keine Kunden? Weil auf Krankheit nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden kann. Dazu Deppe: „Der Patient weiß nicht, wann und warum er krank wird, an welcher Krankheit er leiden wird. Er hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein von den Individuen kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Die Konsumentensouveränität ist im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt.“

Privatisierung im Gesundheits- und Sozialwesen ist übrigens ein relativ junges Thema der DGSP. Deutlich älter und leider immer noch aktuell ist unser Engagement gegen verkrustete, wohnortferne Großpsychiatrien/Anstalten öffentlichen Rechts. Und auch im freigemeinnützigen Sektor gibt es höchst bedenkliche „Ver-Anstaltungen“. Ob Versicherungs- und Steuergelder durch Bürokraten verschleudert werden oder in privaten Taschen verschwinden, kommt an der Basis auf dasselbe raus. DGSP-Engagement ist überall dort angebracht, wo die Solidarität mit den schwächsten und schwierigsten Mitgliedern der Gesellschaft in Gefahr ist.

Beispiel:

In einer Seniorenwohnanlage in einer norddeutschen Großstadt stirbt ein Bewohner in seiner Wohnung. Sein Tod bleibt zehn Tage lang unbemerkt. Ein Sprecher des Betreibers beruft sich darauf, dass kein betreutes Wohnen, sondern lediglich ein Betreuungsvertrag angeboten werde. Die Betreuung besteht aus einer 20-Stunden-Kraft für 72 Bewohner. Herr X starb, als diese Kraft im Urlaub war. Eine Urlaubsvertretung gab es nicht. Außerdem, so der Sprecher weiter, habe jeder Mieter in dem Haus die Möglichkeit, ein persönliches Notrufsystem einzukaufen. Seines Wissens habe der Verstorbene dafür jedoch keinen Bedarf gesehen.

Die DGSP fordert:

- Patientenrechte dürfen nicht dem liberalisierten Markt geopfert werden. Gerade Psychatriepatienten und Heimbewohner müssen durch demokratisch legitimierte Gremien geschützt werden. Landes- und Kommunalpolitik muss die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung kontrollieren – sie darf sich nicht aus der Verantwortung stehlen, indem sie ihre Krankenhäuser verscherbelt.
- Öffentliche Kontrolle muss durch Nutzerkontrolle ergänzt werden. Die DGSP fordert und fördert ein flächendeckendes Netz unabhängiger Beschwerdestellen für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP thematisiert die Auswirkungen des Neoliberalismus, die Professionelle und Psychiatrie-Erfahrene im Gesundheits- und Sozialwesen tagtäglich zu spüren bekommen. Was dem Einzelnen zunächst nur unklare Bauchschmerzen verursacht, wird auf Fachtagungen, in Fortbildungen, Zukunftswerkstätten und über die DGSP-Verbandszeitschrift „Soziale Psychiatrie“ kritisch unter die Lupe genommen.
- Die DGSP-Jahrestagung 2003 in Dresden (Motto: „Schlimmer geht's immer“) hat erste Brücken vom Klagen zum Handeln geschlagen. Unter anderem gründete sich die Soltau Initiative, deren „Soltau Impulse zu Sozialpolitik und Ethik“ die fachpolitische Debatte in Schwung gebracht haben. Die DGSP vernetzt Personen und Gruppen, fördert den Erfahrungsaustausch und die Solidarisierung.

TUWAS – mit der DGSP:

- Wir brauchen Kolleginnen und Kollegen, die sich die Freude an ihrer Arbeit erhalten wollen; die stetig wachsenden Anforderungen mit ihrer Fachlichkeit begegnen; die die Faust nicht nur in der Tasche ballen, sondern ihre Meinung artikulieren.
- Wir brauchen Menschen mit Zivilcourage – Menschen, die sich (fach-) politisch einmischen, z.B. in Besuchskommissionen, Gesundheits- und Sozialausschüssen oder Psychoseminaren, in den Medien mit Leserbriefen und Kommentaren, an ihrem Arbeitsplatz, als Betriebsrat, bei Betriebsversammlungen usw. In der DGSP finden sie Gleichgesinnte, profitieren von den Erfahrungen anderer und geben ihre eigenen weiter.

* Internet: www.linksnet/de/de/artikel/18856

** Siehe „Soziale Psychiatrie“ 3/2004, S. 34 ff.

7 Früher sterben mit Neuroleptika? – Medikamente auf den Prüfstand!

Daran nehmen wir Anstoß:

Klar, soziale Psychiatrie ist ohne Neuroleptika nicht möglich, jedenfalls nicht, wenn es um Schwerstkranke im Bereich von Psychosen geht. Allerdings: Die in der psychiatrischen Versorgung übliche Psychosenbehandlung führt nicht selten zu schweren Nebenwirkungen bis hin zu erhöhter Sterblichkeit. Die große Zahl der hierzu vorliegenden Studien zeigt in der Fachöffentlichkeit erstaunlich wenig Wirkung. Zu massiv prägt die Pharmaindustrie mit ihrer oft verarmlosenden Werbung die Behandlungsentscheidung. Auch die vielerorts anzutreffende Verordnungspraxis sowohl der niedergelassenen als auch der im stationären Bereich tätigen Ärzte ignoriert internationale Forschungsergebnisse bezüglich des Risikos erhöhter Mortalität. Dies ist aus Sicht der DGSP ein Skandal.

Hintergrund:

Neuroleptika sind Medikamente, die richtig eingesetzt im Rahmen eines psychotherapeutisch orientierten, lebensweltbezogenen ganzheitlichen Behandlungsprogramms für viele Patienten die Gesundheitschancen verbessern, für nicht wenige auch die Rückfallgefahr deutlich vermindern. Ihr Einsatz erfordert eine sorgfältige Information über Wirkungen, Neben- und Folgewirkungen und die kontinuierliche Abstimmung mit dem Patienten. Dieser selbstverständlichen Anforderung an eine soziale Psychiatrie wird die gegenwärtig in Deutschland übliche Behandlung mit Neuroleptika ganz überwiegend nicht gerecht.

Beispiel:

- Bei einer akuten Erkrankung werden Neuroleptika zumeist sofort und zu hoch dosiert eingesetzt, wogegen eine milieutherapeutische Behandlung, eventuell ergänzt durch weniger eingreifende beruhigende Mittel, in vielen Fällen den Einsatz von Neuroleptika vermeiden könnte.
- Auch in der Langzeitbehandlung fehlt häufig die notwendige psycho- und soziotherapeutische Begleitung, wogegen die Neuroleptika oft überdosiert und ohne Überprüfung der Indikation eingesetzt werden, zum Teil mit erheblich beeinträchtigenden Neben- und gefährlichen Folgewirkungen, vor allem bei Behandlung mit gleichzeitig mehreren Psychopharmaka. Die Nebenwirkungen sind oft Ursache dafür, dass Patienten die Medikamente absetzen, was wiederum mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden ist.
- Neuere internationale Studien belegen, dass bei lang dauernder, hoher oder Mehrfachdosierung ein beträchtlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko (im Vergleich zur Nichtbehandlung) besteht.
- Die industrieabhängige Pharmaforschung wird den klinischen Erfordernissen der Versorgungspsychiatrie nicht gerecht. Eine unabhängige Forschung ist (auch) in Deutschland quasi nicht existent.
- Auch in der Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie werden Psychopharmaka oft unkritisch angewandt. So ist die Verordnung von Ritalin in den letzten Jahren extrem angestiegen. Zur „Ruhigstellung“ bekommen vor allem Menschen in Altenheimen von Haus- und Nervenärzten Kombinationen verschiedener Neuroleptika und Sedativa plus Antidepressiva plus Antidementiva.
- Eine kritische Reflexion in Fachkreisen und Fachgesellschaften fehlt fast vollständig, und die notwendigen Konsequenzen in der Praxis bleiben aus.

Die DGSP fordert:

- Die DGSP fordert die Einrichtung, den Ausbau und die geregelte Finanzierung geeigneter biopsychosozialer Behandlungsformen, die die Anwendung von Neuroleptika auf das bestmögliche Maß reduzieren lassen. Hierzu gehören insbesondere psychotherapeutisch ausgerichtete Angebote wie Soteria-ähnliche Behandlungsformen sowie an das finnische Vorbild angelehnte Modelle der „bedürfnisangepassten Behandlung“ (Need-adapted Treatment).
- Darüber hinaus fordert die DGSP einen vorsichtigeren und kritisch-reflektierten Einsatz von Neuroleptika in der täglichen Praxis: Ärzte, aber auch andere in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen müssen ihren Blick durch pharmakritische und industrieunabhängige Fortbildungen schärfen und die Erkenntnisse neuerer Studien bei der Verordnung berücksichtigen. Sie sollten, wo immer angezeigt, in gemeinsamer Verantwortung Hilfestellung bei der Reduktion bzw. gegebenenfalls beim Absetzen von Psychopharmaka geben können und Patienten in diesem langwierigen Prozess begleiten. Das Konzept „Verhandeln statt behandeln“ sowie die Kooperation aller Berufsgruppen in der Versorgung muss im Mittelpunkt jeglicher Behandlung stehen.
- Die DGSP fordert und unterstützt außerdem eine von der Pharmaindustrie unabhängige Forschung als Voraussetzung für das Erkennen und Bekanntwerden der tatsächlichen Risiken. Wir alle sind in der Verantwortung und müssen nach Alternativen suchen!

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP nimmt die zahlreichen Beschwerden von Patienten und Angehörigen über gravierende Folgewirkungen und die Forschungsberichte über Todesfolgen sehr ernst. Die DGSP hat sich zum Ziel gesetzt, Aufklärungsarbeit rund um das Thema Psychopharmakabehandlung zu initiieren und zu fördern. Dies geschieht durch Veröffentlichungen, Fortbildungen, Erhebungen und öffentliche Debatten.
- DGSP-Landesverbände und der DGSP-Bundesverband führen Tagungen und Diskussionsveranstaltungen durch, die auf großes Interesse stoßen.
- Die Einbeziehung anderer Fachverbände, insbesondere des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener und des Bundesverbandes der Angehörigen, sowie der Krankenkassen ist uns selbstverständlich. Dabei sind konträre Positionen und eine fachliche Auseinandersetzung erwünscht. Ziel ist nicht die „Verteufelung“ von Neuroleptika, sondern ein problembewusster Umgang damit. Sie haben ihren Platz in einer integrierten Behandlung und Rehabilitation, die in psychotherapeutisch orientierter Begleitung die Einbeziehung des Umfelds und die Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglichen.

TUWAS – mit der DGSP:



Die DGSP braucht die Unterstützung und Mitarbeit von unabhängigen Ärzten und anderen Kollegen, die kritisch sind gegenüber der Werbung der Pharmaindustrie. Wir suchen Erfahrungsberichte aus allen psychiatrischen Berufsgruppen sowie von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, von Patientenbeauftragten und Mitarbeitern aus dem Beschwerdebereich. Ein DGSP-Fachausschuss soll die fachliche Auseinandersetzung vorantreiben. Wenn Sie Interesse haben, einen solchen Ausschuss mitzugründen und darin mitzuarbeiten, sind Sie herzlich willkommen!

Hinweis: Veröffentlichungen zum Thema „Mortalität durch Neuroleptika“ und eine Debatte dazu finden Sie in der DGSP-Verbandszeitschrift „Soziale Psychiatrie“. Hier ist insbesondere die umfangreiche Recherche von Dr. Volkmar Aderhold zu nennen, der für seinen Beitrag zahlreiche Studien ausgewertet hat und auch Alternativen zur gängigen Medikamentenbehandlung benennt („Mortalität durch Neuroleptika“, siehe „Soziale Psychiatrie“ 4/2007 und Nachfolgehefte). Eine ausführliche Literaturliste sowie weitere Informationen erhalten Sie in der DGSP-Geschäftsstelle. Außerdem empfehlen wir zum Weiterlesen die Internetseiten www.psychiatrie.de/dgsp und www.bgsp.de

Soziale Psychiatrie

Kennen Sie die Soziale Psychiatrie?

- **Soziale Psychiatrie** ist die Fach- und Mitgliederzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- **Soziale Psychiatrie** richtet sich an alle im Arbeitsfeld Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, an Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige
- **Soziale Psychiatrie** berichtet über (Sozial-) Psychiatrie, Psychologie und Therapie, Medizin, Gesundheits- und Sozialpolitik
- **Soziale Psychiatrie** enthält Film-, Buch- und Zeitschriftenbesprechungen, Ankündigungen und Kurzmeldungen zu aktuellen Veranstaltungen sowie Stellenanzeigen
- **Soziale Psychiatrie** erscheint viermal jährlich mit einem Umfang von ca. 68 Seiten. Für DGSP-Mitglieder ist der Bezug kostenlos. Ein Jahresabo kostet 34,- Euro, ein Einzelheft 10,- Euro

Interessiert?
Bestellen Sie ein kostenloses Probeheft!

Coupon

Ich bestelle

ein kostenloses Probeheft von Soziale Psychiatrie

Info-Material über die DGSP

Info-Material über die Fortbildungsangebote der DGSP

Name: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Bestelladresse:

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: 02 21 751 10 02
Fax: 02 21 752 99 03
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

SEELISCHE GESUNDHEIT STIFTEN

Stiftung für Soziale Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. hat im Mai 2007 die **Stiftung für Soziale Psychiatrie** gegründet. Es handelt sich um eine Treuhandstiftung unter der **Stiftung »Gemeinsam Handeln – Paritätischer Stifterverband in NRW«**.

Stiftungszweck ist die Förderung

- sozialpsychiatrisch orientierter Behandlung und Betreuung sowie
- der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Insbesondere gefördert werden sollen:

- Modellprojekte
- bürgerschaftliche Initiativen
- Forschungsarbeiten
- Veröffentlichungen
- Bildungsangebote
- Fachveranstaltungen

Nähere Informationen zur Stiftung, über Zuwendungen und Zustiftungen: **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie**
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Ansprechpartner: Richard Suhre
dgsp@netcologne.de
www.stiftung-sozialpsychiatrie.de

Zuwendungen an die Stiftung können eingezahlt werden auf das Stiftungskonto:
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
Kto.-Nr.: 7 234 706
BLZ: 370 205 00

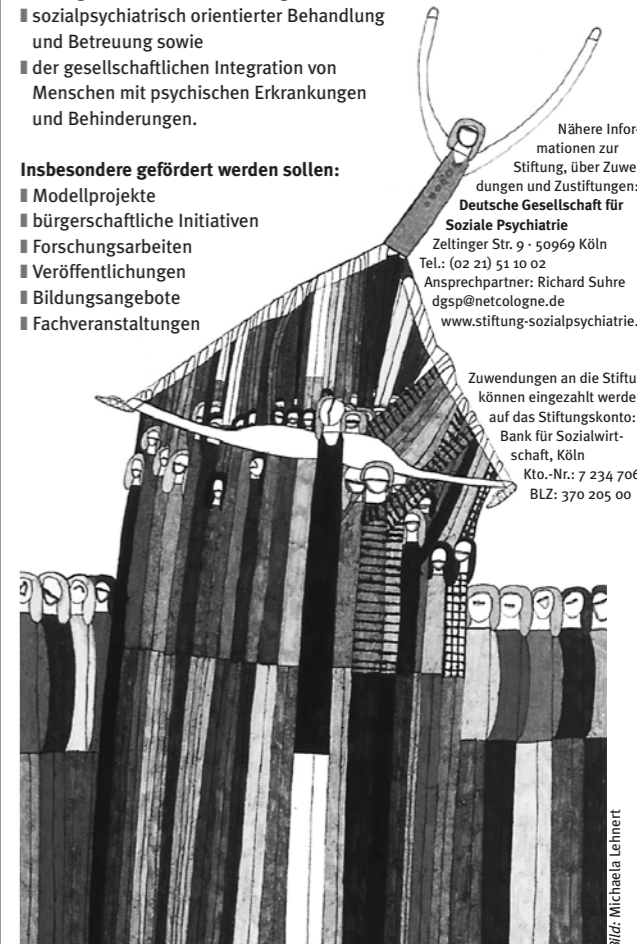


Bild: Michaela Lehner

8 Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!

Daran nehmen wir Anstoß:

In der stationären und ambulanten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt aufgrund des vorherrschenden biologistischen Krankheitsverständnisses psychotherapeutisches Handeln systematisch zu kurz. Medikamente haben einen zu großen Stellenwert in der Behandlung. Zu wenig oder gar keine Berücksichtigung finden die Bedürfnisse und die individuellen Ziele sowie die sozioökonomische Lebenssituation der Betroffenen. Eine psychotherapeutische Grundhaltung im Kontext einer verstehenden, beziehungsreflektierenden, milieutherapeutischen Arbeit wird nicht vermittelt. Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen bleiben meist von Psychotherapie ausgeschlossen.

Hintergrund:

„Irren ist menschlich“ – und psychische Erkrankungen sind auch Lebenskrisen. Sie resultieren aus seelischen Erschütterungen, die nicht selten traumatischen Charakter haben.

Psychische Störungen wirken sich immer in Beziehungen, im Erleben und Verhalten aus. Wenn die gewohnten eigenen Strategien und das soziale Netz nicht mehr ausreichen, um ein Problem zu bewältigen und den Alltag aufrechtzuerhalten, oder wenn Erlebnis- und Handlungsweisen auftreten, die Angst machen und/oder das Leben behindern und verstören, ist auch eine professionell unterstützte psychotherapeutische Hilfe notwendig.

Psychisch erkrankte Menschen haben oft massive Lebensbrüche zu bewältigen. Sie benötigen Unterstützung bei der Sinnfindung und dabei, die Lebensbrüche zu überwinden und in ihre Biografie zu integrieren.

Beziehungsstörungen erfordern im psychiatrischen Alltag einen reflektierten, auf die individuellen Bedürfnisse und Fragen der Betroffenen angepassten Umgang.

Die Verlagerung psychiatrischen Handelns in die Gemeinde hat erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Kompetenz zur Folge. Dennoch findet eine berufsübergreifende psychotherapeutische Basisausbildung so gut wie nicht statt. Auch werden schulenübergreifende psychotherapeutische Weiterentwicklungen für Menschen mit Psychosen in der Weiterbildung und der Regelversorgung nicht berücksichtigt. Die Menschen mit den schwersten psychischen Störungen erhalten am seltensten psychotherapeutische Hilfe.

In therapeutischen Wohngruppen der Jugendhilfe gibt es längst ein Förderungskonzept, das durch die Integration unterschiedlicher Ansätze beispielhaft für die Erwachsenenpsychiatrie sein kann: systemische Sichtweisen in Kombination mit tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, ergotherapeutischen, pädagogischen Maßnahmen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Fähigkeiten der Betroffenen.

Beispiel:

Von den Krankenkassen werden in der Regel Psychotherapien von psychosekranken Menschen abgelehnt.

In einer Untersuchung des Forschungsinstituts Sozialpsychiatrie e.V.* wurde deutlich, dass die interviewten psychisch Erkrankten, obwohl schon lange Jahre in Behandlung und Betreuung, kein integriertes

Krankheitsverständnis im Sinne eines präventiven Krankheitskonzepts entwickelt hatten. Die Brüche in der jeweiligen Lebensgeschichte fanden keine Beachtung. Psychotherapie fand bei den Untersuchten, wenn überhaupt, nur in der Klinik statt und wurde mit dem Wechsel in den ambulanten Bereich abgebrochen.

Die DGSP fordert:

- Psychotherapeutische Kompetenz muss stärker verankert werden.
- Psychotherapie als Regelbehandlung und Teil der multiprofessionellen Gesamtbehandlungsstrategien sowie eine psychotherapeutische Grundhaltung als notwendige Bedingung für eine wirksame, ins Leben begleitende Psychiatrie.
- Verbesserte Aus- und Weiterbildung speziell für die Behandlung schwerer psychischer Störungen (auch Psychosen) sowie verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten auch für eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung.
- Die Entwicklung und Etablierung einer psychotherapeutischen Grundhaltung durch eine Basisausbildung in den multiprofessionellen Teams von psychiatrischen Institutionen, in Heimen und in der ambulanten psychiatrischen Betreuung.
- Eine milieutherapeutische Atmosphäre in psychiatrischen Einrichtungen und regelmäßige Reflexion der Grundhaltung als Qualitätssichernde Maßnahme.
- Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit schizophrenen Störungen ist ihren Bedürfnissen und ihrer Heterogenität anzupassen (Need-adapted Treatment). Es braucht psychiatrische Profis mit psychotherapeutischer Kompetenz, nicht nur Psychologen und Psychiater mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung.
- So viel Normalität wie möglich! Dazu gehören die Lebensweltorientierung und der Einbezug von zum Beispiel Paar-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen oder auch Fitnesscenter.
- Psychotherapie sollte nicht als isolierte Spezialmaßnahme, sondern als Teil in einem Gesamtsystem verstanden werden. Die Hilfen und Behandlungsangebote müssen aufeinander abgestimmt sein, nicht jeder kann alles oder sollte alles tun.
- Die medikamentöse Behandlung ist in die Gesamtbehandlungsstrategien einzufügen und nicht umgekehrt.

Die DGSP ist aktiv:

- In der DGSP gibt es seit 1996 einen Fachausschuss Psychotherapie, der sich um die Entwicklung von Konzepten zur Stärkung psychotherapeutischer Kompetenz im Gesamtbereich der psychiatrischen Versorgung bemüht.
- Die DGSP bietet seit 2007 die zweijährige berufsgruppenübergreifende Fortbildung „Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern“ an. Eine Gruppe von acht Psychotherapeutinnen und -therapeuten (aus dem Fachausschuss Psychotherapie) mit langjähriger Erfahrung in verschiedenen Einrichtungstypen und aus unterschiedlichen Psychotherapieschulen hat hierzu das Curriculum entwickelt. Die Fortbildung ermöglicht Mitarbeitern in der Sozialpsychiatrie einen therapeutisch geschulten Umgang mit ihrer Klientel.

- Die DGSP organisiert und unterstützt Fachtagungen, auf denen diese Thematik der Fachöffentlichkeit nahegebracht wird.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen

- Mitstreiterinnen und Mitstreiter aus allen Berufsgruppen, die an der Weiterentwicklung und Realisierung der beschriebenen Konzepte interessiert und zum persönlichen Engagement bereit sind,
- sozialpsychiatrische Einrichtungen, die bereit sind, diese Konzepte in ihrem Rahmen einzuführen oder weiterzuentwickeln,

- niedergelassene Psychotherapeuten, die einen Schwerpunkt auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungsbildern zu legen bereit sind,

- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Institutionen, die eine verbesserte Versorgung und eine verbesserte Aus- und Weiterbildung im Hinblick auf schwere psychische Störungen ermöglichen.

* Christel Achberger: **Wie wirken sich die Reformen in der Sozialgesetzgebung (SGB II, SGB V und SGB XII) auf Menschen mit psychischen Krankheiten und Behinderungen aus? Erste Ergebnisse, Oktober 2007 (www.dgsp-sh.de).**

Mitglied Psychiatrie in Bewegung... ...beweg sie mit werden in der DGSP!

Die **Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.** ist der größte berufsübergreifende unabhängige Fachverband für alle, die in der Psychiatrie arbeiten oder ehrenamtlich tätig sind. Seit ihrer Gründung 1970 setzt sie sich dafür ein, die Behandlung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern und ihre Integration in die Gesellschaft zu fördern.

■ **Sie wollen sich auch für eine soziale Psychiatrie einsetzen?**
In der DGSP finden Sie Gleichgesinnte.

■ **Sie brauchen Informationen?** Schauen Sie in unsere Fach- und Mitgliederzeitschrift »Soziale Psychiatrie« – sie erscheint viermal im Jahr. Darüber hinaus gibt's viele Infos, Links und Downloads im Internet.

■ **Sie suchen den fachlichen Austausch?** Sie haben die Möglichkeit dazu in aktiven Regionalgruppen, qualifizierten Fachausschüssen und unseren engagierten Landesverbänden.

■ **Sie möchten sich weiterqualifizieren?**
Die DGSP bietet ihren Mitgliedern ein umfangreiches Fortbildungsangebot zu Sonderkonditionen an.

■ **Engagement, Austausch, Information, Qualifikation:**
Unsere Fachtagungen zu den wichtigen und aktuellen Themen bieten alles zusammen.

■ **Sie sind überzeugt?**
Dann sollten Sie...

**Mitglied werden,
Psychiatrie bewegen!**

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. und in den entsprechenden Landesverband der DGSP:

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort (mit Postzustellamt) _____ Bundesland (für NRW angeben, ob Rheinland o. Westfalen) _____

Beitragsstufe bitte ankreuzen	Einkommensstufe netto monatlich	Mitgliedsbeitrag jährlich
<input type="checkbox"/> I	bis 700,- €	45,- €
<input type="checkbox"/> II	701 – 1.200,- €	60,- €
<input type="checkbox"/> III	1.201 – 1.700,- €	80,- €
<input type="checkbox"/> IV	1.701 – 2.000,- €	100,- €
<input type="checkbox"/> V	2.001 – 2.500,- €	150,- €
<input type="checkbox"/> VI	2.501 – 3.000,- €	185,- €
<input type="checkbox"/> VII	über 3.000,- €	220,- €

Institutionen	West	Ost
I.1 bis 20 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 250,- €	<input type="checkbox"/> 225,- €
I.2 21–50 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 300,- €	<input type="checkbox"/> 275,- €
I.3 51–100 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 350,- €	<input type="checkbox"/> 325,- €
I.4 über 100 Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/> 450,- €	<input type="checkbox"/> 425,- €

Beruf _____

Arbeitsplatz _____

Telefon dienstlich _____ privat _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragsordnung an. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Vereinszwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto _____ BLZ _____ Bank _____

Datum _____ Unterschrift _____

9 „Gute Arbeit“ für alle!

Daran nehmen wir Anstoß:

Die zunehmenden Belastungen in der Arbeitswelt – aber auch die großen Belastungen durch Arbeitslosigkeit – führen zu einem Anstieg psychischer Erkrankungen (DAK-Gesundheitsreport u.a.). Krankenkassen reagieren häufig zu spät oder gar nicht auf Krankenschreibungen längerer Dauer. Psychiatrische Kliniken sehen es immer weniger als ihre Aufgabe an, sich um den Erhalt von Arbeitsplätzen für Betroffene oder deren berufliche (Wieder-) Eingliederung zu kümmern. Die bestehenden berufsbezogenen Hilfsangebote sind oft ortsfrem, haben lange Wartezeiten, sind nicht miteinander vernetzt und sind in der Regel nicht individuell, sondern in Gruppen und auf Vollzeitbeschäftigung ausgerichtet.

Außerdem berichten viele Betroffene, dass ein Informationsdefizit in Bezug auf berufsbezogene Hilfsangebote bestehe und sie oftmals nur durch „Zufall“ oder enorme Eigeninitiative davon erführen.

Wenn eine psychische Erkrankung chronisch wird, dann führt dies viel zu oft in die Frührente – mittlerweile liegen psychische Erkrankungen mit 32 Prozent an der Spitze aller Diagnosegruppen. Obwohl spätestens seit den 1960er-Jahren immer wieder betont wird, wie wichtig Arbeit und Beschäftigung für die seelische Gesundheit sind, bleiben chronisch psychisch erkrankte Menschen häufig ganz ohne sinnvolle Beschäftigung.

Hintergrund:

Es ist unumstritten, dass „gute Arbeit“ als sinnvolle Tätigkeit empfunden wird. Die Soziologin Marie Jahoda hat die Merkmale einer sinnvollen Tätigkeit wie folgt beschrieben: Der Mensch befindet sich in einem sinnvollen Beziehungsnetz; er gewinnt an Selbstbewusstsein durch die Erfahrung, gebraucht zu werden und Sinnvolles zu tun; er wird gefordert, aktiv zu sein; sein Tag ist strukturiert; und Arbeit stiftet Identität.

Menschen mit Psychiatrieerfahrung sind unterschiedlich weit von Arbeit und Beschäftigung entfernt. Die einen haben ihren Arbeitsplatz noch, sind aber schon länger krankgeschrieben. Sie könnten mit angemessenen und vor allem frühen Hilfen relativ leicht wieder in den Betrieb zurückkehren. Andere – oft mit chronischen Krankheitsverläufen – haben schon lange nicht mehr oder noch nie gearbeitet. Sie brauchen Information und Beratung und differenzierte und komplexe Hilfen, um eine ihnen angemessene und sinnvolle Tätigkeit zu finden. Für einige ist es nicht sinnvoll, sich dem Stress einer regelmäßigen Berufstätigkeit auszusetzen. Sie sind aber auf praktische Erprobung mit psychosozialer Beratung, Begleitung und arbeitsspezifischer Diagnostik angewiesen, um in positiver und nicht resignativer Weise zu einer Entscheidung zu kommen.

Die notwendigen Hilfen müssen auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten sein und entsprechend geplant und durchgeführt werden. Dazu dient am besten ein „individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (z.B. der von der Aktion Psychisch Kranke entwickelte IBRP). Jeder soll in diesem Rahmen aber nur die Hilfen erhalten, die er auch wirklich braucht. Die Hilfen müssen deshalb als einzelne Funktionen verfügbar sein, die zu einer individuell angepassten Komplexleistung verbunden werden. Diese Funktionen sind im „Kölner Instrumentarium – Schritte und Wege in die berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter“ (www.psychiatrie.de [Suchbegriff „Instrumentarium“]) gut dargestellt. Es ist nicht sinnvoll, wenn der Einzelne in eine Rehabilitationsinstitution eintreten und dort das Programm durchlaufen muss.

Wie die Hilfen, so müssen auch die Formen von Arbeit so zur Verfügung stehen, wie der Einzelne sie entsprechend seiner Leistungsfähigkeit und seinen Wünschen benötigt. Das reicht von einer normalen Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Vollzeit oder Teilzeit) über einen Minijob bis hin zu Zuverdienst und/oder ehrenamtlicher Arbeit für Menschen, die bereits eine Rente beziehen oder Leistungen der Grundsicherung erhalten. Auch Arbeit im geschützten Rahmen einer Werkstatt für behinderte Menschen gehört dazu, unbeding auch in differenzierter Form als Teilzeitbeschäftigung oder als ausgelagerte Tätigkeit in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Beispiel:

Eine 38-jährige berufstätige Frau aus Köln wird aufgrund mehrfacher Belastungen schwer depressiv. Sie geht zum Nervenarzt, bekommt Medikamente und wird in eine Psychotherapie vermittelt. Die Erkrankung bessert sich aber nicht, weitere Hilfen werden nicht angeboten. Die Frau schafft es mit Mühe, sich um die zwei kleinen Kinder zu kümmern.

Erst acht Monate nach Erkrankungsbeginn stellt die Krankenkasse – ohne Rücksprache mit ihr – einen Antrag auf medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-B). Gleichzeitig erfährt die Frau, dass es einen Integrationsfachdienst (IFD) gibt, der ihr helfen könnte. Der IFD informiert sie, dass es in Köln mittlerweile eine ambulante medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte gibt. Die Frau und der IFD schreiben der DRV-B, dass diese Einrichtung besonders geeignet ist, zudem kostengünstig und auch gewünscht wird.

Erst nach Beschwerde kommt nach drei Monaten ein Bescheid der DRV-B. Darin steht, dass es in Köln keine passende Einrichtung gebe. Es wird der Betroffenen ein Platz in einer Klinik zugewiesen. Auf ihren Wunsch und auf das Problem der Kinderbetreuung geht die DRV-B nicht weiter ein.

Dies macht deutlich, dass, selbst wenn es um den Erhalt bestehender Arbeitsplätze geht, die Kostenträger schematisch handeln, häufig an den tatsächlichen Erfordernissen des Einzelfalls vorbei. Ohne engagierte professionelle Hilfe stehen die Betroffenen dem unübersichtlichen Hilfesystem häufig machtlos gegenüber. Ergebnis sind viel zu oft keine, zu wenige oder falsche Hilfen.

Und ein positives Beispiel:

Herr T. ist 29 Jahre alt. Er hat vor einigen Jahren drei Semester Informatik studiert. Er wurde krank, hat zwei psychotische Phasen durchgemacht und lebt seit längerem zurückgezogen wieder bei seinen Eltern. Der PC bestimmt seinen Alltag. Von der Institutsambulanz beraten, erfährt er von der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Köln. Die Deutsche Rentenversicherung (RV) Rheinland-Pfalz übernimmt die Kosten für die Behandlung. Das arbeitstherapeutische Training und die begleitende Psychotherapie dort machen deutlich, dass der „Rückzug“ in die PC-Welt mitnichten ein Krankheitssymptom ist, sondern eine kluge Bewältigungsstrategie unter Einsatz und Nutzung der eigenen Stärken. Herr T. kann in der medizinischen Rehabilitation seine Grundarbeitsfähigkeiten wieder gut entwickeln und beginnt eine Ausbildung zum IT-Assistenten im Berufsförderungsnetzwerk.

Die DGSP fordert:

- Weiterentwicklung des Hilfesystems hin zu regional vernetzten, personenzentriert ausgerichteten und ortsnahen Hilfen zur Arbeit.
- Integration der Hilfen in den allgemeinen Arbeitsmarkt für jeden, der das wünscht und dazu in der Lage ist.
- Instrumente der Arbeitsförderung, die vielfältige Beschäftigungsformen möglich machen:
 - Begleitung durch den Integrationsfachdienst bei Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt;
 - zureichende Eingliederungszuschüsse bei Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt;
 - Weiterentwicklung des Systems von Nachteilsausgleichen für Menschen, die wegen ihrer Erkrankung nicht voll leistungsfähig sind, wie es vorbildlich mit dem § 16a SGB II im Rahmen des Arbeitslosengeld-II-Bezuges geschehen ist.
- Nachhaltige und ausreichende Förderung von Betrieben, die Arbeit für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung schaffen:
 - Integrationsfirmen;
 - Zuverdienstprojekte – erforderlich sind hier klare und förderliche rechtliche Regelungen (Projektförderung, Anrechnungsfreiheit des Zuverdienstes usw.).
- Weiterentwicklung der Werkstätten für behinderte Menschen:
 - Verpflichtung zur Einrichtung von speziellen Werkstätten für psychisch behinderte Menschen;
 - Ermöglichung von Teilzeitarbeit in den Werkstätten und Tätigkeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes, z.B. in Form ausgelagerter Werkstattplätze;
 - Umsetzung der Eingliederungsverpflichtung der Werkstattmitarbeiter, für die aufgrund ihrer Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit inzwischen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt infrage kommt.
- Unterstützung der Menschen, für die eine Tätigkeit in einem Betrieb oder einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht infrage kommt und die eine sinnvolle Tätigkeit suchen:
 - Förderung von Zuverdienstmöglichkeiten (s.o.);
 - Ermöglichen ehrenamtlicher Tätigkeit durch Aufwandsentschädigungen.

Über alle Angebote hinweg sollte eine kontinuierliche, individuelle und professionelle Begleitung ermöglicht werden, die Betroffene und Betriebe unterstützt. Hierzu wären zum Beispiel die im Sozialgesetzbuch IX bereits formulierten Ansprüche so auszugestalten, dass sie in der Praxis verfügbar sind.

Die DGSP ist aktiv:

Die DGSP bietet in ihrem Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung interessierten Mitgliedern einen berufsfeldübergreifenden Informationsaustausch und die Erarbeitung von Konzepten für „gute Arbeit“. Der Fachausschuss arbeitet dem DGSP-Vorstand zu, erarbeitet Stellungnahmen und organisiert eigene Fachtagungen.

TUWAS – mit der DGSP:

Der DGSP-Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung sucht Mitglieder, die sich aktiv beteiligen am (elektronischen) Informationsaustausch und an den zweimal jährlich stattfindenden Arbeitstreffen teilnehmen.

Fortbildung Qualität durch Fortbildung Das Weiterbildungsangebot der DGSP

■ Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA)

Neu: überregionaler Kurs im Bausteinsystem in Frankfurt/Main (Grundkurs: 280 Ustd.; Aufbaukurs: 430 Ustd.). Regionale Kurse der SPZA (Berlin, Hamburg u.a.) auf Anfrage.

■ Qualifizierung zur Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung

Zielgruppe: Gruppenleiter/-innen in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen. Dauer: 800 Ustd. innerhalb von zwei Jahren. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern

Zielgruppe: Mitarbeiter/-innen aller Berufsgruppen in der Sozialpsychiatrie. Dauer: zwei Jahre. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Leitung und Koordination sozialpsychiatrischer Wohnformen (Heimleitung)

Zielgruppe: Mitarbeiter/-innen sozialpsychiatrischer Wohnangebote, die eine Leitungsposition anstreben oder ausüben. Dauer: 612 Ustd. innerhalb von zwei Jahren. Nächster Kurs: auf Anfrage.

■ Zertifikatskurs für forensische Nachsorge

Zielgruppe: Fachkräfte, die ehemals forensisch untergebrachte Patienten in gemeindepsychiatrischer Nachsorge betreuen. Dauer: 164 Ustd. innerhalb eines Jahres. Beginn: auf Anfrage.

■ Kurzfortbildungen

Das jährlich erscheinende DGSP-Kurzfortbildungsprogramm enthält ein breites Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer und psychiatriepolitischer Themen.

■ Inhousefortbildungen

Bei Bedarf bietet die DGSP auch Inhousefortbildungen zu vielen unterschiedlichen Themen an.

Ausführliches Infomaterial und Beratung:

DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsps@netcologne.de
www.psychiatrie.de/dgsp

10 Forensik – aus den Augen, aus dem Sinn?

Daran nehmen wir Anstoß:

Forensische Psychiatrie ist auch Psychiatrie! Wohl keine Fachrichtung benötigt sozialpsychiatrisches Engagement mehr als das Spezialgebiet mit den oft widersprüchlichen Aufträgen „Besserung und Sicherung“. Mehr als alle anderen sind psychisch erkrankte Rechtsbrecher von Stigmatisierung, Ausgrenzung und Perspektivlosigkeit betroffen. Immer häufiger verhängen Gerichte Maßregeln statt Haftstrafen; immer schwerer tun sich die Ärzte und Richter mit Lockerungen und gar Entlassungen. Maßregelvollzugsanstalten wachsen und vermehren sich unaufhörlich. Sollte es wirklich wahr sein, dass die Forensik „die Psychiatrie der Zukunft“ (Kruse*) wird? Ist die Sozialpsychiatrie aktiv an der wachsenden Ausgrenzung beteiligt?

Hintergrund:

Bettenknappheit und eng limitierte Kostenzusagen der Krankenkassen haben zu einer radikalen Verkürzung der Verweildauern in den psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung geführt. Akut psychotische Menschen, die vor zwanzig Jahren als unbedingt klinikbedürftig eingewiesen worden wären, bleiben (mit oder ohne ambulante Betreuung) in der Gemeinde. Klinikpatienten werden zu früh entlassen – „anbehandelt“, weder geheilt noch ausreichend stabilisiert, ohne Vorbereitung des sozialen Umfelds, ohne Gewährleistung ambulanter Nachsorge. Überbelegung der Stationen bei gleichzeitigem Personalmangel lässt den Anspruch „Verhandeln statt behandeln“ oft zur Farce werden. Es fehlen Zeit und Energie, um gerade zu den schwierigsten (mehrfach diagnostizierten, süchtigen, delinquenten) Patienten tragfähige Beziehungen aufzubauen. Gegebenenfalls wird das Behandlungsbündnis durch gerichtliche Unterbringungsbeschlüsse ersetzt.

Freiheit, auch und gerade die Freiheit des psychisch erkrankten Menschen, ist ein hohes Gut. Durch PsychKG und Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sind hohe Hürden gegen Freiheitsbeschränkungen errichtet. Nicht selten wird aber zeitweilige Unterbringung zu spät angeordnet, nämlich erst dann, wenn bereits gravierende Gefährdungen oder gar Rechtsverstöße eingetreten sind. Wo Gewaltprävention (ob auf der Grundlage therapeutischer Beziehung oder gerichtlich genehmigter Freiheitsbeschränkung) versagt, folgt immer häufiger die strafrechtliche Unterbringung in der Forensik.

Beispiel:

Während in der Allgemeinpsychiatrie die Verweildauer sinkt, steigt sie in der Forensik an. Während hier in Belegungstagen gerechnet wird, bemisst sich dort die Zeit nach Jahren.

Die Krankenkassen sehen es „mit Freude“, dass nicht mehr sie die Kostenträger sind, sondern die Länder, d.h. die Steuerzahler.

Die DGSP fordert:

- Die Einhaltung der PsychPV muss von den Klinikträgern gewährleistet werden. Voraussetzung dafür ist die angemessene Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen. Kliniken, in denen Patienten nach PsychKG oder § 1906 BGB zwangsweise untergebracht werden, unterliegen besonderer Überwachung durch die Landesregierung, u.a. durch die Berufung von Besuchscommissionen. Die Einhaltung der PsychPV muss Gegenstand dieser Überwachung sein.

- Die verkürzte Verweildauer in der Allgemeinpsychiatrie darf nicht zu einer Verlagerung von Behandlungen in unzureichende ambulante Behandlungssituationen führen.
- An jeder Klinik für forensische Psychiatrie muss es eine forensisch-psychiatrische Institutsambulanz geben. Aufgabe der forensischen Institutsambulanz darf nicht nur die Nachsorge/Rückfallprophylaxe sein, sondern muss auch die Primärprävention/Mitbehandlung von Risikopatienten beinhalten. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie zu etablieren.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP thematisiert forensische Psychiatrie, ebenso wie jede andere psychiatrische Versorgungsfrage, im gesundheits-, gesellschafts- und sozialpolitischen Kontext.
- Für das sensible Thema „psychisch erkrankte Rechtsbrecher“ stellt die DGSP Politikern und Medien kompetente Ansprechpartner zur Verfügung.
- Zum DGSP-Fortbildungsprogramm gehören eine Weiterbildung für forensische Nachsorge in der Gemeinde sowie Kurzfortbildungen zu Gewalt, Aggressivität, Deeskalation usw.

TUWAS – mit der DGSP:

Alle psychisch erkrankten Menschen brauchen fachkompetente Hilfen. Das gilt, allem Populismus zum Trotz, auch für psychisch erkrankte Rechtsbrecher. In der DGSP finden Sie einen Verband, der sich für Verbesserungen innerhalb der Forensik (qualifizierte Prognosegutachten usw.) ebenso stark macht wie für die Entwicklung der ambulanten und stationären Allgemeinpsychiatrie. Helfen Sie mit, dass wir in diesem wichtigen Feld noch aktiver werden können. Wegsperren allein reicht nicht!

* Gunther Kruse: Forensik – die Psychiatrie der Zukunft? In: Sozialpsychiatrische Informationen 2/2005, S. 31.

11 Psychiatrische Forschung ja – aber für wen und in wessen Interesse?

Daran nehmen wir Anstoß:

Überwiegend betreibt die Psychiatrie Medikamentenforschung und meist bemüht sich die psychiatrische Forschung nicht, für Betroffene und Angehörige verständlich zu sein. Aber in wessen Interesse und für wen forscht eigentlich die Psychiatrie? Für die Gewinne der Pharmakonzerne, für die Karriereleiter der Psychiater, für die Kontrollmöglichkeit durch die Politik, für die Effizienzsteigerung der Einrichtungsträger, für den Sparzwang der Krankenkassen, für die Reputation einer Klinik? Forscht eigentlich irgendwer in der Psychiatrie für die Interessen von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen?

Hintergrund:

Die Neuroleptika-Problematik verweist auch auf die enge Verknüpfung von Kapital- und Forschungsinteressen in der Medikamentenforschung. So klagte im Jahre 1997 die Staatsanwaltschaft erfolgreich gegen den Psychiatrie-Chef der Mainzer Universitätsklinik, Otto Benkert, weil dieser für Arzneimittelstudien hohe Geldsummen von Pharmafirmen privat kassiert hatte.

Beispiel:

- Der bekannte amerikanische Psychiater Loren Mosher trat im Jahre 2000 unter Protest aus der American Psychiatric Association (APA, Berufsverband amerikanischer Psychiater) aus, weil er ihr vorwarf, die Psychiatrie sei von der Pharmaindustrie aufgekauft und die APA würde sich dagegen nicht wehren.
- Charlotte Köttgen*, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sprecherin des Fachausschusses Forschung der DGSP, schreibt in Antwort auf Moshers Protest: „Wie kann unter diesen Bedingungen überhaupt noch erforscht werden, was – jenseits von Pharmaka – bei der Hilfe von jemandem, der eine Psychose hat, wirksam ist? Mir sind jedenfalls beim Literaturstudium jeweils etwa 1000 Arbeiten zur Pharmaforschung gegenüber jeweils höchstens einer Studie zur soziotherapeutischen Begleitung begegnet. ... Wieweit ist die Drittmittelfinanzierung in der medizinischen Forschung grundsätzlich abhängig von den Sponsoren? Wie unabhängig sind Gutachter? Wie viel Universitäts-Karriere aber geht noch ohne Drittmittelfinanzierungen? Ist Forschung überhaupt noch unabhängig? Wie werden Gremien direkt oder indirekt beeinflusst? Wie ist die gesamte Lehre von diesen Tatsachen bestimmt?“

Die DGSP fordert:

- Psychiatrische Forschung soll sich öffnen für die Interessen von Betroffenen und Angehörigen. Dazu brauchen wir:
 - Entflechtung von klinischer Forschung und Forschungssponsoring durch Pharmakonzerne,
 - mehr Forschung zu den Themen: Patientenzufriedenheit, Empowerment, Gesundheitsforschung, Lebensqualitätsforschung, Recovery,
 - mehr qualitative Forschung, die nach dem Sinn fragt, was Menschen tun,
 - mehr allgemein verständliche Vermittlung von Forschungsergebnissen, damit Betroffene und Angehörige diese bewerten können.

- Betroffene und Angehörige sollen stärker in die Forschungsplanung und Durchführung einbezogen werden.
- Forschungsgelder sollen nach Interessen vergeben werden, die auch durch Betroffene und ihre Angehörigen definiert werden.
- Wir brauchen eine strikte Beachtung der Bioethik-Konvention und mehr Betroffene und Angehörige in den Ethikkommissionen der Universitäten.

Die DGSP ist aktiv:

- Auf den DGSP-Jahrestagungen werden auch Vorträge zu Forschungsthemen gehalten, und für speziell Interessierte gibt es ein sozialpsychiatrisches Forschungsforum. Jeder kann sich hier über aktuelle Trends informieren.
- Die DGSP hat einen Fachausschuss Forschung, in dem wissenschaftlich Interessierte aus allen Bereichen der Psychiatrie (soziale Arbeit, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizin, Soziologie usw.) mitarbeiten können.
- Die DGSP verleiht einen Forschungspreis für sozialpsychiatrisch innovative Forschung und einen weiteren für junge Nachwuchswissenschaftler. Diese Preise haben das Ziel, die sozialpsychiatrische Forschung zu fördern und auf das Dilemma der psychiatrischen Forschung insgesamt aufmerksam zu machen.
- Die DGSP organisiert und fördert auch wissenschaftskritische Tagungen, z.B.: „Für wen forscht die Psychiatrie?“, über die Hintergründe der psychiatrischen Forschung**.
- Die DGSP fördert eigene Studien, z.B. jüngst zum Thema Beschwerdestellen.
- Die DGSP ist Gesellschafterin des Bonner Psychiatrie-Verlages, der eine kritische Reihe – „Forschung für die Praxis“ – publiziert.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen aufgeschlossene und neugierige Menschen aus allen gesellschaftlichen Bereichen und Berufsgruppen der Psychiatrie mit Interesse an sozialpsychiatrischen Forschungsthemen. Wir brauchen kritische Mitglieder, die auch die Forschungsaktivitäten der DGSP unterstützen.

* „Soziale Psychiatrie“ 4/2000, S. 64 f.

** Siehe „Sozialpsychiatrische Informationen“ 3/1997.

12 Qualität? – Na klar, aber richtig!

Daran nehmen wir Anstoß:

Qualitätsmanagement (QM) – können Sie das Wort noch hören, ohne dass es Ihnen kalt den Rücken runterläuft?! Immer mehr Zeit fließt in die Beschreibung von Zielen, Prozessen und Zuständen. Immer weniger Zeit bleibt, um im Kontakt zu Klientinnen und Klienten zu arbeiten, ihre Ziele kennen zu lernen, ihre Selbstverwirklichung zu unterstützen. Die Qualität ist gering, aber bestens dokumentiert. Glauben Sie immer noch, dass Ihr QM-System irgendwann Zeit sparen und bessere Psychiatrie ermöglichen wird?

Hintergrund:

Qualität ist nach DIN (Deutsches Institut für Normung) nichts weiter als „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht“ (DIN 55350, Teil 11).

Qualitätsmanagementsysteme wurden in der Automobilindustrie entwickelt, um dem Kunden in standardisierter Weise die eigene Leistung darzustellen. Die schematische Übertragung solcher Instrumente auf das Gesundheits- und Sozialwesen ist unangemessen und muss ebenso scheitern wie die Anwendung des Kundenbegriffs und des Marktparadigmas.

Damit kein Missverständnis aufkommt: Soziale Arbeit ohne transparente Dokumentation von Planung, Durchführung und Ergebnis ist schlecht und inakzeptabel. Unsere Klienten haben – ebenso wie die Kostenträger – ein Recht auf Transparenz. Die DGSP steht für die Entwicklung von fachgerechten Planungs- und Dokumentationshilfen. Wir wehren uns aber entschieden gegen den Missbrauch solcher Instrumente. Wer Psychiatrie und soziale Arbeit mit Werkzeugen der Automobilbranche zu steuern versucht, entmündigt Betroffene und Professionelle, verdrängt Beziehungsarbeit durch Bürokratie und vergedet Ressourcen im großen Stil.

Beispiel:

Renate Schernus und Fritz Bremer*, DGSP-Mitglieder und Mitbegründer der Soltauer Initiative, fordern „Sozialzeit statt Bürozeit“. „Wenn nun Mitarbeiter hören, dass die Arbeit verbessert werden soll, können sie sich dem von ihrem Selbstverständnis her gar nicht verschließen. Sie kommen aber dann ins Schleudern, wenn sie spüren, dass es nicht so sehr darum geht, mit mehr Kreativität danach zu suchen, wie leidenden Menschen ihr Leben erleichtert werden kann ... Sie stellen schließlich verstört fest, dass der wirkliche, einmalige, lebendige Mensch in den neuen Modellen so gar nicht vorkommt. ... Wirkliche Qualität in der psychiatrischen Arbeit ... lässt sich nicht in den Alltag von Mitarbeitern hineinmanagen. Sie ergibt sich weniger aus standardisierten Instrumenten als aus einer Grundhaltung der Beziehungsbereitschaft.“

Ein anderes uns bekanntes absurdes Beispiel: Vor der Zertifizierung im Rahmen des TQM (Total Quality Management) eines Krankenhauses wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Bereich Klinik und Verwaltung darin geschult, die „richtigen“, d.h. die von der Krankenhausleitung erwarteten Antworten zu erlernen, um Peinlichkeiten bei der Befragung durch die Quality-Manager zu vermeiden. Die Zertifizierung bezieht sich „irrsinnigerweise“ nun auf geschönte Zustands- und Prozessanalysen – mit Sicherheit kein Einzelfall.

Die DGSP fordert:

- Fachspezifische Instrumente zur Qualitätssicherung entwickeln und einführen!
- Psychiatrie-Erfahrene an der Entwicklung und Implementierung beteiligen!
- Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung bei Planung und Dokumentation!
- Angemessene Berücksichtigung von Planungs- und Dokumentationsaufwand bei der Zumessung von Zeit und Vergütung!

Die DGSP ist aktiv:

- Im Wortsinne „Qualität steigernd“ und „Qualität sichernd“ war die DGSP schon unterwegs, als das so genannte Qualitätsmanagement noch nicht erfunden war. Multiprofessionalität, Vernetzung, Supervision und Fortbildung sind heute fast selbstverständlich, mussten aber im Laufe der Psychiatriereform erst durchgesetzt werden. Aktuelle Reformthemen sind: unabhängige Beschwerdestellen, integrierte Versorgung usw. Die DGSP organisiert seit Jahrzehnten ein vielfältiges Fortbildungsangebot mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten und trägt damit zur Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie bei.
- Das Thema „QM“ polarisiert – in der DGSP gibt es ebenso glühende Gegner wie überzeugte Befürworter. Wir kleistern die unterschiedlichen Interessen der Parteien (Klienten, Mitarbeiter, Leitung, Kostenträger) nicht zu. DGSP-typisch ist der kritische Diskurs zur „Qualitätsfrage“, der offen, engagiert, manchmal heftig, doch immer wertschätzend geführt wird.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen

- Menschen, die in der DGSP und an ihrem Arbeitsplatz dafür sorgen, dass die eigentliche Aufgabe, die Beziehungsarbeit, im Vordergrund bleibt und nicht hinter bürokratischen Ungetümen verschwindet;
- Menschen, die sich ihre Urteilskraft bewahren und die Freiheit nehmen, dafür zu streiten.

* Renate Schernus/Fritz Bremer: *Tyrannie des Gelingens. Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern.* Neumünster: Paranus-Verlag, 2007, S. 27/29 (Schernus).

13 Keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit!

Daran nehmen wir Anstoß:

Prävention und Gesundheitsförderung kommen in der Psychiatrie viel zu kurz. Verbreitet ist ein Krankheitsmodell, das sich auf Defizite und Symptome reduziert. Sozioökonomische, psychosoziale und individuelle Zusammenhänge werden vernachlässigt. Ein solches Modell fördert Ablehnung, Stigmatisierung und Ausgrenzung von psychisch erkrankten Menschen.

Hintergrund:

Ein Verständnis von seelischen Erkrankungen als Hirnstoffwechselstörung verführt zu der irrigen Hoffnung, dass sich diese alleine mit Medikamenten behandeln lassen. Dies wird zusätzlich von der Pharmaindustrie suggeriert. Psychisch belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen bleiben unberücksichtigt. Trotz neuester Erkenntnisse und einer Vielzahl an Informationen über psychische Erkrankungen nehmen die Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu.* Von den Medien wird das Angst einflößende Bild des „unberechenbaren psychisch Kranken“ zusätzlich geschürt.

Beispiel:

- Armut macht krank – auch psychisch. Nach der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „KiGGS“ des Robert-Koch-Instituts leiden Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger an Essstörungen, motorischen Problemen und psychischen Auffälligkeiten. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) beschreibt für Kinder und Jugendliche einen Anstieg von 15 auf 20 Prozent bei psychischen Störungen in den letzten zwanzig Jahren.
- 27 Prozent der EU-Bevölkerung erleiden im Lauf eines jedes Jahres mindestens eine psychische Störung.
- Über 50 Prozent haben das Risiko, mindestens einmal im Leben an einer solchen zu erkranken.
- Nur 26 Prozent der Betroffenen erhalten eine mehr oder weniger angemessene Behandlung.
- Über 10 Prozent der Bevölkerung werden einmal im Leben depressiv, 15 Prozent davon verüben Suizid, 56 Prozent unternehmen den Versuch.**
- Nach DAK-Report (2004) sind 15 bis 20 Prozent der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren wegen psychischer Erkrankung in ärztlicher Behandlung.
- Bei 37 Prozent der Berentungen sind nach der Deutschen Rentenversicherung psychische Erkrankungen die Ursache.
- Schlechte sozioökonomische Bedingungen fördern seelische Erkrankungen (WHO 2004 u.a.).

Die DGSP fordert:

- einen Paradigmenwechsel von kurativ zu präventiv;
- die Umsetzung von Prävention im Gesundheitswesen als öffentliche Kernaufgabe; im Vordergrund muss die seelische Gesundheit, nicht die seelische Krankheit stehen;
- Vorrang der Veränderung von krankmachenden Lebensbedingungen vor kurativen Leistungen;
- die Umverteilung von Krankenkassengeldern in Prävention statt in den Ausbau stationärer Betten;
- ambulant vor stationär;
- die Förderung von Antistigma- und Aufklärungskampagnen vor Ort durch die Krankenkassen;
- die Förderung von bürgerschaftlichem Engagement auch im sozialpsychiatrischen Bereich;
- die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen als Experten in eigener Sache;
- die hauptamtliche Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in Krisendiensten;
- Sozialpsychiatrie muss sich unbedingt auch um die Kinder von psychisch erkrankten Eltern kümmern.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP bietet Fort- und Weiterbildung unter anderem zu Ressourcenorientierung und seelischer Gesundheit an (Recovery, Resilienz, Salutogenese).
- Die DGSP unterstützt Recovery-Projekte: Hoffnung macht Sinn.
- Die DGSP unterstützt Schulprojekte zur Gesundheitsförderung vor Ort.***
- Die DGSP unterstützt Antistigmakampagnen vor Ort, z.B. am „Tag der seelischen Gesundheit“ am 10. Oktober jeden Jahres.
- Die DGSP hat auf ihrer Jahrestagung 2007 in München Prävention und seelische Gesundheit in den Mittelpunkt gestellt.
- Die DGSP unterstützt Präventionsprojekte für Kinder von psychisch erkrankten Eltern.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen

- Initiativen, die sich für Antistigma engagieren,
- Recovery-orientierte Forschung und Forschung zur Lebensqualität psychisch Erkrankter mit Nutzerbeteiligung,
- Recovery-Lebensgeschichten und -Gruppen,
- Präventionsideen.

* Matthias C. Angermeyer, in: *Der Nervenarzt*, Juli 2002.

** Angaben nach Wittchen (2005) und EU-Grünbuch: *Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.* Brüssel, 2005.

*** www.irrsinnig-menschlich.de

www.irremenschlich.de

14 Man kommt leicht in ein Heim, aber nur schwer wieder heraus ...

Daran nehmen wir Anstoß:

Was ein Heim ist wird in den Bundesländern sehr unterschiedlich definiert. Über alle Begriffe hinweg sind zum Beispiel die vertragliche Koppelung von Wohnen und Unterstützung und der besondere Status als Heimbewohner gemeinsame Merkmale aller Heime. Trotz des Ausbaus ambulanter Hilfen leben nahezu gleich bleibend viele psychisch erkrankte Menschen in Sonderwohnformen wie Heimen.

In diesen Heimen ist eine angemessene Behandlung nur bedingt gesichert, und der hohe Verbrauch an Neuroleptika in manchen Heimen ist ein Alarmsignal. Auch werden immer noch alte, aber auch junge Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen fehlplatziert und ihnen damit berechnete Teilhabechancen verwehrt. Auch heute gilt noch vielfach: Man kommt leicht in ein Heim, aber nur schwer wieder heraus!

Der Trend, Menschen mit komplexem Hilfebedarf wohnortfern unterzubringen, hält an. Viel Hilfe zu benötigen ist immer noch gleichbedeutend mit dem Zwang, in ein Heim umziehen und damit die eigene Wohnung, das eigene Hab und Gut und die Eigenständigkeit aufgeben zu müssen. Der Verlust oder die Einschränkung der eigenen Identität als Bürgerin oder Bürger einer Kommune ist die Folge. Die eigenen Lebensvorstellungen müssen den Gegebenheiten in der Institution angepasst werden.

14 Hintergrund:

Seit der Psychiatrie-Enquete wurden zahlreiche Versorgungsstrukturen im klinischen wie im ambulanten Bereich differenziert ausgebaut. In den Wohnheimen traten Veränderungen später ein, manches davon (Stichwort: Dezentralisierung, Personenzentrierung) ist schon wieder in Gefahr. Der ökonomische Druck fördert den Trend zu einer Renaissance von Wohnheimen, weil ambulante Hilfen billiger als stationäre sein müssen (Mehrkostenvorbehalt im SGB XII). Heime werden zudem vom psychiatrischen Versorgungssystem insgesamt als einfache Lösung für komplexe Problemlagen gesehen.

Menschen leben in Heimen, oft weil andere Hilfen nicht ausreichend vorhanden sind. Doch dem Mangel an flexiblen, ambulanten Hilfen, umfassender Unterstützung und angemessenem Wohnraum wird nicht konsequent abgeholfen.

Das „All-inclusive-Paket“ des Heims soll zur Not auch in Form von geschlossenen Wohnheimen vorgehalten werden, aber Alternativen für die am schwierigsten zu unterstützenden Menschen fehlen und müssen entwickelt werden. Die kommunale Verpflichtung zur Daseinsvorsorge muss wieder für alle Bürger gelten und erreichbar sein.

Beispiel:

Besuche in Heimen verschiedener Regionen unter Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in 2010 machten deutlich: Es gibt sie nach wie vor, die Heime „auf der grünen Wiese“ ohne gute öffentliche Verkehrsanbindung. Sie halten Wohnangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor, aber allein schon die Randlage macht für die Bewohnerinnen und Bewohner die Wahrnehmung ihrer Bürgerrechte schwer bis unmöglich. Das ist keine Inklusion!

Die DGSP fordert:

- Regionale ambulante Versorgung und Unterstützung muss besonders in ländlichen Regionen ausgebaut und entwickelt werden. Erfahrungen aus den Städten müssen entsprechend ausgewertet und übertragen werden.
- Materielle Hilfen zum Wohnen und psychiatrische/psychosoziale Hilfen müssen voneinander getrennt werden. Hilfeberechtigte müssen Mieter ihres Wohnraums sein.
- Ein geregeltes Hilfeplanverfahren ist insbesondere bei individuellem komplexem Hilfebedarf anzuwenden und zu kontrollieren. Hilfeplanung kann zu lange Aufenthalte verhindern. „Nur wer ein Ziel hat, weiß, wann er angekommen ist.“
- Gemeindepsychiatrische Verbände müssen die Verantwortung für die Steuerung der Versorgung erhalten.
- Ambulante Versorgung muss bedarfsdeckend finanziert werden.
- Bestehende Heime müssen sich zur örtlichen Stadtteilkultur (Quartier) öffnen. Der Weg vom Heim hin zum eigenen Wohnraum muss dort beginnen. Wohnheime müssen durchlässig und Teil des sozialpsychiatrischen Netzwerkes sein.
- Schließlich muss die Lebenssituation von Menschen in Heimen endlich öffentliches Thema werden. Die vor Jahren geforderte Heim-Enquete ist daher heute notwendiger denn je. Ziel einer solchen Enquete ist die Erweiterung des Wissens und die Erarbeitung von Veränderungsmaßnahmen.
- Konkrete Schritte hin zu einer Integration dieser Hilfen in die Gemeinwesen sind überfällig.

Die DGSP ist aktiv:

- Im DGSP Fachausschuss Menschen in Heimen arbeiten Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Einrichtungen und Dienste aus vielen Bundesländern aktiv mit.
- Der Fachausschuss erörtert die aktuellen Entwicklungen im Bereich Wohnen und Sozialpsychiatrie, um einen Überblick über die stark differenzierte Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten.
- Bei jedem Treffen ist ein „Blick über den Tellerrand“ garantiert. Die gesammelten Erkenntnisse werden über Multiplikatoren in die beteiligten Einrichtungen getragen, somit werden immer wieder Veränderungen auch im Kleinen angeregt.
- Durch Fachtagungen und mit einer Buchveröffentlichung* gestaltet der Fachausschuss die öffentliche Diskussion seit Jahren mit.
- Der Fachausschuss sucht die Kooperation mit anderen Verbänden.

* Josef Claaßen/Hans Cordshagen/Joachim Heimler/

Lisa Schulze Steinmann (Hg.):

Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2003.

TUWAS – mit der DGSP:

- Richtet den kritischen Blick auf eure Einrichtungen vor Ort und fragt nach dem Sinn des „Systems Heim“! Blickt ins Umfeld und prüft, ob das Leben im Heim genauso „normal“ abläuft wie bei den anderen Bewohnern des Quartiers!
- Unterstützt die Heimbeiräte bei ihrer Arbeit, die Interessen der

Bewohner und Bewohnerinnen zu vertreten.

- Für die Widersprüche und Fragen, die auftreten, ist die DGSP die richtige Plattform, um über den Horizont des Heimalltags zu schauen. Denn in der DGSP treffen sich „Experten aus eigener Erfahrung“ mit professionellen Helfern, um zu diskutieren und Veränderungen im System mitzugestalten. Und der DGSP-Fachausschuss Menschen in Heimen ist ständig an weiteren Mitstreitern interessiert. Jede/jeder kann sich diesem unkompliziert anschließen und mitwirken.

15 Suchtkrankenhilfe muss sich vom starren Abstinenzdogma lösen

Daran nehmen wir Anstoß:

Das so genannte Abstinenzparadigma hat über Jahrzehnte die deutsche Suchthilfandschaft bestimmt. Während das traditionelle Suchthilfesystem aus Beratungsstellen, Reha-Fachkliniken und Selbsthilfegruppen Angebote für motivierte Suchtpatienten bereit hielt, blieb die „vergessene Mehrheit“ in der Wohnungslosenhilfe, in der Arbeitslosenhilfe, in Justizvollzugsanstalten, in der Familien- oder Jugendhilfe oft ohne adäquates Angebot.

Wenige Suchtkranke werden in Deutschland sehr gut versorgt, während ein großer Teil unterversorgt ist. Es fehlt weitestgehend eine aufsuchende Form der Suchtkrankenhilfe; dies werten wir als fehlende Bereitschaft, allen suchtkranken Menschen zu helfen.

Hintergrund:

- Ausgebildete Fachleute in der Suchtkrankenbehandlung sitzen vornehmlich in Suchtberatungsstellen, Fachkliniken der Suchtrehabilitation sowie in den Suchtabteilungen des krankenkassenfinanzierten psychiatrischen Hilfesystems. Diese Institutionen orientieren sich traditionell weitgehend am Abstinenzparadigma. Damit können sie nur einen sehr kleinen Teil der Suchtpatienten erreichen, und unter der versorgten Klientel strebt allenfalls die Hälfte dauerhafte Abstinenz an.
- Im traditionellen Hilfesystem sind Motivationskonzepte im Umgang mit Ambivalenz im Hinblick auf künftigen Konsum, eine zieloffene Beratung im künftigen Umgang mit Suchtmittelkonsum und eine tatsächlich personenzentrierte Umgangsweise noch lange nicht selbstverständlich. Auch wenn inzwischen eindeutig belegt ist, dass mehr als zwei Drittel der Klienten in Wohnungslosenhilfe und Strafvollzug manifest suchtkrank sind, findet hier eine Versorgung nicht statt. Die in Verbindung mit der Suchterkrankung sich entwickelnden massiven sozialen Probleme gerade dieser Gruppen werden kaum angegangen. Suchtbehandlung muss in allen Arbeitsfeldern verankert werden, in denen sich Menschen mit Suchtproblemen befinden.

Beispiel:

- Vor dem Hintergrund der abstinenzorientierten Rehabilitation als unverzichtbarer Beitrag zur aktuellen Finanzierung der Beratungsstellen darf es nicht sein, dass sich ein Klient in der Suchtberatungsstelle zwischen Rehabilitationsbehandlung und Nichtleistung entscheiden muss. Den mehr als 70000 substitu-

ierten Menschen in Deutschland müssen Rehabilitationsangebote ebenfalls verfügbar sein. Diese Menschen müssen ihrem Leistungsvermögen entsprechend Arbeitsangebote erhalten und dafür rehabilitiert werden.

- Die meisten Selbsthilfegruppen haben das Problem der Rückfälligkeit dermaßen tabuisiert, dass betroffene Menschen ein Zurück in die Gruppe und die Bitte um Hilfe gerade dann nicht wagen, wenn sie diese eigentlich am dringendsten benötigen würden.
- In der ambulanten Eingliederungshilfe herrschen in vielen Gemeinden noch Konzepte vor, Hilfeangebote nur zu gewähren, wenn die Klienten weitgehend stabil abstinent sind. Konsumierende Klienten, die diese Form der aufsuchenden Eingliederungshilfe besonders benötigen, können deshalb von dieser Pflichtleistung der Kommunen nicht profitieren.
- Chronisch Mehrfachabhängigen darf nicht über die Kürzung der Behandlungszeit die Chance einer hinreichenden Stabilisierung genommen werden. Gerade im Bereich der Eingliederungshilfe von chronisch mehrfach beeinträchtigten Patienten soll die besondere Schwere einer Suchterkrankung nicht zum Ausschlussgrund für Integrationsbemühungen werden.
- Obgleich die Bemühungen zur Unterstützung suchtkranker Strafgefangener im Strafvollzug in den letzten Jahren zugenommen haben, werden die meisten Inhaftierten von motivierenden Maßnahmen nicht erreicht. Gerade bei der Vorbereitung der Haftentlassung werden oft bestehende Möglichkeiten versäumt. Aber auch im Vorfeld einer Inhaftierung bleiben sinnvolle suchtspezifische Auflagen und Interventionen die Ausnahme. Abhängige werden immer häufiger forensisch untergebracht, anstatt alle Möglichkeiten in offener Behandlung mit Auflagen auszuschöpfen. Eine bessere Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe ist zwingend notwendig.

Die DGSP fordert:

- Überall dort, wo Suchtpatienten hilfebedürftig sind, müssen suchtspezifische Hilfeangebote verfügbar sein. Die primäre Beratung von Suchtbetroffenen muss zieloffen verlaufen und neben abstinenzorientierten Konzepten auch Konzepte der Schadensbegrenzung („harm reduction“) und des kontrollierten Konsums bereithalten.

- Suchtkrankenhilfe muss sinnstiftend wirken und jedem, unabhängig von Alter und gesundheitlicher und psychischer Verfassung, individuelle, lebensverändernde Perspektiven aufzeigen.
- Hoch- und niedrigschwellige suchtspezifische Hilfen müssen sich in einem differenzierten regionalen Hilfesystem zusammenfinden, damit für jeden Hilfesuchenden angemessene Angebote bereitstehen.
- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und der Selbsthilfe muss in jeder Region fest verankert sein und durch einen ständigen Austausch eine Transparenz der Konzepte sicherstellen.
- Leistungen zur Teilhabe fokussieren auf chronisch behinderte Menschen und dürfen auch Patienten mit unzureichender Abstinenzfähigkeit oder -bereitschaft nicht ausschließen.
- Suchthilfe braucht Vernetzung zwischen den Schnittstellen verschiedener Hilfeangebote. Kein Bereich darf über die Sucht eines Menschen hinwegsehen. Suchtkranken muss dort, wo sie leben, professionell so begegnet werden, dass Veränderungsmotivation gefördert und der Ausstieg aus dem Konsum ermutigt wird.
- Selbsthilfegruppen sollten sich mehr für jene Patienten öffnen, die das Alkoholproblem tatsächlich noch nicht bewältigt haben und gerade deswegen in besonderer Weise auf den Zuspruch und die Unterstützung von Menschen angewiesen sind, die aus der Erfahrung eigener Betroffenheit Hoffnungsträger und Wegweiser sein können.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP unterstützt Konzepte zieloffener, personenzentrierter Beratung wie z.B. Motivational Interviewing, den Community Reinforcement Approach (CRA), das ALITA-Programm oder Psychoedukationsprogramme. Diese evidenzbasierten Konzepte haben gemein, dass sie an den Stärken des Suchtkranken ansetzen und alltagsbezogene Ziele setzen.
- Über den Fachausschuss Sucht der DGSP werden solche Aus- und Fortbildungen entweder bereitgehalten oder vermittelt.

TUWAS – mit der DGSP:

Suchtarbeit braucht die uneingeschränkte Vernetzung mit anderen Sozialbereichen und der Medizin, insbesondere der Psychiatrie. Der DGSP-Fachausschuss Sucht zeigt Defizite in der Gesamtversorgung Suchtkranker auf, mit besonderem Blick auf die schlechter Versorgten. Wir brauchen Mitstreiter aus allen Arbeitsfeldern und Berufsgruppen. Der Fachausschuss tagt zwei- bis dreimal jährlich.

16

16 Raus aus dem Ghetto – eine Stadt für alle! Inklusion verhindert Ausgrenzung

Daran nehmen wir Anstoß:

In einer demokratischen und sozialen Gesellschaft sollte jeder Mensch in die Lage versetzt werden, am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben teilzunehmen. Der „soziale Raum“ ist der Ort, an dem Teilhabe und Teilgabe gelebt werden können. Dies gilt für alle Menschen, starke und schwache, auch für jene mit einer psychischen Erkrankung. Die Realität bleibt hinter diesem Anspruch weit zurück: Inklusion, Teilhabe und Teilgabe sind bisher nicht gelungen. Mit dem guten und differenzierten ambulanten Hilfesystem ist eine relativ abgeschottete Parallelwelt entstanden. Statt große Institutionen aufzulösen (zu deinstitutionalisieren), wurden psychisch erkrankte Menschen „uminstitutionalisiert“: in Pflegeheime, in den Strafvollzug, in die Wohnungslosigkeit. So wurde nicht der „soziale Raum“ des Gemeinwesens gestärkt, sondern lediglich eine künstliche „Psychiatrie-Gemeinde“ auf den Weg gebracht.

Hintergrund:

Wir beziehen uns in diesem „Denkanstoß“ auf die wegweisende UN-Behindertenrechtskonvention. Ihr zufolge ist jeder Mensch Teil eines Gemeinwesens und soll Fragen seiner Lebensgestaltung selbst entscheiden dürfen. Er muss das Recht und die Möglichkeit haben, von Anfang an mitten in der Gesellschaft zu leben, beschult zu werden, zu wohnen und zu arbeiten. Jede Form der institutionalisierten

Ausgrenzung wird abgelehnt. Allerdings ist es bisher der sozialen Psychiatrie noch nicht gelungen, die vorhandenen Ressourcen des Sozialraums im Sinne der UN-Konvention zu aktivieren, zu stärken und zu nutzen.

Beispiel:

- Das Gefühl, abseitszustehen, nicht dazuzugehören zur Gesellschaft der „Normalen“, ist trotz vieler Entwicklungsschritte in Richtung Gemeinde für eine große Zahl psychisch erkrankter Menschen ständig präsent.
- Psychiatrie-Erfahrene beklagen ihre Isolation im „ambulanten Ghetto“. Neben den speziell psychiatrischen Angeboten existieren im Sozialraum zahlreiche, aber für psychisch erkrankte Menschen noch weitgehend nicht zugängliche Treffpunkte und Begegnungsorte.
- Viele psychisch erkrankte Menschen sagen immer noch: „Lieber drinnen bleiben, weil draußen weh tut.“
- Menschen mit Behinderungen haben Schwierigkeiten beim Zugang zum Wohnungsmarkt und zum allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die DGSP fordert:

Aus folgenden Fragen ergeben sich die Forderungen der DGSP: Wie müssen die Strukturen und das soziale Netzwerk in der Gemeinde ausgestaltet sein? Welche Ressourcen und welches „soziale Kapital“ muss der Sozialraum ausweisen, damit psychisch erkrankte Menschen sowohl in ihrer individuellen Sensibilität als auch in ihrem unmittelbaren Umfeld optimal gefördert werden können? Was braucht ein Gemeinwesen, um niemanden auszugrenzen, um wirklich jeden einbeziehen zu können? Wie können Menschen mit psychischer Erkrankung und sehr unterschiedlichen Bedürfnissen an der Gestaltung des Sozialraums teilhaben und gemeinsam Verantwortung dafür übernehmen? Wie kann Nachbarschaft als ein „wichtiger Einrichtungstyp“ genutzt werden? Was hilft, damit beim Schritt nach „draußen“ weniger schmerzliche Erfahrungen möglich werden? An welchen Stellen kann sich ein psychisch erkrankter Mensch mit seinen individuellen Stärken und Fähigkeiten einbringen und sich nützlich machen und fühlen? Denn: Jeder Mensch will nötig sein!

Forderungen:

- Die gemeindepsychiatrischen Angebote sollen vor dem Hintergrund des Fachkonzeptes Sozialraumorientierung weiterentwickelt werden, inklusive der entsprechenden Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den sozialen, pflegerischen und medizinischen Berufen.
- Menschen mit einer psychischen Erkrankung sollen nicht mehr allein als „störungsbelastet“ wahrgenommen werden, sondern als Personen mit einer Lebensgeschichte und mit Fähigkeiten, die sie in den Sozialraum einbringen können.
- Die Hilfeplanung muss daher die Aufmerksamkeit mehr auf die Fähigkeiten fokussieren, ihre Methodik erweitern und sozialraumbezogenes Wissen (wer kann wen, wo und wie einbeziehen?) insbesondere für den nichtpsychiatrischen Bereich entwickeln.
- Wir alle, die wir in der sozialen Psychiatrie tätig sind oder uns dafür engagieren, sollten künftig vehement die Umsetzung der UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen vorantreiben; die Überleitung der Maßgaben dieser Konvention in deutsches Recht ist als nächster wesentlicher gesundheitspolitischer Schritt durchzusetzen.
- Die materielle Basis der Existenz der Betroffenen ist sicherzustellen, damit Teilhabe überhaupt möglich wird. Denn Teilhabe hängt, wenn auch nicht allein, vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Die Lebenslagen „Armut“ und „Hartz IV“ begrenzen Teilhabe. Das bedingungslose Grundeinkommen, auf einem Niveau, das ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, ist eine alte Forderung der DGSP.
- Die Sozialraumorientierung darf aber im Gegenzug nicht in ein anderes Extrem verfallen und jeden besonderen Schutzraum für Menschen mit einer psychischen Erkrankung infrage stellen.
- Die architektonischen, sozial- und gesundheitspolitischen Instrumente der Städteplanung und Quartiersentwicklung müssen durch wohl überlegten Einsatz den Ausgrenzungstendenzen entgegenwirken.
- Es muss genügend bezahlbaren Wohnraum geben, und der Zugang zum Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen muss verbessert werden, denn die Wohnsituation ist mitentscheidend für die Verbesserung der Lebenssituation.

Die DGSP ist aktiv:

- Als bundesweit tätige Fachgesellschaft setzt sie sich (fach-) politisch für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ein.
- An der Basis und in ihren regionalen Strukturen setzt sie den Inklusionsgedanken um.
- Auf kommunaler und lokaler Ebene ergreift sie politische Initiative im Bereich der Stadtentwicklung und Wohnungswirtschaft mit der Zielsetzung, förderliche Lebensräume zu schaffen und für genügend bezahlbaren Wohnraum zu sorgen.
- In Fortbildungsangeboten wird Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Fachkonzept der Sozialraumorientierung vermittelt.

TUWAS – mit der DGSP:

Auf der DGSP-Jahrestagung in Hamburg 2009 (Thema: „Raus aus dem Ghetto – rein ins Leben!“) wurde neben vielen anderen guten TUWAS-Ideen* folgende ausgezeichnet: „Zeig mir dein Viertel! – Organisiert Stadtführungen von Psychiatrie-Erfahrenen für ihre Mitbürger: Welche Restaurants oder Cafés sind gut und preiswert? Wer ist der beste Arzt? Wo findet man die nettesten Verkäuferinnen und die schönsten Naturecken oder Fotomotive?“ Schließt euch dieser oder anderer TUWAS-Ideen an!

* www.psychiatrie.de/dgsp/tuwas/article/Hamburger_Ideen.html