

Inhalt

DENK-AN-STÖßE

1. Psychiatrie-„Reform“ auf Abwegen
2. Rechte psychisch erkrankter Menschen endlich durchsetzen!
3. Gute Psychiatrie braucht qualifizierte Mitarbeiterinnen!
4. Dialog? Noch lange nicht erreicht!
5. Das Persönliche Budget zwischen Selbstbestimmung und Sparfalle
6. Nicht (für dumm) verkaufen lassen: Gesundheit ist keine Ware!
7. Früher sterben mit Neuroleptika? – Medikamente auf den Prüfstand!
8. Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!
9. Forensik – aus den Augen, aus dem Sinn?
10. Psychiatrische Forschung – ja. Aber für wen und in wessen Interesse?
11. Qualität? – Na klar, aber richtig!
12. Keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit!

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 Psychiatrie-Reform, 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, 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.

Themen der Psychiatrie sind immer komplex, weshalb wir uns für eine pointierte Form der Problemdarstellung 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 die Leserinnen und Leser den roten Faden aufgreifen, weiterdenken und sich letztlich auch zur Mitarbeit in der DGSP anregen lassen. Unter dem Stichwort „TUWAS in 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 Meinungs austausch 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 Psychiatrie-Reform ist längst nicht abgeschlossen. Sie muss ständig weiterentwickelt werden.

Lassen Sie sich anstoßen: Diskutieren Sie mit, machen Sie mit.

Wir freuen uns auf Ihre Reaktion!

Köln, im September 2008

Der Geschäftsführende und der Erweiterte Vorstand der DGSP

PS: Die DENK-AN-STÖBE wurden im Anschluss an den DGSP-Verbandstag im September 2007 von einer Arbeitsgruppe entwickelt und im Erweiterten Vorstand in Kleingruppen diskutiert und abgestimmt.

Die vorliegende Fassung (Stand September 2008) ist eine Vorabveröffentlichung zur DGSP-Jahrestagung 2008 in Leipzig, die noch einer Überarbeitung und weiterer Ergänzungen bedarf.

Die korrigierte Druckfassung erscheint im Januar 2009 als Beilage in unserer Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“.

1. Psychiatrie-„Reform“ auf Abwegen

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Psychiatriereform der siebziger und achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts bedeutete einen Quantensprung für die Qualität psychiatrischer Behandlung und Versorgung. Die Lebensqualität, besonders der sogenannten 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 70er Jahre wurde – auch in Deutschland – kritisiert, was für die überwiegende Mehrzahl psychisch kranker Menschen Versorgungs-Normalität war: Landeskliniken mit riesigen Einzugsgebieten, monströse Anstalten, in erbärmlichem Bauzustand, mit verkrustetem Management, demotiviertem Personal – kurz und schlecht, mit allen Symptomen der „Totalen Institution“ (E. 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 in die Obdachlosenhilfe,
- ungebrochen ist der Boom der Heime, trotz der gesetzlichen Vorgabe „Ambulant vor stationär“,
- durch systematische Überbelegung von Kliniken wird die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) 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 Kruse (2005) 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 Anders-Sein, 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 Home Treatment, was unter anderem in Finnland bereits erfolgreich erprobt wird.

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit seelischer Behinderung: Das SGB IX muss endlich Wirkung entfalten, z.B. im Bereich der Soziotherapie.

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 vielbeschworene 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 Phantasie die „Mühen der Ebene“ bewältigen. „Die Psychiatrie ist die Disziplin der Geduld, der Langmut“ (Luc Ciampi). Wir meinen, es darf gern „brennende Geduld“ sein!

2. Rechte psychisch erkrankter Menschen endlich durchsetzen!

Daran nehmen wir Anstoß:

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

Hintergrund:

– Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs) 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 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 etc. 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 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 Psychotherapie (SGB V, § 37a) wird durch die rigide Bewilligungspraxis der Krankenkassen vielfach verschleppt. 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 auf Grund 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 auf die gesetzlichen Freigrenzen 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 kann 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 zunehmende 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 Verhandels 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. 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) 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 trialogischer 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 folgt eine Fortbildung für ehrenamtlich Tätige in diesem Bereich.

TUWAS – mit der DGSP:

Die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen wird im Alltag konkret. Deshalb sucht die DGSP Mitglieder, 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!

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Humanisierung der Psychiatrie seit der Reform in den 70er 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 über alle Berufsgruppen und 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 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.
- Die Bedeutung gut qualifizierten Personals gilt es 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 über dreißigjährigen 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 Palette 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 eigener Praxis und dahinterstehender 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.

3. 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. Nicht-Profis 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 als Grund oft 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, 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 gegenseitig 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, unter anderem zu den Themen Mediation, Umgang mit Beschwerden, Psychoseminare. 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 Kooperation mit dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und steht in Kontakt mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)/ Familienselbsthilfe.

TUWAS – mit der DGSP:

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

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

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) Budget. Mit dem Persönlichen Budget 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 Psychiatrieprofi deutlich geschäftlicher. Der Hilfebedürftige ist plötzlich nicht mehr Teil einer Solidargemeinschaft, sondern ein individueller Kunde neben anderen Kunden. Dagegen 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 richtig 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 führen. Es ist ein weiteres Mosaik in der Versorgungsstruktur und nicht Ersatz für bewährte und nachhaltig wirkende Versorgungsangebote.
- Wir brauchen daher Qualität sichernde 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 Obdachlose zu „Kunden“ erklärt werden sollen! Neoliberalismus, die neue Freiheit der Märkte, befreit nur das Kapital von lästiger gesellschaftlicher Verantwortung. Wenn Gesundheits- und Sozialwesen in Unternehmerhand 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. "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" (Deppe, 2004). 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-Anstalt-ungen“. 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 Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ kritisch unter die Lupe genommen.
- Die DGSP-Jahrestagung unter dem Motto „Schlimmer geht’s immer“ (2003 in Dresden) hat erste Brücken vom Klagen zum Handeln geschlagen. Unter anderem gründete sich die Soltauer Initiative, deren „Soltauer 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, zum Beispiel in Besuchskommissionen, Gesundheits- und Sozialausschüssen oder Psychoseseminaren, 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.

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 Psychosen-Behandlung 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 verharmlosenden 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 Gesundungschancen 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, evtl. 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, z. T. mit erheblich beeinträchtigenden Nebenwirkungen und gefährlichen Folgewirkungen, vor allem bei Behandlung mit zwei oder mehreren Medikamenten. 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 mindestmögliche Maß reduzieren lassen. Hierzu gehören insbesondere psychotherapeutisch ausgerichtete Angebote wie Soteria-ähnliche Behandlungsformen sowie an das finnische Vorbild angelehnte Modelle der „bedarfisangepassten 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 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 aller 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:

Neuere Veröffentlichungen zum Thema „Mortalität durch Neuroleptika“ und eine Debatte dazu finden Sie in der DGSP-Mitgliederzeitschrift „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“, SP 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

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. Dabei werden die Bedürfnisse und die individuellen Ziele sowie die sozioökonomische Lebenssituation der Betroffenen vergessen. Eine psychotherapeutische Grundhaltung im Rahmen 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.

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 Biographie 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 schulübergreifende 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 für Sozialpsychiatrie Schleswig-Holstein (Achberger, 2007) 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 milieuthérapeutische 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 z.B. 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 eine zweijährige, berufsgruppenübergreifende Fortbildung zur „psychotherapeutischen Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern“ an. Eine Gruppe von acht Psychotherapeut/innen (aus dem FA 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.

9. 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. Maßregelvollzugs-Anstalten wachsen und vermehren sich unaufhörlich. Sollte es wirklich wahr sein, dass die Forensik „die Psychiatrie der Zukunft“ (Kruse, 2005) 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 20 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 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 Psychiatrie-Personalverordnung (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 Besuchskommissionen. Die Einhaltung der PsychPV muss Gegenstand dieser Überwachung sein.
- Die verkürzte Verweildauer in der allgemeinen Psychiatrie 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 etc.) 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. Wegsperrern allein reicht nicht!

10. 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 Kontrolle 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) aus, weil er ihr vorwarf, die Psychiatrie sei von der Pharmaindustrie aufgekauft und die APA würde sich dagegen nicht wehren.
- Charlotte Köttgen 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 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 die Gutachter? Wie viel Universitäts-Karriere geht noch ohne Drittmittelfinanzierung? 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 Bioethikkonvention 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 (u.a.: Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizin, Soziologie) mitarbeiten können.
 - Die DGSP verleiht einen Forschungspreis für sozialpsychiatrisch innovative Forschung und einen weiteren für junge Nachwuchswissenschaftler. Dieser Preis hat 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 (siehe Sozialpsychiatrische Informationen, 1997, Heft 3).
 - 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.

11. Qualität? – Na klar, aber richtig!

Daran nehmen wir Anstoß:

Qualitätsmanagement – 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 definitionsgemäß 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 vergeudet Ressourcen im großen Stil.

Beispiel:

Renate Schernus und Fritz Bremer, DGSP-Mitglieder und Mitbegründer der Soltauer Initiative, fordern „Sozialzeit statt Bürozeit“.

Zitat: „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 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 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 sogenannte Qualitätsmanagement noch nicht erfunden war. Multiprofessionalität, Vernetzung, Supervision und Fortbildung sind heute fast selbstverständlich, mussten aber während 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, 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 im Vordergrund bleibt und nicht hinter bürokratischen Ungetümen verschwindet;
- Menschen, die sich ihre Urteilskraft bewahren und die Freiheit nehmen, dafür zu streiten.

12. 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 steigen die Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen (Angermeyer, 2001). Von den Medien wird das Angst einflößende Bild des „unberechenbaren psychisch Kranken“ zusätzlich geschürt.

Beispiel:

Armut macht krank – auch psychisch. Nach der „KIGGS-Studie“ des Robert-Koch-Instituts leiden Kinder aus sozial benachteiligten Schichten häufiger an Essstörungen, motorischen Problemen und psychischen Auffälligkeiten. Der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) beschreibt für Kinder und Jugendliche einen Anstieg von 15 auf 20 Prozent bei psychischen Störungen in den letzten 20 Jahren.

- 27% der EU-Bevölkerung erleiden im Lauf eines jedes Jahres mindestens eine psychische Störung.
- Über 50% haben das Risiko, mindestens einmal im Leben an einer solchen zu erkranken.
- Nur 26% der Betroffenen erhalten eine mehr oder weniger angemessene Behandlung.
- Über 10% der Bevölkerung werden einmal im Leben depressiv, 15% davon verüben Suizid, 56% unternehmen den Versuch (Wittchen 2005; Grünbuch der EU).
- 15 – 20% der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren sind wegen psychischer Erkrankung in ärztlicher Behandlung (DAK-Report, 2005).
- Bei 37% der Berentungen sind nach der Deutschen Rentenversicherung psychische Erkrankungen die Ursache.
- Schlechte soziökonomische Bedingungen fördern seelische Erkrankungen (WHO, 2004).

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;
- die Veränderung krankmachender Lebensbedingungen hat Vorrang 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 macht Fort- und Weiterbildung unter anderem zu Ressourcenorientierung und seelischer Gesundheit (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.