

Verantwortung übernehmen Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen

Tagungsdokumentation
7. und 8. November 2016
in Kassel

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Aktion Psychisch Kranke (Hg.).
Verantwortung übernehmen
Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-678-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2017
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ruth Forster, Ludwig Janssen
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Inhalt

A Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen

Begrüßung und Einführung <i>Regina Schmidt-Zadel</i>	8
Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit <i>Thomas Stracke</i>	11
Psychiatrie in Verantwortung der Landespolitik – am Beispiel Nordrhein-Westfalen <i>Jörg Holke</i>	17

I Sozialpolitische Entwicklungen und Perspektiven

Einleitung <i>Heinrich Kunze</i>	32
»Verantwortung übernehmen« – vor dem Hintergrund aktueller sozialpolitischer Entwicklungen <i>Heinrich Kunze</i>	33
Der Gemeinsame Bundesausschuss: Verantwortung der Selbstverwaltung <i>Regina Klakow-Franck</i>	46
Verantwortung im Versorgungsmanagement <i>Steffen Waiß</i>	57
PsychVVG und die Perspektiven <i>Heinrich Kunze, Renate Schepker, Dieter Grupp, Andreas Heinz, Sebastian von Peter</i>	67

II Gemeindepsychiatrische Verbünde und regionale Verantwortung

Verantwortliche Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) –
trotz oder wegen BTHG?

Matthias Rosemann 86

Wege zur Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener
im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)

Rainer Höflacher, Rainer Schaff 94

III Verantwortung der Betroffenen-Selbsthilfe

Selbstbestimmung und Verantwortung in der Krise

Peter Lehmann 101

Die Gesundungsphase – mein Recovery-Weg

Franz-Josef Wagner 127

Beteiligung am Beispiel Hometreatment

Kurvorstellungen des Bundesnetzwerkes Selbsthilfe seelische
Gesundheit (NetzG) und des NetzG-Hometreatment-Papiers

Rainer Höflacher 135

Eigenverantwortung stärken

am Beispiel der Behandlungsvereinbarung

Barbara Müller-Kautz 139

IV Angehörigen-Verantwortung

Einleitung

Reinhard Peukert 144

Verlässliche Unterstützung in Krisensituationen –
die Sicht der Angehörigen

Christian Zechert 148

Verantwortung und Überverantwortung durch Eltern

Susanne Heim 162

Kinder psychisch erkrankter Eltern von der Verantwortung entlasten	
<i>Iris Dewald</i>	165

Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters	
<i>Reinhard Peukert</i>	168

V Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Verantwortung übernehmen – Verantwortung überlassen: Verlässliche Hilfen bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen	
<i>Jörg M. Fegert, Michael Kölch</i>	191

VI Verantwortliche Psychiatrische Pflege

Einleitung	
<i>Klaus Obert</i>	205

Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege	
<i>Dorothea Sauter</i>	208

Verantwortung, Qualität und Qualifikation der Psychiatrischen Pflege	
<i>Hilde Schädle-Deiningner</i>	223

VII Verantwortungsvolle Forschung

Einleitung	
<i>Anja Esther Baumann</i>	232

Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention – Wahlfreiheit, Präferenzen und Ergebnisse	
<i>Dirk Richter, Holger Hoffmann</i>	235

Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland <i>Ingmar Steinhart, Marcel Daum, Anja Höptner, Andreas Speck</i>	243
Partizipative Forschung im Netzwerk (PartNet) <i>Kristin Pomowski</i>	268

VIII Konsensuelle Behandlung mit Psychopharmaka

Einleitung <i>Detlev E. Gagel</i>	273
Absetzen von Psychopharmaka <i>Uwe Gonther</i>	277
Qualitätsgesicherte Pharmakotherapie – das Beispiel Antidepressiva <i>Tom Bschor, unter Mitarbeit von Dorothea Cires</i>	284

IX Geschichtliches

Reprint »Irrenhäuser – Kranke klagen an« <i>Frank Fischer, Heinrich Kunze</i>	291
--	-----

B Selbsthilfetag

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit <i>Thomas Stracke</i>	296
Resilienz und Recovery – Etappen, Erfahrungen und Einsichten auf Wegen zu seelischer Gesundheit <i>Frank Rettweiler</i>	297
Lebenskönnerschaft, nicht Lebenskunst, übernimmt die Verantwortung für das eigene Leben und stärkt die Gesundheit <i>Gerd B. Achenbach</i>	306

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	312
---	-----

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK	315
--	-----

A Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen

Begrüßung und Einführung

Regina Schmidt-Zadel

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie zur diesjährigen Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE begrüßen zu können, die sich mit einem der zentralen gesundheits- und psychiatriepolitischen Themen, wenn nicht dem wichtigsten befasst: der Frage nach der Übernahme von Verantwortung. Entschuldigen möchte ich unseren Vorsitzenden Herrn Peter Weiß, der heute wegen einer wichtigen Anhörung im Bundestag leider verhindert ist.

Es ist schön, dass so viele Teilnehmer gekommen sind, denn es gibt heute zahlreiche Parallelveranstaltungen, unter anderem die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Soziales zum Entwurf des Bundesteilhabegesetzes, und das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit feiert heute sein 10-jähriges Bestehen mit einer Jubiläumsveranstaltung.

Gerade in diesen letzten Wochen des Jahres wurden für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutsame Gesetze vom Deutschen Bundestag verabschiedet bzw. stehen kurz davor, an deren Ausgestaltung die APK wesentlich mitgewirkt hat und die Neuerungen beinhalten, für die sich die APK eingesetzt hat, nämlich das Bundesteilhabegesetz, das Pflege-stärkungsgesetz III und das PsychVVG. Diese gesetzlichen Neuregelungen sehen auch erhebliche Änderungen der Finanzierung von Leistungen vor. Und da stellt sich die Frage: Wer trägt die Verantwortung dafür, dass dabei die notwendige Qualität sichergestellt werden kann und wie können die Beteiligten einschließlich der Nutzer dabei einbezogen werden?

Ganz besonders begrüße ich Herrn Dr. Thomas Stracke, den Leiter des Psychiatriereferats im Bundesministerium für Gesundheit. Herr Stracke ist nicht das erste Mal bei APK-Tagungen, und ich freue mich, dass er auch heute wieder bei uns ist und die wichtigen aktuellen Themen mit uns diskutiert. Im Namen der AKTION PSYCHISCH KRANKE und auch der TeilnehmerInnen heute und morgen möchte ich dem Bundesgesundheitsministerium und Herrn Stracke im Besonderen für die Förderung der Veranstaltung – auch des morgigen Selbsthilfetages – herzlich danken.

Das PsychVVG wurde im September beschlossen. In dem gesamten Verhandlungsprozess wurden wichtige APK-Empfehlungen aufgenommen. Grundlage der Finanzierung sollen Qualitätsstandards sein, die auch An-

gaben zur Personalmindestausstattung beinhalten und die von der Selbstverwaltung zu beschließen sind. Wie kann die Selbstverwaltung dieser Verantwortung gerecht werden? Mit dem Gesetz ist auch eine Sicherung und Aufwertung der Soziotherapie festgelegt worden; dafür habe ich mich auch selbst seit langer Zeit eingesetzt.

Ich begrüße herzlich Frau Dr. Regina Klakow-Franck, die unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung ist und gleich über die Verantwortung der Selbstverwaltung bei der Umsetzung der genannten Gesetze sprechen wird.

Ich begrüße auch Herrn Dr. Steffen Waiß vom GKV-Spitzenverband, der ja in dieser Legislaturperiode auch insbesondere im Hinblick auf das Versorgungsstärkungsgesetz, das PsychVVG und die Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten eine wichtige Rolle gespielt hat.

Nach der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes im Dezember 2016 soll nicht mehr zwischen ambulanten und stationären Hilfen unterschieden werden. Auch hier ergibt sich die Frage, wer im Bedarfsfall die Verantwortung für die umfangreiche Unterstützung übernimmt, wie sie das Heim geleistet hat?

Im Dezember wird auch das Pflegestärkungsgesetz III verabschiedet. Die APK hat sich sehr für die Gleichrangigkeit von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe eingesetzt, und wir hoffen, dass dies auch so beschlossen wird. Dann müssen auch die Schnittstellen zum Bereich der Pflege nach SGB XI und der Hilfe zur Teilhabe neu geklärt werden.

In den Plenarvorträgen heute und morgen Vormittag und nachmittags in den Parallelsymposien wird die Frage der Verantwortung aus den jeweils verschiedenen Perspektiven diskutiert.

Wir freuen uns auch besonders, dass Frank Fischer heute bei uns ist und gleich zusammen mit Heinrich Kunze den Reprint seines Buches »Irrenhäuser – Kranke klagen« vorstellen wird. Das Buch handelt von Herrn Fischers Erfahrungen als Hilfspfleger in mehreren deutschen und englischen psychiatrischen Einrichtungen in den 1960er Jahren. Herr Fischer hat mit seinen erschreckenden Berichten über die eklatanten Missstände und Menschenrechtsverletzungen maßgeblich an den Entwicklungen der Psychiatrie-Reform mitgewirkt. Wir freuen uns, dass die APK einen Reprint des in 1969 veröffentlichten Buches herausbringen durfte.

Im Anschluss an die Jahrestagung findet am 09.11. ebenfalls hier im Kongresspalais ein Selbsthilfetag statt. An dem Tag wird das Bundesnetzwerk

Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) offiziell gegründet. Die APK hat das Netz in den vergangenen zwei Jahren Vorbereitungszeit fachlich und organisatorisch begleitet, und wir freuen uns, dass jetzt die Gründungsversammlung stattfinden kann. Die APK wird NetzG auch weiterhin unterstützen und damit die Selbsthilfebewegung in Deutschland und insbesondere ihre politischen und fachlichen Mitsprache- und Mitgestaltungsmöglichkeiten stärken. Die Mitgliederversammlung ist für alle offen, jeder kann vor Ort einen Antrag auf Mitgliedschaft in dem neuen Netzwerk stellen. Die Gründung wird von einem Rahmenprogramm mit Vorträgen zu den Themen »Lebenskönnerschaft« und »Recovery« begleitet werden.

Sie sind alle hierzu herzlich eingeladen!

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Stracke

Sehr geehrte Frau Schmidt-Zadel,
sehr geehrter Herr Prof. Heinz,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, an der heute beginnenden Jahrestagung der APK teilzunehmen und heiße Sie alle im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit herzlich willkommen.

Sie haben Ihre diesjährige Tagung unter den Leitgedanken »Verantwortung übernehmen« gestellt. Dies habe ich zum Anlass genommen, kurz auf die gegenwärtigen Aktivitäten des Bundes einzugehen. Denn auch im 41. Jahr nach der Vorlage des Berichts der Enquete-Kommission steht die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Fokus zahlreicher Maßnahmen der Bundesregierung. Als aktuelle Beispiele möchte ich die Reformen der Eingliederungshilfe, der Pflege sowie der psychiatrischen Krankenhausbehandlung nennen. Insbesondere auch das BMG als das Ministerium, das in dieser Legislaturperiode ja gern – und das nicht ganz zu Unrecht – als »Gesetzgebungsmaschine BMG« bezeichnet wird, setzt sich mit zahlreichen Aktivitäten für die Weiterentwicklung eines zukunftsfähigen Hilfesystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein. Denn trotz unseres – auch im internationalen Vergleich – hervorragenden Gesundheits- und Sozialsystems stehen wir auch heute noch vor großen Herausforderungen. Sie ergeben sich zum Teil schon allein aus dem gesellschaftlichen Wandel.

Erfreulicherweise ist unsere Gesellschaft insgesamt in sehr vielen Bereichen offener und toleranter geworden. Auch psychische Erkrankungen werden heute weit weniger tabuisiert als noch vor 20 oder 30 Jahren. Heute reden wir z. B. offen darüber, dass jeder dritte Erwachsene innerhalb eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen ist. Dementsprechend nehmen auch immer mehr Menschen Beratungs- und Therapieangebote in Anspruch. Dies entspricht einem höheren Versorgungsgrad erkrankter oder gesundheitlich gefährdeter Menschen. Und das ist gut. Allerdings zwingt dies bei ja nicht unendlichen Ressourcen zum Nachdenken über die Mechanismen des Zugangs zur Versorgung. In dieser Legislaturperiode wurde intensiv über Verzögerungen bei der Terminvergabe bzw. über Wartezeiten insbesondere auf einen Psychotherapie-Platz diskutiert. Dabei wurde klar,

dass die Steuerung, die Flexibilität und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung verbessert werden müssen. Deshalb wurde der Selbstverwaltung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ein gesetzlicher Auftrag dazu erteilt. Dieser wurde in diesem Jahr durch einen Beschluss des G-BA für eine Strukturreform der ambulanten Psychotherapie umgesetzt. Eingeführt wurden z. B. die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe zur längerfristigen Stabilisierung der Patienten, alles mit dem Ziel, die Versorgung mit Psychotherapie flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten.

Bei der vermehrten Nachfrage nach Beratungs- und Therapieangeboten müssen wir uns aber auch im Klaren darüber sein, dass nicht jeder Mensch, der unter einer psychischen Belastung leidet, eine länger gehende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung benötigt. Und wir müssen auch aufpassen, dass die gestiegene Nachfrage nach psychotherapeutischer Hilfe nicht zu einer Verknappung von Behandlungsressourcen für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und dementsprechend komplexem Hilfebedarf führt. Die gerade erwähnte Reform in der psychotherapeutischen Versorgung kann hier ein wichtiger Schritt sein in Richtung einer verbesserten Steuerung und Flexibilisierung von Behandlungsleistungen.

In diesem Kontext nimmt gegenwärtig ein weiteres Thema Fahrt auf, welches höchst interessant ist, aber derzeit noch kontrovers diskutiert wird. Fachleute weisen wiederholt auf Studien hin, nach denen internetgestützte Beratungs- oder Therapieprogramme vergleichbar gute Effekte haben können wie Face-to-Face-Interventionen. Da geht es nicht nur um Stressbewältigungsprogramme, Programme zur Entspannung und Achtsamkeitstraining, sondern z. B. auch auf der Kognitiven Verhaltenstherapie basierende Interventionen für Menschen mit depressiven Beschwerden. Es gibt inzwischen eine gute Evidenz dafür, dass solche Interventionen die bestehende Versorgung gut ergänzen können. Zwar muss man auch mögliche Risiken im Blick halten. Aber in einer Zeit, in der das Internet und die sozialen Medien für viele insbesondere junge Menschen eine hohe Bedeutung für ihre Kommunikation und Erreichbarkeit haben, sollten auch diese neuen Möglichkeiten sachlich diskutiert werden. Auch weil die so genannten »E-Mental Health«-Ansätze für bestimmte Personen mit psychischen Belastungen nicht nur präventive Bedeutung, sondern durchaus auch eine »Türöffner«-Funktion beim Zugang zur Versorgung haben können. Und deshalb haben wir zu diesem Thema vor nicht allzu langer Zeit einen eigenen Fachtag der wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften in Berlin ermöglicht, bei dem die Befürworter und die Skeptiker ihre Positionen austauschen konnten.

Beim Thema Prävention möchte ich natürlich auch das Präventionsgesetz erwähnen, welches in der laufenden Legislaturperiode erfolgreich durch die parlamentarischen Gremien gebracht werden konnte. Und mit der Aufnahme verschiedener, für die psychische Gesundheit wichtiger nationaler Gesundheitsziele in das Gesetz, haben wir die psychische Gesundheit explizit einbezogen. Ich denke da an die nationalen Gesundheitsziele:

- »Depressive Erkrankungen verhindern, frühzeitig erkennen und nachhaltig behandeln«,
- »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung fördern« oder
- »Gesund älter werden«.

Durch das Gesetz werden die Träger der Sozialversicherung deutlich mehr Mittel für die gesundheitliche Prävention verwenden. Ihre präventiven Maßnahmen werden sie an den nationalen Gesundheitszielen ausrichten. Gerade die Neuregelungen zur Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung setzen insbesondere auch an den psychischen Belastungen unserer modernen Leistungsgesellschaft an, mit ihren ständig wachsenden Anforderungen an die Flexibilität der Menschen und den dadurch erhöhten Risiken für die psychische Gesundheit. Denn zunehmender Termindruck, Leistungsverdichtung und nicht selten eine regelrechte Informationsüberflutung durch die elektronischen Medien führen bei vielen Berufstätigen zu einer chronischen psychischen Stressbelastung.

Deshalb wurde mit den Neuregelungen des Gesetzes das Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich ausgeweitet und auch die Rolle der Betriebsärzte in diesem Bereich gestärkt.

Neben der gesundheitlichen Prävention sind aber natürlich die Hilfen für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen ein zentraler Schwerpunkt unserer Arbeit geblieben. Also für die Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung kontinuierlicher Hilfe bedürfen und die dabei typischerweise auch zwischen den Sektoren ambulant, teilstationär und stationär wechseln. Für sie sind die Koordinierung bedarfsgerechter Angebote und das Funktionieren der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen von besonderer Bedeutung. Denn auch heute noch kommt es dort zu Reibungsverlusten, die eine optimale Versorgung erschweren. Der Koalitionsvertrag dieser Legislaturperiode ist diesbezüglich eindeutig:

Er fordert eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dementsprechend aktiv war und ist der Bundesgesetzgeber, z. B. durch Einführung der Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung oder durch die Einführung des Entlassmanagements, oder ganz aktuell beim Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), mit dem unter anderem eine neue Versorgungsform, die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment) eingeführt wird. Bei all dem geht es darum, die Versorgung der Menschen flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten.

Auch die Einrichtung des Innovationsfonds zielt auf die Stärkung einer sektorenübergreifenden flexibilisierten und bedarfsgerechten Versorgung ab. Und gerade in einem so komplexen Bereich wie der psychiatrischen Versorgung macht es viel Sinn, innovative Ansätze vergleichend zu erproben, bevor die Regelversorgung dauerhaft umgesteuert wird. Hier ist der Innovationsfonds aus unserer Sicht ein sehr geeignetes Instrument, um Impulse für die weitere Entwicklung zu setzen. Ich bin sehr gespannt, was sich hier im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen ergeben wird.

»Verantwortung übernehmen« – ist das diesjährige Tagungsthema der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Der Bundesgesetzgeber steht in der besonderen Verantwortung der Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere auch der Sicherung der Finanzierung eines zukunftsfähigen Hilfesystems. In den nächsten zwei Tagen wird es aber nicht nur darum gehen, sondern auch ganz wesentlich um die Frage, wie sichergestellt wird, dass innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens die Versorgung vor Ort auch tatsächlich den Bedürfnissen der Menschen entspricht und in der notwendigen Qualität praktiziert wird. Es geht um die Fragen:

- Wer sorgt dafür, dass Hilfen in der jeweiligen Region individuell und flexibel erbracht werden?
- Wer sorgt dafür, dass definierte Qualitätsstandards und eine wirtschaftliche Versorgung gewährleistet sind?
- Wer sorgt dafür, dass Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit, zur Tages- und Freizeitgestaltung sowie ggf. medizinische Hilfen Hand in Hand gehen und nicht isoliert voneinander erbracht werden?

Das alles funktioniert dann, wenn sich die Leistungserbringer einer Region verbindlich vernetzen, so wie das in einem gemeindepsychiatrischen Verbund der Fall ist. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde hat mit der Erarbeitung ihrer Versorgungsstandards maßgeblich

zur Qualitätsentwicklung der gemeindeintegrierten sozialpsychiatrischen Versorgung beigetragen.

- Wenn sich die Leistungserbringer zusammenschließen und wenn sich jeder einzelne von ihnen zur Kooperation verpflichtet,
- wenn die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung, die partizipative Behandlungsplanung und Entscheidungsfindung oder die Zusammenarbeit mit Angehörigen und der Selbsthilfe zu den Qualitätsprinzipien der Leistungserbringung gehören,

dann bietet dies beste Voraussetzungen für das Gelingen einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

In Zusammenhang mit der Versorgungsqualität möchte ich noch ein weiteres gewichtiges Thema nennen, welches der APK und auch dem BMG besonders am Herzen liegt. Es geht um das Thema der Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem. Sie alle wissen, dass im Lichte höchstinstanzlicher Gerichtsurteile oder auch der UN-Behindertenrechtskonvention der Patientenwille und die Patientenautonomie erheblich gestärkt wurden. Dass trotz der inzwischen deutlich erhöhten materiellen und verfahrensrechtlichen Anforderungen Zwangsmaßnahmen weiterhin in einem beträchtlichen Umfang angewandt werden, ist immer wieder Gegenstand erheblicher Kritik. Die Rechtslage in Deutschland sieht grundsätzlich die Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen als das »letztes Mittel« vor. Dies entspricht auch der Positionierung der höchsten deutschen Gerichte. Allerdings sprechen nicht nur die regionalen Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen für ein mögliches Entwicklungs- und Optimierungspotenzial in der Versorgungspraxis. Deshalb hat das BMG im Sommer 2016 zwei Forschungsprojekte gestartet. Deren Ziel ist es, auf der Grundlage empirischer Daten die Bedingungen der Anwendung bzw. insbesondere auch der Vermeidung von Zwang zu beschreiben. Es sollen dabei auch neue möglichst präventiv ausgerichtete Versorgungsansätze zur Vermeidung von Zwang identifiziert bzw. neu entwickelt werden. Und wir wollen, dass diese flächendeckend verbreitet und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen genutzt werden.

Und damit komme ich zu meinem letzten Punkt. Die Vermeidung von Zwang ist nach unserer Überzeugung ganz wesentlich damit verknüpft, die Menschen, die Hilfsangebote in Anspruch nehmen, in die Diskussionen und Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Versorgung mit einzubeziehen. Das gilt auf der Ebene des Einzelfalls genauso wie für die Organisation der Hilfen in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder auch für die

gesamtstaatliche Gestaltung der Rahmenbedingungen. Auf allen Ebenen müssen die Sichtweisen und Positionen der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen einbezogen und berücksichtigt werden. Das erfordert eine starke Interessensvertretung, die die Betroffenen und ihre Angehörigen in die Lage versetzt, selbst Verantwortung für die Weiterentwicklung der Versorgung zu übernehmen. Die APK-Jahrestagung im vergangenen Jahr fand daher bereits unter dem Titel »Selbsthilfe-Selbstbestimmung-Partizipation« statt. Aber auch bei der diesjährigen Tagung unter dem Leitgedanken der »Verantwortungsübernahme« werden sich diese Aspekte in nahezu allen Vorträgen und Diskussionsrunden wiederfinden. Und dazu passt auch gut, dass sich übermorgen hier am gleichen Ort ein weiterer Veranstaltungstag unter dem Motto »Lebenskunst und Recovery« anschließt. Dieser Tag wird auch gleichzeitig Gründungstag eines bundesweiten Netzwerks »Selbsthilfe Seelische Gesundheit« sein. Ich bin überzeugt, dass die weitere Bündelung der Selbsthilfekräfte auf der Bundesebene dazu beitragen wird, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine stärkere Stimme bekommen und damit ebenfalls Verantwortung übernehmen bei der weiteren Gestaltung eines zukunftsfähigen Hilfesystems.

Psychiatrie in Verantwortung der Landespolitik – am Beispiel Nordrhein-Westfalen

Jörg Holke

Verantwortung in der Gesundheitspolitik und der Gestaltung von gesundheitlicher Versorgung spiegelt sich in der Landespolitik auf zwei Ebenen wieder. Die eine Ebene ist die Verantwortung für Gesetzgebung im Rahmen des Föderalismus. Die andere Ebene ist mit der Umsetzung der Gesetze und der politischen Ausgestaltung verknüpft. Hier sind die Aufgaben der Landesverwaltung wahrzunehmen und die Landesparlamente und Landesregierungen für die gesundheitspolitische Berichterstattung, Planung und Gestaltung auf der Landesebene verantwortlich.

Verantwortung übernehmen für Gesetzgebung im Föderalismus

Die Bundesrepublik Deutschland ist als ein Bundesstaat organisiert, der aus einem Gesamtstaat (Bund) und 16 Gliedstaaten (Länder) besteht, dessen freiheitliche Grundordnung durch das Grundgesetz bestimmt ist. Als ein Wesensmerkmal der bundesstaatlichen Ordnung (Föderalismus) besitzen sowohl der Bund als auch die Länder eigene Staatsgewalt und können damit Gesetze erlassen.

Die Ausübung staatlicher Befugnisse und die Erfüllung staatlicher Aufgaben ist grundsätzlich Sache der Länder (Artikel 30 Grundgesetz).

Art. 30 [Funktionen der Länder]

Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben ist Sache der Länder, soweit dieses Grundgesetz keine andere Regelung trifft oder zulässt.

Beispiel hierfür ist die ordnungsrechtliche Zuständigkeit, in deren Rahmen die Unterbringung bei Fremd- und Selbstgefährdung fällt.

Auch das Recht der Gesetzgebung haben in erster Linie die Länder (Artikel 70 Grundgesetz).

Der Bund darf nur staatliche Befugnisse übernehmen, Aufgaben erfüllen oder Gesetze erlassen, wenn das Grundgesetz dies ausdrücklich zulässt.

Allerdings weist das Grundgesetz eine Vielzahl von Gesetzgebungszuständigkeiten dem Bund zu. Eindeutig geregelt ist diese Zuständigkeit für eine Reihe von Gesetzen, die der Artikel 71 umfasst.

Artikel 71

Im Bereiche der ausschließlichen Gesetzgebung des Bundes haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung nur, wenn und soweit sie hierzu in einem Bundesgesetz ausdrücklich ermächtigt werden.

Die hier angesprochenen Bereiche sind geregelt in Artikel 73 GG und betreffen nur peripher die psychiatrische Versorgung,

Entscheidender für die Länderzuständigkeit ist der Artikel 72 des Grundgesetzes mit den Regelungen zur konkurrierenden Gesetzgebung:

Artikel 72

(1) Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.

(2) Auf den Gebieten des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 4, 7, 11, 13, 15, 19a, 20, 22, 25 und 26 hat der Bund das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Die Sozialgesetzbücher, die im Wesentlichen die gesundheitspolitischen und die versorgungspolitischen Rahmenbedingungen sowie Art und Umfang von Gesundheitsleistungen definieren, liegen nach diesen grundgesetzlichen Regelungen in Bundeszuständigkeit. Hier nimmt der Bund seine Gesetzgebungskompetenz in Anspruch (Abbildung 1).

Der Artikel 74 des Grundgesetzes definiert die Zuständigkeiten der Länder. In Bezug auf die psychiatrische Versorgung und Länderzuständigkeit sind die mit Nummer gekennzeichneten Bereiche relevant:

- 7. die öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht);
- 13. die Regelung der Ausbildungsbeihilfen und die Förderung der wissenschaftlichen Forschung;
- 19. Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte;
- 19a. die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze;
- 33. Hochschulzulassung und die Hochschulabschlüsse.

SGB I <i>Allgemeiner Teil</i>	SGB II <i>Grundsicherung für Arbeitssuchende</i>	SGB III <i>Arbeitsförderung</i>
SGB IV <i>Gemeins. Vorschrift. Sozialversicherung</i>	SGB V <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>	SGB VI <i>Gesetzliche Rentenversicherung</i>
SGB VII <i>Gesetzliche Unfallversicherung</i>	SGB VIII <i>Kinder- und Jugendhilfe</i>	SGB IX <i>Rehabilitation/Teilhabe Zukünftig mit Eingliederungshilfe</i>
SGB X <i>Sozialverwaltungsverfahr. Sozialdatenschutz</i>	SGB XI <i>Soziale Pflegeversicherung</i>	SGB XII <i>Sozialhilfe Aktuell mit EH</i>

plus besondere Teile nach SGB I : Wohngeld, Kindergeld, Bafög, etc.

Abb. 1: Sozialgesetzbücher in Bundeszuständigkeit

Daraus ist die Länderzuständigkeit abzuleiten, was sich in folgendes Ländergesetzen mit Bezug zur Psychiatrie abbildet.

- Krankenhausgestaltungsgesetze (19 a und 33 in Bezug auf Universitätsmedizin)
- Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (7 und 19)
- Wohn- und Teilhabegesetze (7)
- Hilfe und Schutzgesetze für psychisch Kranke (7)

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass der Bund für den größeren Teil relevanter Gesetze für die psychiatrische Versorgung die Gesetzgebung auf der Grundlage des Grundgesetzes für sich proklamiert hat. Nur im Bereich der Krankenhausplanung, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des ehemaligen Heimrechts und der Hilfe- und Schutzgesetze für psychisch Kranke besteht alleinige Länderzuständigkeit.

Gleichwohl gewährt das Grundgesetz den Ländern Mitgestaltungsrechte in Bezug auf die Bundesgesetze. Darüber hinaus sind die Länder in der Umsetzung von Bundesgesetzen für Ausführungsgesetze und Rechtsverordnungen in der Verantwortung.

Mitwirkung der Länder bei der Bundesgesetzgebung

Das Grundgesetz geht vom Grundfall des nicht zustimmungsbedürftigen Gesetzes aus. Gesetze, die der ausdrücklichen Zustimmung des Bundesrates bedürfen, sind explizit im Grundgesetz aufgeführt. Alle Gesetze, die nicht einer der dort genannten Materien zugeordnet werden können, sind demnach so genannte Einspruchsgesetze. Der Einfluss des Bundesrates ist geringer als bei zustimmungsbedürftigen Gesetzen. Er kann seine abweichende Meinung dadurch zum Ausdruck bringen, dass er Einspruch gegen das Gesetz einlegt. Der Einspruch des Bundesrates kann durch den Deutschen Bundestag überstimmt werden.

Zustimmungsgesetze begründen demgegenüber erheblich größere Einflusschancen der Länder. Zustimmungspflichtig werden Gesetzesvorhaben des Bundes nur dann, wenn das Grundgesetz dies ausdrücklich vorschreibt. Eine Zustimmungspflicht ist in folgenden Fällen vorgesehen:

- Bei einer Verfassungsänderung (Artikel 79 Abs. 2 GG)
- bei Gesetzesentwürfen, die Auswirkungen auf die Finanzen der Länder (Artikel 104 a, 105, 106, 107, 109 GG) haben und
- bei Gesetzesentwürfen, die Auswirkungen auf die Organisation- und Verwaltungsverfahren von Landesbehörden mit sich bringen (Artikel 84 Abs. 1, Artikel 85, Artikel 108 GG).

In der Praxis wird die Zustimmungspflicht der Länder am häufigsten durch den Artikel 84 Abs. 1 begründet. Auch nach der Förderalismusreform bedürfen immer noch mehr als die Hälfte aller Bundesgesetze der Zustimmung durch den Bundesrat.

Lehnt der Bundesrat ein zustimmungspflichtiges Gesetz ab, wird üblicherweise der Vermittlungsausschuss angerufen. Das Recht dazu haben sowohl der Bundesrat als auch der Bundestag und die Bundesregierung. Hier versuchen die beteiligten Akteure, sich auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf zu verständigen.

Somit ist den Ländern auch Verantwortung im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren Bund zugewiesen. Diese Verantwortung wird sowohl in Bezug auf die Mitarbeit bei der Erarbeitung bzw. Novellierungen von Bundesgesetzen als auch im parlamentarischen Verfahren wahrgenommen. Dies drückt sich vorrangig in folgenden Handlungsfeldern aus:

- Mitwirkung in Bund-Länderarbeitsgruppen (Beispiel Reform § 64 STGB, Bundeteilhabegesetz);

- Anhörung der Länder bei laufenden Gesetzgebungsverfahren (Beispiel PsychVVG und Bundesteilhabegesetz);
- Änderungsanträge bei laufenden Gesetzgebungsverfahren (Beispiel PsychVVG – 20 Änderungsanträge und BTHG – 120 Änderungsanträge der Länder);
- Änderungsantrag gegenüber bestehenden Gesetzesregelungen (Beispiel NRW-Antrag Soziotherapie/Schiedsstellenfähigkeit).

Die Abstimmung der Länder in diesen Arbeitsfeldern erfolgt im Bundesrat bzw. über die Länderministerkonferenzen.

Weitere Verantwortung im Rahmen der Bundesgesetze

Neben der begrenzten Mitverantwortung in Rahmen der Gesetzgebungsverfahren ist den Ländern eine Umsetzungsverantwortung zugewiesen, die in den jeweiligen Bundesgesetzen definiert ist.

Diese spiegelt sich in Form von Ausführungsgesetzen wieder.

Für die Psychiatrie vorrangig relevante Länderausführungsgesetze in NRW sind insbesondere das

- Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – (APG NRW) in der Ausführung des SGB XI – Pflegeversicherung.
- Maßregelvollzugsgesetz in der Ausführung von § 63 und § 64 StGB.
- Landesausführungsgesetz zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB XII NRW).
- Inklusionsstärkungsgesetz als Ausführungsgesetz in Bezug auf die UN-Konvention.

Verantwortung im Rahmen der Ländergesetzgebung

Die in den oben angeführten psychiatrierelevanten Ländergesetzen enthaltenen Vorgaben für Zuständigkeiten und Verantwortung stellen sich für NRW in den einzelnen Gesetzen wie folgt dar:

Krankenhausgestaltungsgesetz in NRW (KHGG NRW)

Zweck dieses Gesetzes ist die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten, gestuften und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser. In Bezug auf die psychiatrische Versorgung regelt das KHGG

NRW die Gestaltung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung.

Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten soll gefördert, Zusammenschlüsse sollen erleichtert werden.

Die Krankenversorgung in Krankenhäusern sicherzustellen, ist demnach eine öffentliche Aufgabe des Landes. Gemeinden und Gemeindeverbände wirken nach Maßgabe dieses Gesetzes dabei mit.

Abschnitt I Allgemeine Bestimmungen

Krankenhausleistungen; Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten; Kind im Krankenhaus; Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge; Krankenhaushygiene; Transparenz und Qualitätssicherung; Patientenorientierte Zusammenarbeit; Organspende; Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse; Rechtsaufsicht

Abschnitt II Planung

Krankenhausplan; Rahmenvorgaben; Regionale Planungskonzepte; Beteiligte an der Krankenhausversorgung, Feststellungen im Krankenhausplan

Abschnitt III Krankenhausförderung

Förderungsgrundsätze; Pauschalförderung; Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel; Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften; Verwendung der Pauschalmittel; Ausgliederung, Vermietung; Besondere Beträge; Ausgleichsleistungen; Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen; Ausgleich für Eigenmittel; Anlauf- und Umstellungskosten; Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

Abschnitt IV Krankenhausstruktur

Wirtschaftliche Betriebsführung; Abschlussprüfung; Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst; Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt; Struktur der kommunalen Krankenhäuser; Kirchliche Krankenhäuser; Statistik; Ordnungswidrigkeiten; Haftpflichtversicherung

Abb. 2: Krankenhausgestaltungsgesetz – Inhalte

Nach dem KHGG ist das Land verpflichtet einen Krankenhausplan aufzustellen. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aus.

Der aktuelle Krankenhausplan NRW 2015 enthält entsprechende planerische und qualitative Vorgaben für die psychiatrische Versorgung. Zentrale Aspekte sind planerisch die Aufstockung der stationäre Bettenkapazitäten/teilstationären Plätze (ca. 10 %) und die stärkere Orientierung an der Einwohnerzahl und weniger an der Auslastung. Qualitative Zielsetzungen sind die wohnortnahe und sektorübergreifende Versorgung, die Vernetzungsverpflichtung, die Leitlinienorientierung und ein integratives Konzept von Psychiatrie und Psychosomatik.

In der Umsetzung werden zurzeit die überregionale Spezialisierung versus wohnortnahe Versorgung, die Größe eines Versorgungsgebietes, die Auslastung als Argumente für Bettenaufstockung und das integrative Konzept intensiv diskutiert.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)

Das ÖGDG NRW definiert als Aufgabenbereich den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Unterstützung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen seiner Zuständigkeit.

Zuständigkeiten anderer gesetzlich verpflichteter Handlungsträger im Gesundheitswesen bleiben unberührt.

Als besondere Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der unteren Gesundheitsbehörde sind im § 16 ÖGDG NRW Beratung und Hilfen für Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke verankert:

*§ 16 Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke
(1) Die untere Gesundheitsbehörde berät Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen, mit geistigen und seelischen Behinderungen, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen.*

(2) Die untere Gesundheitsbehörde hält für die Hilfen an Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor.

(3) Für den Anwendungsbereich des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in der jeweils geltenden Fassung geht das PsychKG diesem Gesetz vor.

Zudem wird dem Land die Pflicht zu einer Landesgesundheitsberichterstattung als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vorgeschrieben.

§ 25 Landesgesundheitsberichterstattung

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt regelmäßige Gesundheitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vor (Landesgesundheitsberichterstattung).

(2) Die Landesgesundheitsberichte werden dem Landtag zugeleitet.

Die im ÖGDG verankerte Aufgabenzuweisung für den Sozialpsychiatrischen Dienst ist als kommunale Aufgabe definiert.

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) – Inhalte

Dieses Landesgesetz regelt nach § 2 PsychKG

- die Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene),
- die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde, soweit gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund einer psychischen Krankheit bestehen und
- die Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.

Die Inhalte stellen sich in der Übersicht wie folgt dar.

Allgemeine Bestimmungen über die Hilfen für psychisch Kranke

- Ziel und Art der Hilfen; Anspruch auf Hilfen; Träger der Hilfen; Zusammenarbeit; Ergänzende Gewährung sofern sich Betroffene in ärztliche/psychotherapeutischer Behandlung befinden

Vorsorgende Hilfe für psychisch Kranke

- Ziel der vorsorgenden Hilfe; Durchführung der Hilfe; Maßnahmen der unteren Gesundheitsbehörde

Unterbringung

- Unterbringung und Aufsicht; Voraussetzungen der Unterbringung; Sachliche Zuständigkeit; Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit; Sofortige Unterbringung; Beendigung der Unterbringung
- Rechtsstellung der Betroffenen; Aufnahme und Eingangsuntersuchung; Behandlung; Persönlicher Besitz; Besondere Sicherungsmaßnahmen; Schriftverkehr; Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation
- Besuchskommissionen; Beschwerdestellen

Nachsorgende Hilfe für psychisch Kranke

- Ziel der nachsorgenden Hilfe; Durchführung; Mitwirkung bei der Aussetzung

Zuständigkeit und Kosten

- Aufsichtsbehörden; Kosten der Hilfen für psychisch Kranke; Kosten der Unterbringung, Kosten der Behandlung; Einschränkung von Grundrechten, Rechtsaufsicht

Abb. 3: Inhalte des PsychKG NRW

Das PsychKG NRW ist aktuell novelliert worden und ist in seiner neuen Fassung zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Beweggründe für die Novellierung waren neben der notwendigen Aktualisierung 15 Jahre nach der letzten größeren Novellierung die Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und der UN-BRK. Wesentliche Änderungen sind:

- Bezug zu den erweiterten Patientinnen- und Patientenrechten durch Nennung der entsprechenden Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches insbesondere Informations- und Aufklärungspflichten.
- Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung werden gestärkt.
- Die Unterbringung soll so weit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.
- Umsetzung der unter rechtlichen und fachlichen Gesichtspunkten notwendigen Änderungen im Bereich der Zwangsbehandlung, enger Korridor und Ultima Ratio:

- Wenn weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos erscheinen und eine rechtzeitige Ankündigung vorausging.
- Wenn der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.
- Nach dem ernsthaften Versuch, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Betroffenen erreichen.
- Die Maßnahme der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dient, soweit dies möglich ist.
- Richtervorbehalt bei Zwangsbehandlung und länger andauernden Fixierung mit Gefahr im Verzugsregelung statt § 34 und Dokumentationspflichten wird eingeführt.
- Die Regelungen zur Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an Krankenhäuser werden konkretisiert. Die Krankenhausträger werden zukünftig durch Verwaltungsakt zum Vollzug der Unterbringung beliehen.
- Die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen psychisch Kranker haben einen Anspruch auf Mitgliedschaft in der Besuchskommission.
- Um die Entwicklung der Zahl der Unterbringungen und anderer Zwangsmaßnahmen zuverlässig dokumentieren und bewerten zu können, ist eine gesetzliche Regelung für die Meldung im Wege einer umfassenden Berichterstattung vorgesehen.
- Landespsychiatriebeirat und Landespsychiatrieplanung werden gesetzlich verankert.

Ein zweiter Novellierungsschritt für die vor- und nachsorgenden Hilfen ist in der Folge der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes, der Pflege-stärkungsgesetze und der Erstellung des im Gesetz vorgeschriebenen Landespsychiatrieplans in der nächsten Legislaturperiode vorgesehen.

Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)

Durch die Aufteilung des ehemaligen Heimrechts auf Bundesebene sind

- die Rechte, die Interessen und Bedürfnisse der Menschen, die Wohn- und Betreuungsangebote für ältere oder pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung nutzen, vor Beeinträchtigungen zu schützen,
- die Rahmenbedingungen für Betreuungs- und Pflegekräfte positiv zu gestalten

- und die Sicherstellung der Einhaltung der den Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern obliegenden Pflichten landesgesetzlich zu regeln. Das entsprechende Wohn- und Teilhabegesetz ist 2014 mit folgend Inhalten in Kraft getreten.

Inhalte: Allgemeine Vorschriften; Gemeinsame Anforderungen an alle Wohn- und Betreuungsangebote; Qualitätssicherung: Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot; Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen; Servicewohnen; Ambulante Dienste; Gasteinrichtungen; Ordnungswidrigkeiten, Zuständigkeit, Zusammenarbeit; Verordnungsermächtigung, Rechtsaufsicht

Abb. 4: Inhalte des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW

Verantwortung im Rahmen der Aufsichtspflicht

Die Rechtsaufsicht über die Leistungsträger und die Leistungserbringer ermöglicht den Ländern verantwortliche Kontrolle über das Leistungs geschehen in der psychiatrischen Versorgung. Hier ist Kontrolle über den Gesetzesvollzug, die Organisation und die Strukturen möglich, allerdings nicht die über die fachliche Leistungserbringung (Fachaufsicht). Im vierten Sozialgesetzbuch sind die Aufsichtspflichten und die Aufsichtsmittel des Bundes und der Länder gegenüber den Versicherungsträgern geregelt.

SGB IV § 87 Umfang der Aufsicht

Die Versicherungsträger unterliegen staatlicher Aufsicht. Sie erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Versicherungsträger maßgebend ist. (Rechtsaufsicht)

SGB IV § 89 Aufsichtsmittel

Wird durch das Handeln oder Unterlassen eines Versicherungsträgers das Recht verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend daraufhinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Kommt der Versicherungsträger dem innerhalb angemessener Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde den Versicherungsträger verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist. Die Aufsicht kann die Zwangsmittel für jeden Fall der Nichtbefolgung androhen.

SGBIV §§ 90 Aufsichtsbehörden

Aufsicht über bundesunmittelbare Versicherungsträger: Bundesversicherungsamt

Aufsicht über landesunmittelbare Versicherungsträger: obersten Verwaltungsbehörden der Länder

Abb. 5 : Ausschnitt des vierten Sozialgesetzbuches

Somit ist den Ländern auch die Rechtsaufsicht über die landesunmittelbaren Versicherungsträger zugeordnet. Für NRW trifft dies insbesondere die beiden im Land tätigen AOK-Krankenkassen und die DRV Rheinland und Westfalen.

Aber auch in den relevanten Ländergesetzen ist die Rechtsaufsicht – wie in den Inhaltsübersichten angeführt – gesetzlich verankert. Die Aufsichtsmittel bzw. Durchgriffsrechte sind jeweils definiert:

- **KHGG NRW**
Aufforderung Behebung Rechtsmängel, ggf. Widerruf Feststellungsbescheid Aufnahme im Krankenhausplan bei umfangreichen Organisationsversagen, sehr eingeschränkt Verfolgung Ordnungswidrigkeiten (Statistik, Anlage Pauschalmittel) Geldstrafen bis 50.000 Euro
- **ÖDGD**
Weisungen, um die gesetzmäßige Ausführung dieser Aufgaben zu sichern. Zur zweckmäßigen Aufgabenerfüllung können sie allgemeine Weisungen erteilen, um die gleichmäßige Erfüllung der Aufgaben zu sichern
- **PsychKG NRW**
Besuchskommission; Aufforderung Behebung Mängel, bei erheblichen Organisationsversagen Widerruf Feststellungsbescheid
- **WTG NRW**
Schließung der Einrichtung; Ordnungswidrigkeiten

Verantwortung der Landespolitik in der Planung und Gestaltung

Die landespolitische Verantwortung ist hier im Wesentlichen in drei Bereichen darstellbar. Der Koalitionsvertrag stellt im Wesentlichen das psychiatriepolitische Programm der Landesregierung dar, die Umsetzung ist in den Aktivitäten der zuständigen Ministerien sichtbar und die Zusammenarbeit der Länder in der Gesundheitsministerkonferenz und im Bundesrat sichert den fachlichen Austausch und die Koordination von Länderinteressen.

Psychiatriepolitische Programm der Landesregierung

Der 2012 vorgelegte Koalitionsvertrag der Landesregierung enthält für die Psychiatrie relevante Vorhaben und Programmatik, die sich im Wesentlichen in folgenden Zielsetzungen manifestieren:

- Förderung eines inklusiven und barrierefreien Gesundheitssystems und sektorenübergreifender Versorgungsformen;
- Bedürfnisorientierte und geschlechtergerechte Ausrichtung der psychosozialen Versorgung;
- Landesinitiative »Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen«;
- Flächendeckender Ausbau und die Sicherung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen; Erprobung regionales Budget; Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung, ausgerichtet an Bedürfnissen der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Familien;
- Stärkung der Selbstbestimmungsrechte und die Persönlichkeitsrechte psychisch kranker Menschen, Entwicklung alternativer Behandlungsformen für Menschen in psychotischen Krisen;
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen, kritische Überprüfung des Umgang mit neuroleptischer Medikation.

Gestaltung der Psychiatriepolitik und -planung durch das Gesundheitsministerium

Die Aktivitäten zur Umsetzung des Regierungsprogramms und die planerischen Aktivitäten durch das vorrangig zuständige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) haben sich in der im Mai ablaufenden Legislaturperiode vorrangig auf vier Handlungsfelder bezogen:

In dem Handlungsfeld »Förderung einer Sektorübergreifenden Versorgung« wurde die Umsetzung des Krankenhausplans vollzogen, eine Bestandaufnahme im Rahmen des § 90 a Gremiums durchgeführt und zwei Projekte zur sektorübergreifenden Versorgung fanden in der Projektförderung Berücksichtigung.

Ein zweites Handlungsfeld war und ist der Aufbau und die Umsetzung der Landesinitiative »Starke Seelen« zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die bereits angeführte Novellierung PsychKG war ein weiteres zentrales Handlungsfeld.

Das vierte und umfangreichste Handlungsfeld war und ist die Erstellung eines Landespsychiatrieplans in zwei Schritten:

- Schritt 1: Erstellung eines Berichts zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklungsbedarf, im Konsensverfahren in einer **beteiligungsorientierten, partizipativen** Phase mit Betroffenenverbänden, Leistungsträgern, Leistungserbringern(-verbänden) und Fach- und Wohlfahrtsverbänden sowie Dokumentation von Dissens.
- Schritt 2. Erstellung des Landespsychiatrieplans durch das Gesundheitsministerium in Abstimmung mit den anderen Ressorts.

Der zwischenzeitlich erstellte, noch nicht veröffentlichte Bericht enthält neben der umfassenden Bestandsaufnahme, grundsätzliche Anforderungen an die Versorgung, konzeptionelle Ansätze zur Weiterentwicklung und Handlungsempfehlungen.

Die Erstellung des Landespsychiatrieplans erfolgt zur Zeit.

Zusammenarbeit auf Länderebene

Die Zusammenarbeit der Länder bzw. die Koordination der Länderinteressen wird über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und deren jeweiligen Geschäftsstelle gesteuert. Der Vorsitz der GMK wechselt jährlich zwischen den Bundesländern. Die GMK tagt jährlich in der Regel zum Ende des ersten Halbjahres. Die Beschlüsse der GMK sind im Internet zugänglich.

Zur Vorbereitung und Unterstützung finden eine Amtschefkonferenz und zwei Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) jährlich statt. Die inhaltliche Zuarbeit für den Bereich Psychiatrie erfolgt über die AG Psychiatrie und Maßregelvollzug der AOLG. Die AG Psychiatrie bereitet auch den GMK-Bericht zur psychiatrischen Versorgung vor, der in der Regel alle fünf Jahre vorgelegt wird.

In Bezug auf die Leistungen der sozialen Teilhabe und der Teilhabe am Arbeitsleben ist die Arbeit- und Sozialministerkonferenz (ASMK) mit einer vergleichbaren Arbeitsstruktur zuständig.

Fazit und Ausblick

Die Verantwortung der Länder umfasst umfangreiche Aufgabenfelder und bietet entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung.

Die Entwicklung der Reformvorhaben auf Bundesebene hat gezeigt, wie wirksam auch die Mitarbeit der Länder war (Bundesteilhabegesetz, Pflegestärkungsgesetz usw.).

Zugleich kommt den Ländern in Bezug auf die Ländergesetze ein hohes Maß Verantwortung in der Krankenhausplanung, der Gestaltung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ausgestaltung der regionalen Koordination der Hilfen und der Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu.

Eine wesentliche inhaltliche Aufgabe der Länder sollte die Sicherstellung von Partizipation, Koordination, Kooperation, Personenzentrierung und Patientenorientierung sein. Ein ausschließliches Vertrauen auf Wettbewerb und ein Zulassen von Unverbindlichkeit in der Steuerung darf nicht Haltung der Landespolitik sein. NRW ist hier auf dem Weg.

I Sozialpolitische Entwicklungen und Perspektiven

Einleitung

Heinrich Kunze

In diesem Abschnitt unserer Tagung geht es um die Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Psychiatrie-Enquête – immer noch und wieder neu. Im ersten Beitrag wird nachgezeichnet: ausgehend von den Zielen der Enquête und den Bemühungen zur Realisierung unter den Bedingungen des in über 100 Jahren entstandenen Systems der sozialen Sicherung. Die zentrale Frage lautet: Wie kann mit einem System, dessen Differenzierung auch zu immer mehr Fragmentierung führt, die *personenorientierte Verantwortung* als zentrales Qualitätsmerkmal der Versorgung zur Geltung kommen?

Im Vergleich zu den über 100 Jahren Sozialgesetzgebung ist der »Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)« eine junge Institution. Die »Qualität der Behandlungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen« ist erst kürzlich in den Vordergrund gerückt. Dies wird Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck uns nahebringen, denn wir von der »Psych«-Seite haben Nachholbedarf, die Kompetenz und die Zuständigkeiten des G-BA zu verstehen und zu nutzen.

Eine andere wichtige Institution, auch viel jünger als die Psychiatrie-Enquête, ist der »Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen«. Der Gesetzgeber hat ihm die Aufgabe übertragen, die politische Kommunikation zwischen den immer noch zahlreichen rechtlich selbständigen Krankenkassen (je mit Abteilung Pflegekasse) und den Institutionen der Bundespolitik zu bündeln. Herr Steffen Weiß erklärt uns, was die Kassen zur Verbesserung des Versorgungsmanagements tun.

Zeitlich im Anschluss an unsere Tagung hat der Deutsche Bundestag am 9./10. November ein Gesetz verabschiedet (gilt ab 01.01.2017), das für die Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen von grundsätzlicher Bedeutung sein wird. Das PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) leitet die Neuausrichtung der Entwicklung des Finanzierungssystems für Krankenhausbehandlung ein, das 2009 begonnen wurde. Die Versorgungs- und Qualitätsziele des KHRG werden weiter entwickelt, die das zum Üben schon eingeführte PEPP-Finanzierungssystem ignoriert hat. Eine APK-Autorengruppe berichtet über die wichtigsten Punkte des Gesetzes und diskutiert die Perspektiven (Heinrich Kunze, Renate Schepker, Andreas Heinz, Sebastian von Peter).

»Verantwortung übernehmen« – vor dem Hintergrund aktueller sozialpolitischer Entwicklungen

Heinrich Kunze

Wer übernimmt Verantwortung? Bei dieser Frage denken wir üblicherweise an Personen. Ich will aber gleich zu Anfang die Frage daneben stellen: Übernehmen auch Systeme Verantwortung?

Juristen lernen, Personen für Straftaten zur Rechenschaft zu ziehen. Systeme können nicht für Straftaten verurteilt werden, nur Personen, die im System handeln – siehe Nürnberger NS-Prozess. Aber eine Arbeitsgruppe von Universitätsjuristen beschäftigt sich mit der Einführung einer Strafbarkeit von Klinikträgern (NEELMEIER und KOCH 2016).

Mediziner und andere Therapeuten denken in Personen, die sich als Patienten mit ihren Krankheiten auseinandersetzen. Die Medizinethiker beschäftigen sich mit ethischen Problemen von Fachpersonen.

Als Beispiel will ich vorgreifen zur folgenden Buchvorstellung von und mit Frank FISCHER (2016, siehe auch FINZEN 2016), er beschreibt konkret die Interaktion zwischen Personal und Patienten:

»Doch alle wiedergegebenen Details sind Wucherungen eines Systems ... Es geht also nicht um einzelne Fälle von unmenschlicher Behandlung, sondern um das Anstaltssystem selbst, das diese Unmenschlichkeit hervorbringt.«



Abb. 1

Als Psychiater war ich Ärztlicher Direktor im System Psychiatrisches Krankenhaus und zugleich Mitglied im Vorstand des Systems APK.

Das war ein fruchtbares Spannungsverhältnis:

In der Rolle als Ärztlicher Direktor arbeitete ich als Teil des Systems Krankenhaus. Dabei kümmerte ich mich um den Verbesserungsbedarf im Krankenhaus, aus zwei Perspektiven:

- Was können wir hier vor Ort selber im System verändern?
- Was muss vom System Bund/Länder/Kommunen sowie der Leistungsträger und der Leistungserbringer geändert werden, als Voraussetzung dafür, dass wir vor Ort im System Krankenhaus Verantwortung über-

nehmen können im Sinne unserer fachlichen und ethischen Zielvorstellungen?

Schon WING und BROWN (1970) wiesen darauf hin, dass nicht nur die Patienten der Anstalt, sondern auch ihre Mitarbeiter von der Gesellschaft vernachlässigt würden. Mit dieser Unterscheidung wurden wir fähig, unsere Arbeit zu kritisieren mit dem Ziel der Verbesserung, ohne uns selbst im Sinne der Nestbeschmutzung zu entwerten.

Mit dieser Suchhaltung lernte ich die APK kennen und verstand ihre Scharnierfunktion zur Bundespolitik seit 1971: Vertreter der Fraktionen im Bundestag und Fachleute arbeiten vertrauensvoll zusammen im APK-Vorstand mit dem Ziel, das *System* zur Versorgung auf die Bedarfe und Bedürfnisse von psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürgern sowie ihrer Angehörigen auszurichten.

Perspektivwechsel

Als zentrales Prinzip der Psychiatriereform seit der Enquête gilt:

Verantwortung übernehmen für die Behandlung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen einer überschaubaren Region.

Dieser Grundgedanke der Psychiatrie-Enquête war schon seit Anfang der 1960-er Jahre Bestandteil der Empfehlungen eines kleinen Zirkels (KUNZE 2015, S. 19f):

Die Psychiatrie kommt zu den Menschen, dort wo sie wohnen, statt sie in ferne Anstalten zu »verlegen«. Die psychiatrische Klinik soll möglichst auf dem Gelände des zuständigen Allgemeinkrankenhauses stehen. Die psychiatrische Krankenhausbehandlung soll die sozialen Beziehungen der Patienten unterstützen und nicht zerstören.

Der Zirkel wurde gebildet von Universitätspsychiatern in Heidelberg und Frankfurt in Verbindung mit dem »Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfen für Psychisch Kranke« des »Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge«, Sitz in Frankfurt. Diese Empfehlungen wurden aber in den 1960-er Jahren von der Politik abgelehnt – z. B. von der Verbandversammlung des LWV Hessen mit Sitz hier in Kassel (KUNZE 2007), oder dem Bundesgesundheitsministerium.

Dass diese Grundidee 1970 endlich die Bundespolitik erreichte, dazu hat Frank Fischer mit seinem Buch über die »Irrenhäuser« maßgeblich beigetragen.

Die Psychiatrie-Enquête leitete eine *humanitäre Wende* der Gesellschaft gegenüber ihren psychisch kranken Bürgerinnen und Bürgern ein. Die alte »Heil- und Pflegeanstalt« sollte überwunden werden. Der Grundgedanke der regionalen Verantwortung wurde weiter konkretisiert: Nicht nur der Ort der Klinik, auch die Finanzierung und die Organisation von Versorgung richtet sich nach dem Bedarf der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen, statt den Bedarf der Menschen und ihre Versorgung den historisch gewachsenen Strukturen und Besitzständen von Leistungsträgern und Leistungserbringern anzupassen.

Die Fachleute der Enquête konnten ein umfangreiches Modellprogramm auf den Weg bringen (1980–85). Als Ergänzung zum Enquête-Bericht wurde ein »Regionales Psychiatriebudget« – Oberbergischer Kreis (RhL.) 1983 – empirisch analysiert (Prognos AG 1986, mit Beratung Kulenkampff): »Die Gesamtübersicht über Mittelherkunft und -verwendung (...) bringt als qualitatives Ergebnis ein Anwachsen der Verantwortlichkeit einer Region gegenüber allen ihren psychisch Kranken und Behinderten, (...) erleichtert die fundierte Planung der weiteren Entwicklung.« Im Vorwort steht: »Optimierung heißt aber, Wege ausfindig zu machen, auf denen das gewünschte Ergebnis mit dem geringsten Aufwand zu erzielen ist.« – Diese optimistischen Prognosen der Autoren wurden von den starken Partikularinteressen des historisch gewachsenen Versorgungssystems ausgebrems.

Die Versuche zur patientenorientierten Organisation und Finanzierung in der psychiatrischen Regelversorgung blieben stecken. Die Alternativen zur Anstalt wurden nach der über hundertjährigen Logik des Systems der sozialen Sicherung finanziert und organisiert.

An diesem alten Denksystem ist der »Kosten- und Finanzierungsausschuss« des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung gescheitert. Das einzige konkrete Ergebnis war das »Anforderungsprofil für die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte«. Dafür erarbeitete dann die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1986 eine »Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kostenträger bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen«. Daraus wurde der neue Institutionstyp »Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke« (RPK), für den immerhin erreicht wurde, dass *medizinische und berufliche Rehabilitation von einer Institution als Beziehungs-Kontinuum aus zwei Funktionen realisiert werden können*. Inzwischen können auch »ganztagsambulante« und wenn nötig stationäre Rehabilitation wie aus einer Hand erbracht werden, und das berufliche Training in Betrieben statt einer RPK-Werkstatt.

Die »Empfehlungen der Expertenkommission« (1988) widmeten eine Seite von 700 diesem Kosten- und Finanzierungsausschuss. Diese Seite enthält den resignativen Satz: »Wegen der heterogenen Zusammensetzung des Kosten- und Finanzierungsausschusses und wegen der *Bindung der Vertreter an die jeweilige Verbandsposition* wurden andere Finanzierungskonzepte nicht mehr entwickelt.« (BMJFFG 1988, S. 20 f.)

Die »Bindung an die jeweilige Verbandsposition« ist seitdem der immer wieder kehrende Konfliktpunkt z. B.:

- Die bisher realisierten RPKs sind – nach örtlicher Verteilung und nach Kapazitäten – bis heute völlig unzureichend. Das aus unserer Sicht fortschrittliche Konzept passt nicht zu den separierten Zuständigkeiten des gegliederten Finanzierungssystems, z. B. in der Hauptstadt Berlin Stand 2016: Fehlanzeige – keine RPK!
- Rehabilitation für schwerer psychisch beeinträchtigte Patienten wird systemwidrig vorrangig von der Sozialhilfe als Eingliederungshilfe geleistet (für Selbstzahler, steuerfinanziert für die Menschen, die »bedürftig« nach den Kriterien der Sozialhilfe sind).

Psych-PV und »personenzentrierter Ansatz«

Die RPK ist bisher ein Mauerblümchen geblieben. Aber *der zentrale Gedanke, Leistungen nicht institutionell sondern funktional zu definieren, hat Wirkung entfaltet.*

Die »Empfehlungen ...« (1988) enthalten ein großes Kapitel (C.3): »Die Gemeindepsychiatrie in *funktionaler Betrachtungsweise*«, dem das Kapitel C.4 folgt: »*Bausteine* der gemeindepsychiatrischen Versorgung – institutionelle Beispiele«

1988 begann die Vorbereitung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) (KUNZE et al. 2010).

Das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und die von ihm berufenen Expertenkommissionen (Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) standen vor der Aufgabe, eine Richtlinie zu konzipieren, die für die extrem heterogene und auch ideologisch verfestigte Landschaft von Klinikkonzepten in zwei medizinischen Fachgebieten anwendbar war. Deshalb wurden die »Behandlungsbereiche« der Psych-PV und der dafür notwendige Bedarf an therapeutischem Personal zwar von vorbildlichen Stationskonzepten abgeleitet, aber als Funktionen definiert. Damit war die Personalbemessung zur Budgetfindung (!) für die

unterschiedlich organisierten Kliniken, insbesondere Fachkrankenhäuser und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, anwendbar. Die Psych-PV überließ den Krankenhäusern die Organisationsfreiheit, die »Behandlungsbereiche« sind ausdrücklich keine Vorgaben zur Organisation von Stationen oder für den individuellen Anspruch von Patienten auf Therapeutenzeit, die der MDK zur Kritik an der Abrechnung der individuellen Behandlungen prüfen könnte.

Aber die Psych-PV ging von der Übernahme der regionalen Verantwortung für Menschen mit Krankenhausbehandlungsbedarf aus, und nicht von Patienten, die Kliniken passend zu ihrem Therapieangebot auswählten. Aus Sicht der Patienten: Die Personen einer Region mit Krankenhausbehandlungsbedarf haben ein Anrecht auf Behandlung rechtzeitig und mit dem notwendigen Aufwand. Die Wahlfreiheit der Patienten von außerhalb der Region bleibt davon unberührt, solange die Klinik primär ihrer regionalen Verantwortung nachkommt.

Viele neue psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern übernahmen die regionale Versorgungsverpflichtung, auch Universitätskliniken, was die entscheidende Voraussetzung für die Verkleinerung der Versorgungsgebiete der psychiatrischen Fachkrankenhäuser war – und in einigen Regionen noch ansteht.

2. Krankenhausbehandlung: Leistungen als Funktionen Verantwortung für Personen integriert die Verantwortung für Maßnahmeformen	
Leitungsverantwortung nach Zielgruppen	Psych-PV-Gruppen, Diagnosegr., Regionen
.....	
Integrierte Behandlung, Sektorenübergreifend, flexibilisiert	In der/ durch die Klinik, im Lebensfeld, vernetzt mit profess. Diensten i. d. Region
.....	
Therapeuten haben Verantwortung	übergreifend für Patienten, separat für Therapiemodule
.....	
Bessere Kontinuität >>	<< weniger Schnittstellen
Patienten, Angehörige >>	<< Therapeuten
Therapeuten >>	<< Haus-/ Fachärzte, Kliniken, Psychotherap. Pflegedienste, Sozialtherapie
	Ext. profess. Dienste: Arbeit & Wohnen,
Therapeuten & Patienten	<< Sucht-, Behinderten-, Alten- & Jugendhilfe, Kirchengemeinde, Volkshochschule
>>	

Abb. 2: Krankenhausbehandlung: Leistungen als Funktionen, Verantwortung für Personen integriert die Verantwortung für Maßnahmeformen

Viele psychiatrische Kliniken haben die Psych-PV genutzt, um sich nach dem *Prinzip der Verantwortung für Personen*, statt traditionell nach der *Verantwortung für Massnahmetypen* wie stationär, teilstationär, ambulant ... zu organisieren. (Abb. 2) Das mindert die soziale Entwurzelung durch stationäre Behandlung und ermöglicht die verlässliche Kontinuität der wichtigen therapeutischen Beziehungen für die Patienten und ihre Angehörigen während der Krankenhausbehandlung sowie für die regionalen gemeindepsychiatrischen und anderen professionellen Kooperationspartner (Hausärzte ...) in der Region.

Am besten empirisch geprüft ist das Modell zur Integrierten Versorgung der Psychiatrischen Universitätsklinik in Hamburg-Eppendorf, die auch über 20 in Praxen tätige Psychiater und Psychotherapeuten einbezieht (KAROW et al. 2014) sowie das Konzept »Regionale Verantwortung« (DEISTER und WILMS 2014).

Beispiele aus unserer Klinikerfahrung:

Die Verantwortung für Personen ermöglicht eine kognitive Umstrukturierung bei den Therapeuten und den Patienten: Die Behandlungsplanung – auch der stationären Behandlung – erfolgt zunehmend aus der ambulanten Perspektive.

Prinzip: Die Vorbereitung der Entlassung beginnt vor der Aufnahme, siehe den Bericht zum »AAZ« des Spitals Thurgau (CH). Was muss in den bio-psycho-sozialen Bereichen des Patienten erreicht werden, damit er oder sie mit den Ressourcen und Problemen möglichst selbständig leben kann?

Der Facharzt plus Bezugspflege und/oder Sozialarbeit übernehmen die Verantwortung für die gesamte Zeit der Behandlung durch das Krankenhaus und ggf. darüber hinaus.

Gerontopsychiatrischen Patienten: Die Bezugsschwester macht möglichst früh Hausbesuche mit der (stationären) Patientin zur Behandlungsplanung und zur Vorbereitung und zur Nachbereitung der Entlassung – mit der Familie, dem ambulanten Pflegedienst, den Nachbarn und ehrenamtlichen Helfern. Die stationäre Bezugsschwester kann ggf. als Teilzeitmitarbeiterin der integrierten Ambulanz oder des ambulanten Pflegedienstes der Klinik – oder eines davon unabhängigen Pflegedienstes – die Patientin längerfristig begleiten (»Übergangspflege«).

Beispiel: Sozialarbeit als Leistung der integrierten Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA): Eine Patientin wäre routinemäßig entlassen worden, wenn sie bereit wäre, in ein Altenheim umzuziehen. Dies lehnte die Patientin ab. Die Sozialarbeiterin erarbeitete mit der Patientin folgende Planung: Platz im

»Betreuten Wohnen« in der eigenen Wohnung, in fußläufiger Entfernung von einem Altenheim. Dort vermittelt die Sozialarbeiterin einen (Zuverdienst)-Arbeitsplatz in der Küche. Die Patientin wird ambulant betreut (Betreutes Wohnen, integrierte PIA), Tagesstruktur über Zuverdienst in der Küche.

Perspektive: Wenn die Frau später mehr Unterstützung im Wohnen und der Alltagsbewältigung benötigt, dann könnte sie ggf. in das ihr vertraut gewordene Altenheim einziehen und ihren verbliebenen Fähigkeiten angepasst weiter in der Küche helfen. Die Beziehungen – die therapeutischen und die im Sozialraum – würden erhalten, die Pflegeunterstützung kann erhöht werden.

Suchtabteilung des Krankenhauses mit integrierter Tagesklinik und PIA baut »therapeutische Brücken«: Mitarbeiter der Suchtabteilung der Klinik arbeiten Teilzeit oder als Honorarkräfte bei einem freien Träger der Suchthilfe (ambulanter Beratung, stationäre Rehabilitation und Eingliederungshilfe). Fachkräfte des freien Trägers sind umgekehrt anteilig in der Tagesklinik und PIA tätig. Aus der vertrauensvollen Zusammenarbeit entstand zusätzlich eine gGmbH der beiden Einrichtungsträger für »ganztagsambulante« Reha-Behandlung mit anschließender ambulanter Nachsorge.

Transparenz bei integrierter Behandlung kann das Controlling herstellen – mit einer Matrix aus Leistungsformen nach Kostenstellen einerseits und Vollkräften von Therapeuten andererseits, siehe Kunze et al. in diesem Tagungsband S. 67.

APK-Projekte zum »Personenzentrierten Ansatz« ab 1992

Der Erfolg der Psych-PV (ab 1991) ermutigte das Bundesgesundheitsministerium, auch für den sogenannten »außerklinischen« oder »komplementären« Bereich Grundsätze für die Versorgung und Finanzierung zu erarbeiten. (KRUCKENBERG et al. 1994)

Es machte keinen Sinn, eine neue Finanzierung für ein Versorgungssystem zu entwickeln, die nach den Regeln eines über hundertjährigen gegliederten Systems der sozialen Sicherung funktionierte.

Fehlentwicklungen bei der Überwindung der alten »Heil- und Pflegeanstalt«

Das Anstaltsdenken prägte weiter das kognitive Verständnis von Versorgung: Menschen mit psychischen Erkrankungen erschienen einteilbar in verschiedene Gruppen mit langfristig stabilen Merkmalen, für die separate speziali-

sierte Versorgungsformen als notwendig angesehen wurden. Mit Rücksicht auf die Interessen der verschiedenen Einrichtungsträger bekam der eine den Zuschlag für eine Tagesstätte, der nächste für ein Wohnheim, ein dritter für Betreutes Wohnen usw. entsprechend der Vielfalt der neuen Versorgungsbausteine sowie der Vielfalt der freien und privaten Wohlfahrtspflege. Bis zu der fachlichen Erkenntnis, dass dieses statische Versorgungskonzept die statischen Personenmerkmale als Artefakt überwiegend selber induziert, war es noch ein langer Weg.

Das verwaltungstechnische Ordnungsinteresse der Leistungsträger und Leistungserbringer war nicht auf die *verschiedenen* Dienste und Einrichtungen ausgerichtet, die zur Versorgung der psychisch kranken Menschen *einer* Region notwendig wären (vgl. »Standardversorgungsgebiet«), sondern auf *vergleichbare* Einrichtungen in *verschiedenen* Regionen.

Davon ausgehend erschien Psychiatern und Verwaltern sowie Politikern die Angebotsorientierung in Verbindung mit überregionaler Spezialisierung die fachlich und wirtschaftlich gebotene Entwicklungsrichtung (z. B. Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Psychosomatische Kliniken, Behinderten- und Alten-Heime, Maßregelvollzug). Aber bei dieser Systemlogik ist es für Patienten umso schwieriger, einen wohnortnahen Platz zu finden, je komplexer oder individueller ihr Hilfebedarf ist. Solche Einrichtungen nehmen lieber zum Programm passende Personen auf – auch von weiter her, um keinen Leerstand zu haben – als schwierige Personen wohnortnah. BGB-Betreuer akzeptieren manchmal wohnortferne Einrichtungen, um schwierige Fälle vom Tisch zu bekommen.

Die gut gemeinte Logik der »therapeutischen Kette« von Institutionen hat zum Teil erhebliche »Nebenwirkungen«. Seit 1975 bis heute wurden zur Überwindung der alten Anstaltsversorgung immer mehr neue Institutionen und Dienstformen entwickelt, verbunden mit neuen Abgrenzungen für neue Zuständigkeiten. Die Nebenwirkungen nehmen zu, je weiter die Differenzierung nach dieser Logik vorangetrieben wird, und behindern die Realisierung der *Ziele Inklusion und Teilhabe*.

Ein Patient wandert von einem »Kettenglied« zum nächsten entsprechend der Veränderung seines Behandlungs- und Hilfebedarfs. Die Glieder der therapeutischen Kette sind institutionelle Bausteine des Versorgungssystems, deren Finanzierung als Behandlung, Rehabilitation/Eingliederungshilfe sowie Pflege – je unterteilt in ambulant und stationär usw. – unterschiedlich geregelt ist.

Die verschiedenen Institutionen – Leistungserbringer und Leistungsträger – entwickeln eigene Konzepte, Regeln und Interessen für je eige-

nes Personal. Behandlung ist die Domäne der Ärzte und Pfleger; für die Rehabilitation sind Ärzte und Psychologen zuständig; Eingliederungshilfe übernehmen Diplom-Pädagogen und Psychologen; die Pflege Alten- und Krankenpfleger. Die Domänen der therapeutischen Berufsgruppen werden überlagert von den Zuständigkeiten der Geschäftsführer. Bei den Leistungsträgern dominieren Verwaltungsfachleute sowie Betriebs- und Volkswirte.

- Jede »Verlegung« von einem Glied der Kette zum nächsten ist verbunden mit der Unterbrechung von therapeutisch und sozial wichtigen Beziehungen.
- Um das zu vermeiden, bleiben Patienten ggf. an ein Kettenglied »gefestelt«: Sie werden fehlplatziert durch Unterlassung der Veränderung, also durch die Fortsetzung der nicht mehr bedarfsgerechten Behandlung oder Versorgung.
- Patienten mit komplexem Behandlungs-, Rehabilitations-Eingliederungs- und Pflegebedarf finden keinen individuell passgenauen Mix von Leistungen mit Kontinuität von wichtigen Beziehungen. Das trägt zur Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei.

Personenorientierte Verantwortung integriert die Verantwortung für Maßnahmen

Dies Prinzip wird in verschiedenen Vorträgen und Symposien der diesjährigen APK-Tagung deutlich, besonders im Referat zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) und im Symposium zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden.

In der laufenden Legislaturperiode des Bundestages sind vier große Gesetzgebungsprojekte auf der Tagesordnung, immer noch in Fortsetzung der Enquête-Ziele, und mit den zentralen Konfliktpunkten:

- Wieviel ist der Bedarf der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den zuständigen Leistungsträgern wert?
- Sind die Leistungsträger bereit, ihre Leistungen so zu definieren, dass sie als Funktionen für Personen zu individuellen Komplexleistungen integriert werden können, im Kontext des persönlichen Sozialraums? Oder halten sie am alten Denken mit institutionellen Bausteinen und strengen Grenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern sowie zwischen stationär und ambulant fest?

Ich erinnere an die RPK-Vereinbarung vor drei Jahrzehnten, die aber als Prinzip grundsätzliche Bedeutung hat. Z. B. ist die Gleichzeitigkeit von Pflege, Behandlungspflege und Eingliederungshilfe weiter ein Problem.

Welche Fortschritte sind auf diesem Weg zu erwarten, die die Person mit ihrem individuellen, veränderlichen Bedarf in den Mittelpunkt stellen, und nicht die Gleichartigkeit von Maßnahmen?

Was uns seit Jahren intensiv beschäftigt sind die vier großen Gesetzgebungsprojekte:

- PsychVVG – Versorgung und Vergütung von Krankenhausbehandlung
- BTHG – Bundesteilhabegesetz
- PSG – Pflegestärkungsgesetze I und II
- Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche ohne und mit Beeinträchtigungen: Kommt die »Große Lösung«?

Die Ziele der Enquête werden aktualisiert durch neue normative Vorgaben:

- Die UN-BRK (Inklusion),
- die Bundesgerichtsentscheidungen zum Umgang mit Zwang.

Der gemeinsame Nenner der Themen von Inklusion und Zwang ist einerseits Schutz der Selbstbestimmung der Person und andererseits die Systemverantwortung für die Voraussetzungen zur individuellen Selbstbestimmung von Personen im eigenen Sozialraum.

Extremsituationen sind geeignet, Zusammenhänge deutlich zu machen, die in »normalen« Verhältnissen auch schwächer wirken, aber nicht so offensichtlich erkennbar sind.

Von den USA lernen

Die USA und England gehörten zu den Ländern, die eine Generation früher als (West-)Deutschland daran arbeiteten, die Anstaltsversorgung zu überwinden (KUNZE 2015, Kapitel 9). 1972–73 hatte ich Gelegenheit, 13 Monate in diesen beiden Ländern als therapeutischer Mitarbeiter oder Besucher vorbildliche Reformpraxis kennen zu lernen. Umso mehr beunruhigt mich der *Niedergang der Psychiatrie-Reform in den USA: Die Gefängnisse sind die »New Asylums«* für die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geworden. In den meisten Bundesstaaten sind die Gefängnisse die Institutionen mit der größten Anzahl von Insassen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Die Polizei beklagt sich darüber, dass ihre am stärksten belastende Aufgabe der Umgang mit schwer psychisch kranken Menschen sei, für die es keine Behandlung und Unterstützung gebe. Zur Selbsthilfe lernt die Polizei »Crisis Intervention«. Die Polizei liefert diese Menschen oft im Gefängnis ab.

Die Millionen-Stadt Denver, deren damals vorbildliche Gemeindepsychiatrie ich 1973 praktisch kennenlernte, hat jetzt ein Gefängnis mit ca. 2.700 Gefangenen, davon ca. 550 schwer psychisch krank. Die »Denver Post« berichtete 2013, dass 90 psychisch kranke Gefangene seit Jahren in Einzelhaft festgehalten werden. Für die Gefängnisse gibt es einen zuständigen »Mental Health Court«, der im Einzelfall die rechtliche Zulässigkeit von Zwang zu entscheiden hat, für die es im Gefängnis und außerhalb keine qualifizierte Hilfe gibt. Wie kann es dazu kommen, dass in einer Gesellschaft mit besonderer Wertschätzung für Freiheit und Selbstbestimmung diese Werte so vielen Menschen vorenthalten werden? Wo bleibt die Systemverantwortung der Gesellschaft, damit psychisch kranke Menschen die Behandlung und soziale Unterstützung bekommen, die sie befähigt möglichst selbstbestimmt zu leben, ohne im Gefängnis oder der Obdachlosigkeit zu landen? Präsident Carter brachte ein viel versprechendes »Community Support Program« auf den Weg, das aber von den folgenden Präsidenten finanziell ausgetrocknet wurde.

Zur Anstalts-zentrierten Versorgung, die in Folge der Enquête in Deutschland überwunden wurde, gehörte auch der Mangel an qualifizierter Behandlung und Unterstützung, die Menschen erreichen konnten, ohne von ihrem Sozialraum exkludiert zu werden.

Wie kann politisch die Systemverantwortung erreicht werden für qualifizierte psychiatrische Versorgung als Voraussetzung dafür, dass Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen möglichst eigenständig ihr Leben meistern können (KONRAD und ROSEMAN 2016), und nicht in der Obdachlosigkeit, im Maßregelvollzug oder im Gefängnis landen? (KONRAD 2016) (siehe Abbildung 3, S. 44)

Das Gewirr von Pfeilen soll die von Einzelfällen her bekannten Wege zwischen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung und den drei zuletzt genannten Versorgungsbereichen zum Ausdruck bringen. Versorgungsforschung zu den Versorgungspfaden zwischen den Einrichtungstypen gibt es bisher kaum. Zwischen den obersten politischen Zuständigkeiten für diese Versorgungsbereiche gibt es hohe Barrieren, die eine personenorientierte Zusammenarbeit sehr erschweren.

Ein wesentliches Ergebnis der Psychiatriereform seit der Enquête war die Tendenz, entgegen der Exklusion durch Stigma auch Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen als Bürgerinnen und Bürger in die *kommunale Verantwortung zur Daseinsvorsorge* einzubeziehen. Deren klassische Bereiche sind z. B. die Versorgung mit Wasser und Strom,

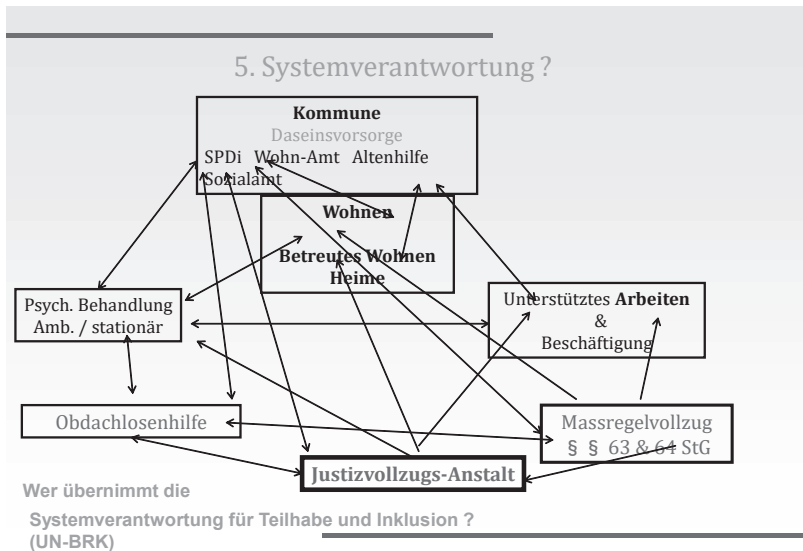


Abb. 3: Systemverantwortung?

Straßen und Schulen, Aufsicht über die Gesundheitsdienste. Aber dann begannen viele Kommunen, sich von diesen finanziellen Lasten zu befreien und argumentierten: Mit der Privatisierung solcher Bereiche würden die Leistungen besser und preiswerter für die Bürger. Das betrifft inzwischen auch Krankenhäuser, auch die für Psychiatrie und Psychosomatik und andere Teile der psychiatrischen Versorgung.

Besonders wichtig ist die Sicherstellung von zwei Funktionen für Bürgerinnen und Bürger, einschließlich Kinder und Jugendliche: Wohnraum für Wohnungslose und einen ambulanten Dienst, der sich um die Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen kümmert, wenn sie die Behandlung und Unterstützung der Regelversorgung nicht erreichen.

Wer ist Teil der Systemverantwortung für die Voraussetzungen, dass auch die Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen ihr Recht auf Teilhabe und Inklusion nach der UN-BRK verwirklichen können?

Literatur

- BMJFFG (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn.
- DEISTER, A./WILMS, B. (2014): Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Psychiatrie Verlag, Köln.
- FISCHER, F. (2016): IRRENNHÄUSER – Kranke klagen an. Reprint der Ausgabe von 1969. Psychiatrie Verlag, Köln.
- FINZEN, A. (2017): Unsere Mao-Bibel hieß: »Irrenhäuser – Kranke klagen an« – Zur Neuausgabe des Buches von 1969. Psychosoziale Umschau 31. Jg. Heft 01: 50–51.
- KAROW A./BOCK T. (...) NABER D./LAMBERT, M. (2014): Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. Psychiatr Prax 41(5): 266–273. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1349496>.
- KONRAD, M./ROSEMAN, M. (2016): Betreutes Wohnen. Psychiatrie Verlag, Köln.
- KONRAD, N. (2016): Psychisch kranke Gefangene im Justizvollzug. Forum Strafvollzug 4/16:233–238.
- KRUCKENBERG, P./JAGODA, B./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1994): Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation. Selbstverlag durch Aktion Psychisch Kranke, Bonn.
- KUNZE, H. (2007): Das LWV-Parlament und die Psychiatriereform. Ein Rückblick aus persönlicher Erfahrung. In: FLEMMING J/VANJA C (Hrsg.) »Dieses Haus ist gebaute Demokratie« – Das Ständehaus in Kassel und seine parlamentarische Tradition . euregioverlag Kassel, S. 119–129.
- KUNZE, H./KALTENBACH, L./KUPFER K (Hrsg.) (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- KUNZE, H. (2015): Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- NEELMEIER, T./KOCH, J. (2016): Unternehmensstrafbarkeit für Krankenhausträger? Dtsch Arztl 2016; 113 (51): A 2367-71
- PROGNOS AG (1986): Modellprogramm Psychiatrie, Regionales Psychiatriebudget. Band 181 Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart.
- Spital Thurgau Jahresbericht AAZ, ICM, PSÜB (2014): Psychiatrische Dienste Thurgau, Seeblickstrasse 30, CH-8596 Münsterlingen. <http://www.stgag.ch/psychiatrische-dienste-thurgau/angebot-finder/psychiatrische-klinik-muensterlingen/abklaerungs-und-aufnahmezentrum.html>.
- WING, J.K./BROWN, G.W. (1970): Institutionalism and Schizophrenia – A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968. Cambridge at the University Press, page 165.

Der Gemeinsame Bundesausschuss: Verantwortung der Selbstverwaltung

Regina Klakow-Franck

Vielen Dank für die Einladung. Ich bin tatsächlich das erste Mal bei Ihnen, allerdings kenne ich bereits einige von ihnen. Die AKTION PSYCHISCH KRA-NKE ist schließlich bei Fachveranstaltungen und auch bei den Anhörungen des Gesundheitsausschusses im Bundestag – zuletzt beim Gesetz für die Versorgung und Vergütung der Leistungen für Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-VVG) – stets vertreten. Insofern sind wir uns also nicht ganz unbekannt.

Das Thema meines Vortrags ist die Verantwortung der Selbstverwaltung im Hinblick auf die Ausgestaltung und Qualitätssicherung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen. Ich würde aber erst einmal mit einem kleinen Rechtsexkurs anfangen und bei der Gelegenheit auch versuchen, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) etwas detaillierter darzustellen. Wir als G-BA gelten ja allgemein als sehr mächtige Einrichtung und das nicht zu Unrecht. Aber auch wir unterliegen strengen gesetzlichen Vorgaben und ich möchte heute die Gelegenheit, die Chance nutzen, für Vertrauen in uns zu werben. Mir kommt es immer so vor, als ob wir ein bisschen wie der unbekannte stille Riese im Hintergrund wahrgenommen werden und daher oft eher diffuse – und ungerechtfertigte – Ängste auslösen.

Der gesetzliche Rahmen

Ich beginne mit dem gesetzlichen Rahmen, in dem sich der Gemeinsame Bundesausschuss als das oberste Spitzengremium der Selbstverwaltung im System der gesetzlichen Krankenversicherung bewegen muss: das Sozialgesetzbuch V. In diesem findet sich gleich am Anfang, in § 2 SGB V, der Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherten verankert – und dieser ist im internationalen Vergleich ein sehr umfänglicher. Die Leistungen werden in den folgenden Kapiteln des Sozialgesetzbuchs V konkretisiert. Neben der Behandlung im Krankheitsfall sind beispielsweise auch die Früherkennung von Krankheiten und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft abgedeckt. Die Qualität und Wirksamkeit dieser Leistungen haben nicht nur dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen, sondern auch den medizinischen Fortschritt

zu berücksichtigen. Eine Innovationsdynamik ist also mit »eingebaut«. Sie sehen, insgesamt ist das ein sehr umfassendes Leistungsversprechen, das den gesetzlich Krankenversicherten gegeben wird. Sie wissen aber auch, unser Gesundheitssystem muss finanzierbar bleiben, denn es wird aus unser aller Beiträge finanziert.

Deswegen ist der vielleicht bekannteste Paragraph – neben denen zum Leistungsanspruch – der § 12 SGB V mit dem sogenannten »Wirtschaftlichkeitsgebot«. Dort heißt es: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.« Sprich, es ist die Waage zu halten zwischen dem, was medizinisch wünschenswert wäre – unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse – und der Finanzierbarkeit unsere Gesundheitssystems. Dieser Grundsatz ist an verschiedenen Stellen im Sozialgesetzbuch verankert. Beispielsweise findet er sich erneut im § 70 SGB V. Weiterhin findet sich in diesem Paragraphen ein sehr wichtiger Aspekt, der leider sehr oft untergeht, aber an dieser Stelle noch einmal betont wird: Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken. Gerade im Hinblick auf Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist dieser Aspekt von Bedeutung.

Kommen wir nun auf den Paragraphen, der die Rolle des G-BA auf den Punkt bringt. Im § 92 SGB V heißt es: »Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.« Das dürfte noch allgemein bekannt sein. Was wiederum nicht so bekannt ist, dass dabei den besonderen Erfordernissen der Versorgung Behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Also obliegt uns als Gemeinsamer Bundesausschuss eine ganz besondere Verantwortung – derer wir uns bewusst sind und die wir auch wahrnehmen.

Gemeinsamer Bundesausschuss: »Untergesetzlicher Normgeber«

Der Gemeinsame Bundesausschuss als oberstes Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bewegt sich folglich mitnichten im luftleeren Raum, sondern wir haben den Regelungen im Sozialgesetzbuch V zu folgen. Sie haben gesehen, dass dort sehr spezifisch festgelegt ist, was wir zu beachten haben. Wir sind auch kein Gesetzgeber, sondern ein so-

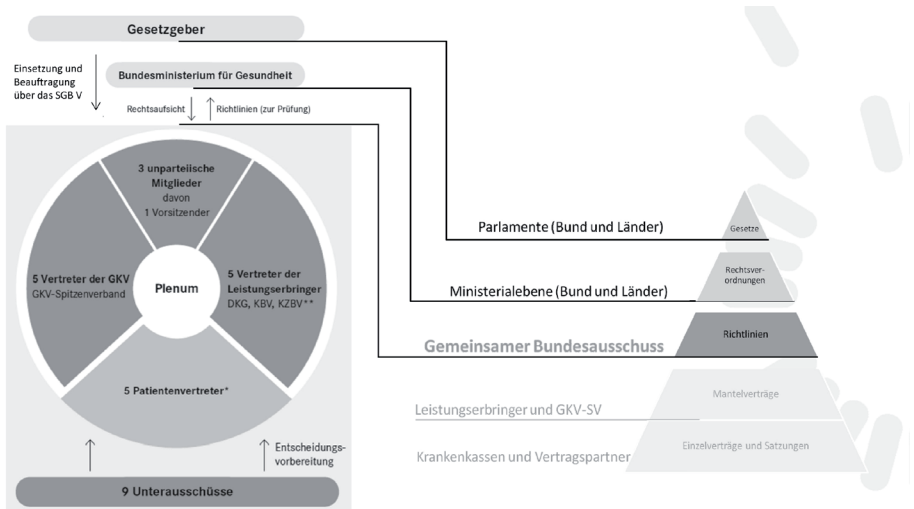


Abb. 1: G-BA als untergesetzlicher Normgeber

nannter untergesetzlicher Normgeber. Unsere Richtlinien, so heißen unsere Regelungen typischerweise, folgen den Vorgaben im Sozialgesetzbuch V. Also dem gesetzlichen Rahmen, den uns der parlamentarische Gesetzgeber vorgegeben hat. Außerdem unterstehen wir einer Aufsichtsbehörde und zwar dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das unsere Beschlüsse auf ihre Rechtmäßigkeit prüft.

Obwohl wir keine Gesetze erlassen, sind unsere Richtlinien wirklich scharfe Schwerter. Was wir auf Basis der Bundesgesetze – des Sozialgesetzbuchs V – als Richtlinien beschließen, gilt dann bundeseinheitlich und ist unmittelbar verbindlich für die Krankenkassen, Kliniken, Vertragsärzte sowie Patientinnen und Patienten. Zum Beispiel, wenn wir die Mindestanforderungen für die Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken beschließen, sind diese zwingend zu erfüllen. Sollten diese Mindestanforderungen, wenn sie denn Ende 2020 in Kraft getreten sind, von den Kliniken nicht erfüllt werden, dürfen entsprechende Leistungen von ihnen nicht nur nicht abgerechnet, sondern gar nicht erst erbracht werden.

Sie sehen, dieses »Richtlinienschwert«, über das wir verfügen, ist scharf. Weil unsere Beschlüsse deutliche Konsequenzen haben, erhöhen sich natürlich die Anforderungen an fachliche und rechtliche Richtigkeit, Legitimität und Transparenz.

Wir beschließen unsere Richtlinien daher in öffentlichen Sitzungen im sogenannten Plenum, die Vorbereitungen erfolgen in den Unterausschüssen und Arbeitsgruppen. Im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses sitzen 13 Stimmberechtigte, fünf Stimmberechtigte für die gesetzlichen Krankenkassen, denen fünf Vertreter der Leistungserbringer gegenüber sitzen: zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ein Vertreter für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Als Schiedsstellenmechanismus haben wir außerdem noch drei unparteiische Mitglieder. Der Kreis derjenigen, die bei den Plenumsitzungen anwesend sind, ist allerdings noch wesentlich größer – in der Regel insgesamt 50 Personen, manchmal sogar mehr. Dies liegt zum einen daran, dass die stimmberechtigten Mitglieder immer von ihrem Beraterstab begleitet werden, aber auch die sogenannten Beteiligten, wie Vertreter der Bundesländer und Patientenvertreter dabei sind. Die Patientenvertreter haben in jedem unserer Gremien ein Mitberatungsrecht und engagieren sich auch sehr tatkräftig. Allerdings verfügen sie nicht über ein Stimmrecht.

Des Weiteren gibt es sehr umfangreiche Beteiligungsrechte für die Heilberufekammern: für die Bundesärztekammer und für die Bundespsychotherapeutenkammer. Daneben haben die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften bei der überwiegenden Mehrheit unserer Richtlinien ein Stellungnahmerecht. Konkret ist in unserer Verfahrensordnung geregelt, welche Verbände schriftlich zur Stellungnahme berechtigt sind und auch zur mündlichen Anhörung aufgefordert werden.

Obwohl uns von verschiedenen Seiten vorgeworfen wird, wir seien nicht ausreichend demokratisch legitimiert, unsere Entscheidungen würden intransparent gefällt oder wir hätten keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für unsere weitreichenden Beschlüsse, so muss man vor dem dargestellten Hintergrund feststellen, dass wir durch die Vorgaben des Sozialgesetzbuchs einen klar definierten rechtlichen Rahmen haben und durch unsere umfangreichen Beteiligungsrechte eine hohe Akzeptanz für unsere Regelungen erreichen.

Wir sind paritätisch aus den Kostenträgern und Leistungserbringern zusammengesetzt und haben einen Schiedsmechanismus, sodass wir bei den wenigen Richtlinien, bei denen es keinen Konsens gibt, mit einfacher Mehrheit entscheiden. Die Stimme eines Unparteiischen gibt dann den Ausschlag. Die Patientenvertreter haben einen besonderen Status: Sie sind an allen Beratungen im G-BA beteiligt und unsere vierte »Bank«, die sich nur durch das fehlende Stimmrecht von den anderen unterscheidet. Welche

Organisationen die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene übernehmen und Patientenvertreter entsenden, ist in der Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) geregelt. Der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und der Verbraucherzentrale Bundesverband benennen die Patientenvertreter. Dabei gibt es Patientenvertreter, die übergeordnet für alle Themen zuständig sind und zusätzlich themenspezifische Patientenvertreter, die den erforderlichen diagnosespezifischen Sachverstand einbringen. Weiterhin beziehen wir sowohl die Heilberufekammern als auch die Bundesländer und vor allen Dingen auch die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften umfänglich ein.

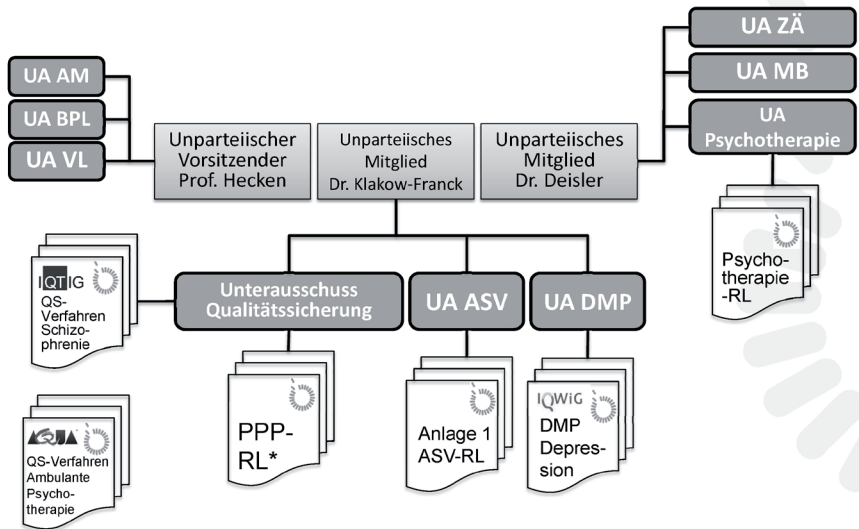


Abb. 2: G-BA: Verortung von Psychotherapie in den Unterausschüssen (Beispiele)

Wie bereits erwähnt, werden die Plenumsbeschlüsse in sogenannten Unterausschüssen vorbereitet. Dass diese Unterausschüsse nicht einfach »Ausschüsse« heißen, hat historische Gründe. Wir unparteiischen Mitglieder – Josef Hecken, Harald Deisler und ich – teilen die Vorsitze der neun Unterschüsse unter uns auf. Jeder sitzt dreien vor, »meine« sind der Unterausschuss Qualitätssicherung, der Unterausschuss Ambulante spezialfach-

ärztliche Versorgung (ASV) und der Unterausschuss Disease Management Programme (DMP).

Die Regelungen in unseren Richtlinien, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen betreffen, verteilen sich auf unterschiedliche Unterausschüsse. Mit dem Vorsitz über den Unterausschuss Psychotherapie ist mein unparteiischer Kollege Harald Deisler schwerpunktmäßig für den ambulanten Bereich zuständig, der in der Psychotherapie-Richtlinie geregelt wird. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen für Psychotherapieverfahren wiederum sind in meinem Unterausschuss Qualitätssicherung verortet. Wie Sie wissen, haben wir vom Gesetzgeber zudem den Auftrag bekommen, ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu Depression zu entwickeln und zu beschließen. Aber auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V – hierbei handelt es sich um eine besondere sektorenübergreifende Versorgungsform – versuchen wir den besonderen Bedarfen in Bezug auf psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung gerecht zu werden.

Richtlinie zur Personalausstattung

Im Folgenden will ich kurz auf unsere aktuellen Beratungen aus dem Bereich Psychotherapie eingehen. Dazu gehören insbesondere die bereits erwähnte Richtlinie zur Personalausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die Überarbeitung der ambulanten Psychotherapie-Richtlinie sowie das geplante DMP Depression.

Bei der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen stehen wir vor einer großen Herausforderung. Nach unserer Auffassung soll auch für diese Patientinnen und Patienten der Grundsatz »ambulant vor stationär« gelten, um auch ihnen in ihrer gewohnten Umgebung – das hört sich sehr technokratisch an – ein möglichst hohes psychosoziales Funktionsniveau zu erhalten. Damit meine ich, sie sollen vor allen Dingen in ihrer sozialen Umgebung verbleiben, ihre individuellen Möglichkeiten ausschöpfen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Dies macht für mich in diesem Fall auch den Grundsatz »ambulant vor stationär« aus.

Diese Herausforderung zu meistern, ist für alle an der Versorgung Beteiligten nicht einfach. Schließlich hat sowohl die Anzahl als auch die Diversität der Leistungserbringer, die über die verschiedenen Sektoren hinweg an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind, zugenommen. Dadurch

wird unser Vorhaben, den Teil herauszugreifen, für den wir zuständig sind und in einer Richtlinie spezifische Regelungen für die Leistungserbringer zu treffen, ambitioniert. Auch der eingeschränkte Zugang zur ambulanten Psychotherapie aufgrund langer Wartezeiten ist ein drängendes Problem. Vor dem Hintergrund ist auch die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie erfolgt, auf die ich später kurz eingehen werde.

Gesetzlicher Auftrag (§ 137 Abs. 1c SGB V)	Umsetzung durch G-BA	Sachstand
G-BA soll Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung beschließen	QS-Verfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung	• Abschlussbericht (Konzeptskizze) des AQUA-Instituts abgenommen (12/2015) • Nächster Schritt: Beauftragung des IQTIG mit weiterer Bearbeitung (?/2017)
	QS-Verfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“	• Abschlussbericht des AQUA-Instituts abgenommen (01/2016) • Beauftragung IQTIG mit Aktualisierung und Erweiterung (06/2016) • Zwischenbericht (05/2017), Abschlussbericht (12/2018)
G-BA soll insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal beschließen	Richtlinien zur Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (PPP-RL)	• Beratungen in AG (seit 03/2014) • Konkretisierung des Auftrags (Mindestvorgaben) durch PsychVVG 2016

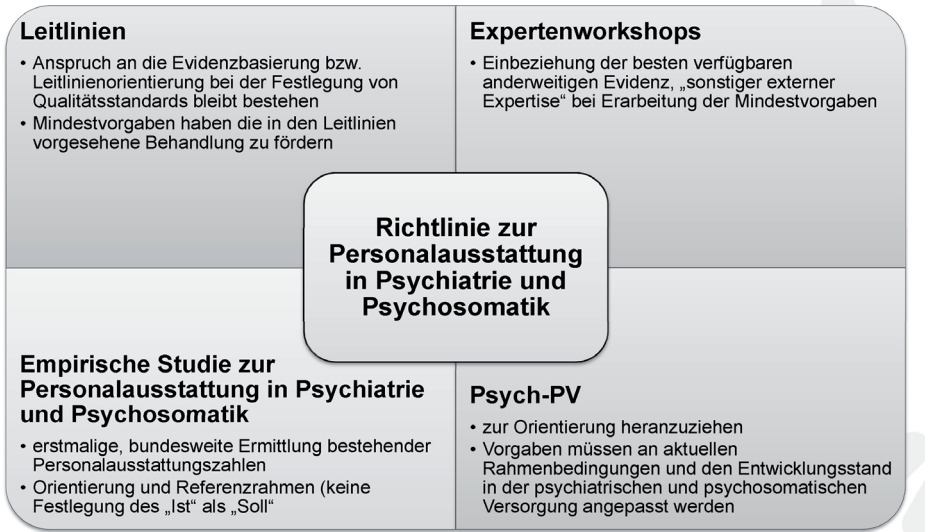
Abb. 3

Der G-BA hat ganz unterschiedliche Ansatzpunkte und Möglichkeiten mit Richtlinien die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Ein Teil unserer Aktivitäten resultiert dabei aus expliziten Aufträgen des Gesetzgebers. So hat der G-BA den gesetzlichen Auftrag – er findet sich seit dem Krankenhausstrukturgesetz im § 136a SGB V – Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen und damit erstmals die Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren messen und transparent darstellen. Dazu haben wir ein qualitätsindikatorgestütztes Verfahren in Vorbereitung, das sektorenübergreifend die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, den »F2-Diagnosen«, sichern soll. Dabei folgen wir den Empfehlungen aus dem Abschlussbericht

des AQUA-Institutes, dem Vorläufer des kürzlich gegründeten Instituts für Qualität- und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). AQUA hat bereits die Grundzüge des Qualitätssicherungsverfahrens und auch das Indikatorenset entworfen, die Weiterbearbeitung erfolgt jetzt durch das IQTIG. Beispielsweise hat das Institut in unserem Auftrag Qualitätsverbesserungspotenziale bei der Medikation herausgearbeitet. So wird noch immer bei jedem vierten Patienten mit F2-Diagnose die maximal empfohlene vierwöchige Behandlungsdauer mit Benzodiazepin überschritten. Zudem erhalten diese Patienten häufig mehr als ein Antipsychotikum. Das ist nicht leitliniengerecht, findet aber so noch statt. Weiteres Qualitätsverbesserungspotenzial ergibt sich aus dem eingeschränkten Zugang zu ambulanter Psychotherapie von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. Und auch die Koordination der Versorgung ist bei dieser Patientengruppe verbesserungswürdig, obwohl inzwischen sehr viele unterschiedliche Leistungserbringer an der Versorgung von psychisch Kranken beteiligt sind. Zudem wird den somatischen Begleiterkrankungen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt: So erkranken Menschen mit Schizophrenie beispielsweise häufiger an Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen und Hypertonie. Als letzten Punkt muss ich leider erwähnen, dass noch immer – je nach Einrichtung – zwischen 5 und 20 % der stationären Patienten mit F2-Diagnose von restriktiven Maßnahmen betroffen sind. Vor allem die 20 % sind natürlich eine Quote, von der man in Zukunft unbedingt wegkommen müsste. Wir streben an, ab 2019 mit einem ersten qualitätsindikatorgestützten Qualitätssicherungsverfahren in die Erprobung zu gehen.

Auch in Bezug auf die ambulante Psychotherapie hat das AQUA-Institut in unserem Auftrag gezielt Qualitätsverbesserungspotenziale herausgearbeitet, die wir in den nächsten Jahren mit einem Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den Blick nehmen werden. Beispielsweise die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen identifizierten Probleme, wie die verbesserungswürdige Kooperation und Koordination der Versorgung. Darüber hinaus hat das Institut festgestellt, dass es Qualitätsdefizite im Hinblick auf den Einsatz von validierten psychometrischen Messinstrumenten im Rahmen der Eingangsdiagnostik gibt und auch die Erarbeitung individueller Therapieziele verbesserungswürdig ist.

Außerdem bildet die Arbeit an der Richtlinie zur Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik, welche die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ablösen soll, zurzeit einen Schwerpunkt unserer



**Beschluss bis spätestens zum 30. September 2019
mit Wirkung zum 1. Januar 2020!**

Abb. 4

Arbeit. Im Psych-VVG wurde festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie mit Mindestanforderungen zur Personalbesetzung, also zur Ausstattung mit therapeutischem Personal in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik erarbeiten soll, die die Psych-PV ab 2020 ablöst. Laut gesetzlichem Auftrag sollen wir dazu die aktuellen, hochwertigen Leitlinien heranziehen. Bei unseren Beratungen haben wir jedoch festgestellt, dass es zwar sehr viele Leitlinien zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen gibt – inzwischen sogar S3-Leitlinien, also die »Königsklasse« in Bezug auf Evidenz. Jedoch lässt sich weder aus den Leitlinien noch aus den meisten der vorliegenden Studien ableiten, was eine geeignete Mindestausstattung an ärztlichem oder pflegerischem Personal wäre. Damit wäre das zentrale Problem umschrieben, vor dem wir als Gemeinsamer Bundesausschuss stehen. Auf welcher Evidenzgrundlage bauen wir unsere verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung auf? Daher sind wir bei unserer Arbeit insbesondere auf Experten angewiesen. Neben den bereits von mir erwähnten Stellungnahme- und Anhörungsrechten der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften für unsere Richtlinien im

Rahmen des üblichen Stellungnahmeverfahrens werden wir in diesem besonderen Fall mehrere Expertenworkshops durchführen. Parallel lassen wir eine empirische Studie zur Erhebung des Ist-Zustandes der Personalausstattung in den stationären Einrichtungen durchführen; das Vergabeverfahren sollte in Kürze abgeschlossen sein. Auch wenn die Psych-PV verbindlich gilt, so wissen wir seit über zehn Jahren, dass diese verbindlichen Mindestvorgaben schon lange nicht mehr flächendeckend eingehalten werden. Durch die genannte Untersuchung wollen wir Transparenz schaffen. Auf diese Weise wollen wir die nötige Expertise für unsere Beratungen zusammenzutragen.

Die Psych-PV, die in fünfjähriger Arbeit von zwei parallel tagenden Expertenkommissionen – eine für Erwachsenen- und eine für Kinder- und Jugendpsychiatrie – beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales erarbeitet und dann als Rechtsverordnung erlassen wurde, war ein hervorragendes Instrument. Und von ihrer Grundstruktur her ist die Psych-PV meiner Ansicht nach immer noch vorbildlich, hier braucht man das Rad nicht neu zu erfinden. Die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Behandlungsbereichen erfolgt in der Psych-PV nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln. Auf dieser Unterteilung werden dann die berufsgruppenspezifischen Festlegungen von Minutenwerten je Patient und Woche getroffen. Allerdings entspricht einiges in der Psych-PV vielleicht nicht mehr unbedingt dem S3-Leitlinienstand, auch wird sie der inzwischen doch durchaus vorhandenen Verzahnung zwischen ambulanter, stationärer und gemeindenaher Versorgung nicht ausreichend gerecht. Aber das müssen wir als Gemeinsamer Bundesausschuss eben entsprechend berücksichtigen. Wir werden also die Psych-PV nicht nur als Orientierung heranziehen: Ich sehe unseren eigentlichen Auftrag vielmehr darin, diese zu aktualisieren.

Und beim Stichwort »verbindlich« möchte ich mich auch noch mal in Richtung Gesetzgeber wenden und ausdrücklich begrüßen, dass im Rahmen des Psych-VVG unsere Anregung aufgegriffen wurde, den G-BA Mindeststandards und nicht nur Empfehlungen für die Personalausstattung beschließen zu lassen. Alles andere wäre für mich ein Rückfall hinter die Psych-PV gewesen, weil diese schließlich bereits verbindlich ist.

Eine weitere Aufgabe, die wir vom Gesetzgeber erhalten haben, ist die Überarbeitung der ambulanten Psychotherapie-Richtlinie. Um das Problem des Zugangs zu lösen, ging es hierbei insbesondere um die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde. An dieser Stelle müssen wir unseren Beschluss noch einmal nachbessern, da wir eine »Kann-Regelung« formuliert

hatten, als es um eine mögliche Verpflichtung der Psychotherapeuten zum Anbieten einer solchen ging. Da die Sprechstunde die Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie ist, müsse nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, unserer Rechtsaufsicht, sichergestellt sein, dass es ausreichend Sprechstundenangebote gibt. Eine entsprechende Änderung werden wir in zwei Wochen im Plenum beschließen und die neue Richtlinie wird dann am 1. April 2017 in Kraft treten.

Außerdem haben wir den gesetzlichen Auftrag bekommen, ein strukturiertes Behandlungsprogramm für die Patientinnen und Patienten mit Depression zu entwickeln. Dabei folgen wir unserem festgelegten Verfahren zur Erarbeitung von neuen DMP und haben als ersten Schritt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), unser anderes unabhängiges wissenschaftliches Institut, eine Leitlinienrecherche durchführen lassen. Hier liegt inzwischen der Vorbericht vor. Insgesamt waren 14 S3-Leitlinien verfügbar und wurden ausgewertet, allerdings waren nur drei davon aus Deutschland. Deswegen werden wir noch zu beraten haben, welche Empfehlungen aus den internationalen Leitlinien auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar sind. Außerdem empfiehlt uns das IQWiG nach dieser Leitlinienrecherche, bei der Depression unbedingt zwischen unipolaren und bipolaren Krankheitsbildern zu unterscheiden und unser neues Versorgungsangebot auf die Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit schweren Formen der Depression einzugrenzen. Wir werden diese Empfehlung berücksichtigen und versuchen, das DMP so zielgruppenspezifisch wie möglich zu entwickeln und es auf die Patientengruppe ausrichten, die auch am meisten davon profitiert. Basierend auf der Vorarbeit des IQWiG werden wir Anfang 2017 in die konkreten Beratungen einsteigen. Es ist vorgesehen, dass wir sie 2019 beschließen.

Dies war ein kurzer Überblick über die Funktionsweise des G-BA, unsere Zuständigkeiten und die wichtigsten Schwerpunkte, die wir im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in den kommenden Jahren in Angriff nehmen.

Verantwortung im Versorgungsmanagement

Steffen Waiß

Zentrale Herausforderung im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist es, den erkrankten Patientinnen und Patienten einen zeitnahen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu ermöglichen. Hierbei geht es zunächst einmal um eine schnelle Diagnostik, sei es beim behandelnden Hausarzt oder direkt bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Gerade für psychisch erkrankte Menschen wirkt sich die Situation, dass wir in Deutschland kein System mit einem Gatekeeper, bspw. einem Hausarzt, als zentrale Anlaufstelle haben, der die gesamte Behandlung steuert und koordiniert, erschwerend beim Zugang zur Behandlung aus. Insbesondere beim Wechsel von einer Versorgungsform zu einer anderen sind immer wieder längere Wartezeiten zu beobachten. Ein echtes Versorgungsmanagement findet hier momentan im Rahmen der Regelversorgung nur sehr begrenzt statt. Der Gesetzgeber hat in dieser Legislaturperiode mehrere Gesetze verabschiedet, die die Versorgung psychisch erkrankter Menschen betreffen. Nachfolgend soll dargestellt werden, um welche gesetzlichen Änderungen es sich handelt und was für Verantwortlichkeiten hieraus für die verschiedenen Akteure erwachsen.

Ambulanter Bereich

Teilweise sind erhebliche Wartezeiten beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu beobachten. Angesichts des enormen Zuwachses bei den zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verwundert dies sehr. Immerhin ist für den Zeitraum von 1998 bis 2015 eine Steigerung bei den Zulassungszahlen von 86 % zu beobachten. Einerseits ist diese Zahl fraglos beeindruckend, andererseits muss man natürlich auch im Auge behalten, dass die Anzahl der psychischen Erkrankungen deutlich zugenommen hat. Neben den Veränderungen im Arbeitsleben mit starker Arbeitsverdichtung und ständiger Erreichbarkeit hat auch sicherlich die positive Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen dazu beigetragen. Betroffene sind heute viel eher bereit sich in eine Behandlung zu begeben. Wenn man sich vor Augen führt, dass in Berlin inzwischen mehr Psychotherapeuten tätig sind als Hausärzte, muss man ernsthaft hinterfragen, ob die Lösung in einer Weiterverfolgung des bisher eingeschlagenen Weges, mit kontinuierlichen

Steigerungen bei der Zulassung, liegen kann. Trotz extrabudgetärer Vergütung und damit dem Fehlen einer Mengenbegrenzung wird auch in Berlin immer wieder von Problemen berichtet, überhaupt mit einem Behandler in Kontakt zu kommen. Auch ein Blick auf die Bedarfsplanung hilft hier nicht weiter. Eine Unterversorgung ist nicht erkennbar. Im Gegenteil, es ist eine weitgehende Überversorgung zu verzeichnen.

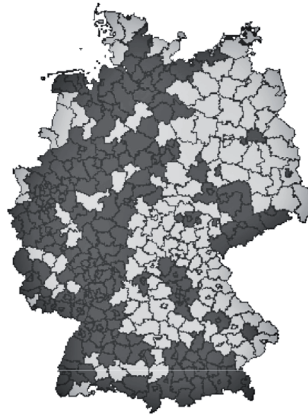


Abb. 1

Als Erklärung bietet sich eine Analyse des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen an, nach der ca. 25 % der Psychotherapeuten maximal 17 Patienten pro Jahr betreuen. Für eine saubere Bedarfsplanung ist es natürlich ein Problem, wenn volle Stellen nur in Teilzeit besetzt werden. Wenn sich jemand – beispielsweise eine Frau mit einem Kind – für eine reduzierte Stundenzahl entscheidet, ist dagegen natürlich nichts einzuwenden. Wir benötigen hier mehr Transparenz über den Umfang der für die GKV erbrachten Leistungen und vor allen Dingen auch konkrete Vorgaben zum Sicherstellungsauftrag. Ferner stellt sich die Frage, wie man Behandler in die Regionen bekommt, in denen ein größerer Bedarf besteht. Gerade hierfür ist die Bedarfsplanung wichtig. Um flexibler zu werden, muss man evtl. auch über zeitlich befristete Zulassungen nachdenken. Dies ist übrigens ein Problem, das sich über alle niedergelassenen Arztgruppen erstreckt. Solange man eine weitere Zulassung in eigentlich überversorgten Gebieten ermöglicht, wird man keine Behandler in Regionen mit höherem Bedarf bekommen. Im Übrigen ist eine Tätigkeit in einer stark überversorgten Region gerade für den Behandler schwierig.

Reformvorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Gerade für psychisch kranke Menschen ist es eine besonders schwierige Situation, wenn es nur auf umständlichem Wege möglich ist, in persönlichen Kontakt mit einem Psychotherapeuten zu treten. Das hat natürlich etwas damit zu tun, dass die Praxen von Psychotherapeuten anders organisiert sind, als beispielsweise eine große hausärztliche Praxis. So verfügt die psychotherapeutische Praxis in der Regel über kein Pendant zur Medizinischen Fachangestellten, die die Terminkoordination übernimmt. Vielfach wird hier mit Anrufbeantwortern und einem Patientenpool gearbeitet. Dies ist besonders problematisch, wenn es um die Anschlussbehandlung von stationären Patienten geht und der Patient sich von Anrufbeantworter zu Anrufbeantworter telefonieren muss. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht hier kein Ressourcenproblem, sondern vielmehr die Notwendigkeit, den Zugang zur ambulanten Behandlung anders zu organisieren. Vor diesem Hintergrund hat die GKV Reformvorschläge unterbreitet.¹ Insbesondere geht es hierbei um eine telefonische Terminsprechstunde sowie echte Sprechstunden, also eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags mit einer klaren Mindestanzahl von anzubietenden Sprechstunden. Dies ist im fachärztlichen Bereich Standard und sollte auch im psychotherapeutischen Bereich im Sinne der Patienten sichergestellt werden. Ferner müssen die Möglichkeiten der Gruppentherapie voll ausgeschöpft werden. Insbesondere ein schneller Zugang zur Kurzzeittherapie ist notwendig. Hier wäre für die Krankenkassen sehr viel vorstellbar, bspw. auch ein direkter Zugang zur Behandlung ohne Genehmigung nur mit der Versichertenkarte.

Das für den ambulanten Bereich zentrale Gesetzgebungsverfahren dieser Legislaturperiode war das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG).² Es enthielt eine ganze Reihe von Regelungen, die auch die psychotherapeutische Behandlung betreffen. Zu nennen sind hier der Auftrag zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Psychotherapeutische Sprechstunde, die Förderung der Gruppentherapie, die Weiterentwicklung der Regelungen zur Niederlassung/Bedarfsplanung, Terminservicestellen und das Entlassmanagement. Letzteres

1 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf

2 [http://www.bgb1.de/xaver/bgb1/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB1&jumpTo=bgb115s1211.pdf#__bgb1__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgb115s1211.pdf%27\]__1479732237815](http://www.bgb1.de/xaver/bgb1/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB1&jumpTo=bgb115s1211.pdf#__bgb1__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgb115s1211.pdf%27]__1479732237815)

wird zum 01.07.2017 umgesetzt werden und erscheint für psychisch kranke Menschen beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sehr sinnvoll. Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf das Entlassmanagement, auf das sie zum Beginn ihrer stationären Versorgung hingewiesen werden. Krankenhäuser dürfen im Rahmen des Entlassmanagements jetzt in umfangreicherem Maße verordnen. Verordnet werden können Arzneimittel für die nächsten sieben Tage bzw. in der kleinsten verfügbaren Packungsgröße sowie Soziotherapie. Auch wenn der Anspruch des Versicherten zunächst gegenüber dem Krankenhaus besteht, werden sich die Krankenkassen hier unterstützend einbringen.

Im Juni dieses Jahres wurde die auf Grundlage des GKV-VSG Auftrages überarbeitete Psychotherapierichtlinie verabschiedet.³ Sie enthält ein ganzes Maßnahmenbündel, das helfen wird, psychisch kranke Menschen schneller in die Behandlung zu bringen. So soll die psychotherapeutische Sprechstunde zeitnah einen niedrigschwelligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten Versorgung ermöglichen. Sie dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine Abklärung statt. Ebenfalls neu ist die psychotherapeutische Akutbehandlung. Hierbei handelt es sich um eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde, zur Vermeidung von Chronifizierungen. Ziel ist es, Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln von akuter psychischer Symptomatik zu entlasten. Sie dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und erarbeiteten Ziele, eine weitere Behandlung, mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden, durchzuführen. Hierfür wurde das Instrument der Rezidivprophylaxe geschaffen. Hierbei soll über eine niederfrequente therapeutische Arbeit eine Stabilisierung der Patientin oder des Patienten erfolgen und wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abfangen werden. Insgesamt handelt es sich um vielversprechende Maßnahmen, die jetzt ihre Wirkung entfalten müssen.

Seit Anfang November 2016 liegen erste Eckpunkte des BMG zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vor, die

3 <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2634/>

allerdings in den entscheidenden Punkten noch vage sind. Die gesetzliche Krankenversicherung hat vor dem Hintergrund der starken inhaltlichen Ausdifferenzierung, die die universitäre Ausbildung durch den Bologna-prozess erfahren hat, Vorschläge für eine Ausbildungsreform unterbreitet.⁴ Mit dem Papier soll dargestellt werden, was aus Sicht der GKV für die Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung notwendig ist. Kernpunkt des Papiers ist die Sicherstellung einheitlicher Ausbildungsstandards an allen Universitäten. Vorgeschlagen wird ein Bachelor(grund)studium gefolgt von einem 1. und 2. Staatsexamen. Damit soll eine Flexibilisierung erreicht werden, die es Studierenden ermöglicht, sich auch noch nach dem Bachelor umorientieren zu können. Ferner scheint es wichtig, auch weiterhin den Zugang über ein Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik zu ermöglichen. Danach sieht es momentan jedoch nicht aus: Es soll ein exklusiver Studiengang Psychotherapie entwickelt werden. Im Kontext mit der Ausbildungsreform tauchen auch immer wieder Forderungen nach einer von der GKV finanzierten Weiterbildungsförderung auf. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die momentane Situation für die in Ausbildung befindlichen Psychotherapeuten schwierig ist. Es ist nach wie vor meist so, dass hier keine Vergütung erfolgt, sondern sogar noch für die Ausbildung gezahlt werden muss. Dies ist insofern unverständlich, da ja durch die Krankenkassen vor Ort eine Vergütung an die Ausbildungsinstitute erfolgt. Von dieser Vergütung sollte es eigentlich möglich sein, ein Referendariatsgehalt zu finanzieren. Bei der Diskussion um eine Weiterbildungsförderung muss man sich vergegenwärtigen, warum diese bei Hausärzten und grundversorgenden Fachärzten erfolgt. Im Gegensatz zu den Psychotherapeuten existiert hier ein tatsächliches Nachwuchsproblem. Bei den Psychotherapeuten hingegen muss man von einer weitgehenden Überversorgung sprechen. Hinzu kommt, dass pro Jahr ca. 1.000 Psychotherapeuten mehr ausgebildet als von der GKV benötigt werden. Eine Weiterbildungsförderung durch die GKV scheidet daher aus. Sie würde sich kontraproduktiv auf die Förderung der Bereiche mit echten Nachwuchsproblemen auswirken.

4 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Reform_Psychotherapie-Ausbildung_barrierefrei.pdf

Stationärer Bereich

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) biegt das für den stationären Bereich wesentliche Gesetzgebungsverfahren gerade auf seiner Zielgeraden ein.⁵ Am 09.11.2016 erfolgt die abschließende Beratung im Gesundheitsausschuss, die zweite und dritte Lesung sind für den 10.11.2016 vorgesehen. Nach dem zweiten Durchgang im Bundesrat am 25.11.2016 soll das Gesetz in seinen wesentlichen Teilen am 01.01.2017 in Kraft treten. Für die Versorgung psychisch kranker Menschen sind die im Gesetz neu geregelten Themen Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung, sektorenübergreifende Behandlung fördern, Transparenz verbessern und Leistungsorientierung der Vergütung verbessern am bedeutsamsten.

Beim Versorgungsmanagement geht es natürlich auch um die Sicherstellung der Versorgungsqualität. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf tritt jetzt allerdings an die Stelle eines leistungsorientierten pauschalierenden Entgeltsystems als relevantes Finanzierungsinstrument die Budgetfestsetzung. Gleichzeitig bleiben die Detailregelungen vage. So ist nicht die Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu erhöhen, was ja immerhin das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel war. Damit wird auch in Zukunft nicht erkennbar sein, welche Therapien mit welchem Erfolg eingesetzt werden. Aus versorgungspolitischer Sicht ist dies hochproblematisch, wenn man bspw. an den teilweise riskanten Einsatz von Psychopharmaka denkt. Das PsychVVG zielt auf den sukzessiven Abbau des Prozedurenkatalogs (OPS). Argumentiert wird hier mit einer Reduzierung des Dokumentationsaufwandes. Hier wäre ein klares Signal für medizinisch gehaltvoller ausgestaltete OPS nötig.⁶ Nur so wird man zu mehr Leistungstransparenz kommen, die für die Qualitätssicherung notwendig ist.

Der § 136 a SGB V wird dahingehend verändert, dass der G-BA nun verbindliche Mindestanforderungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen in Psychiatrie und Psychosomatik, mit dem für die Behandlung

5 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/102/1810289.pdf>

6 In der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundestages vom 09.11.2016 wurde auf diese Kritik eingegangen. Für die Weiterentwicklung des Prozedurenschlüssels sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene jetzt für die Erfassung von Aufwandsunterschieden für die in hochwertigen Leitlinien empfohlenen psychiatrischen und psychosomatischen Maßnahmen Vorschläge zur Beschreibung der Leistungen machen.

erforderlichen Personal, bestimmen soll und diese bis zum 30.09.2019 mit Wirkung zum 01.01.2020 zu beschließen hat. Die Mindestangaben sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Von 2017 bis 2019 erfolgt ein Nachweis des Personaleinsatzes lediglich gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Ab 2020 werden diese Informationen auch den Verhandlungspartnern vor Ort zur Verfügung gestellt. Der Nachweis des zweckentsprechenden Einsatzes der Personalmittel ist sehr zu begrüßen. Durch den Nachweis kann erstmals eine weitreichende Transparenz zur Umsetzung der nach Vorgabe der Psych-PV vereinbarten Stellenbesetzung erreicht werden. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum die Krankenhäuser den Nachweis bis 2019 nur gegenüber dem InEK und nicht auch gegenüber den Vertragsparteien zu führen haben. Der Nachweis gegenüber den Vertragspartnern ist aus Sicht der Krankenkassen zwingend notwendig, für ein Mindestmaß an Transparenz und eine Verbesserung der personellen Ausstattung in der psychiatrischen Versorgung. Wenn die Krankenkassen zur Vereinbarung zusätzlicher Mittel zur Umsetzung von Personalvorgaben verpflichtet werden, muss auch ein entsprechender Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch die Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern erfolgen. Es ist nicht im Sinne der Behandlungsqualität, wenn Personal zwar finanziert wird, aber die Mittel gar nicht oder nur mittelbar in der Patientenversorgung verwendet werden.⁷

Ferner fehlt es an einer unmissverständlichen gesetzlichen Regelung zur Überprüfung der Personalausstattung. In Hessen hat man sehr gute Erfahrungen mit einer Evaluation der Psych-PV im Rahmen einer erweiterten Strukturprüfung gemacht. So konnte bei der Personalausstattung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Steigerung von 85 % im Jahr 2007 auf 96 % im Jahr 2014 erzielt werden. Eine solche erweiterte Strukturprüfung mit einem Dialogverfahren ist im Sinne einer Qualitätssicherungsmaßnahme zu verstehen, die in allen Krankenhäusern sicherstellen soll, dass das Personal auch dort ankommt, wo es gebraucht wird, nämlich beim Patienten. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen und bei dauerhaftem Personalmangel müssen Budget und Leistungsvolumen angepasst werden. Wenn Strukturvorgaben von einem Krankenhaus nicht

7 In der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Bundestages vom 09.11.2016 wurde diese Kritik aufgenommen. Der Personalnachweis ist jetzt bereits in den Jahren 2017 bis 2019 den Kostenträgern vorzulegen.

erfüllt werden, dürfen die Leistungen, ggf. in den geplanten Mengen, aus Patientenschutzgründen nicht erbracht werden.

Die Bereitstellung ausreichender Personalkapazitäten ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherstellung einer guten Behandlungsqualität. In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder die Frage nach der Höhe der hierfür notwendigen Finanzmittel gestellt. Zur Frage denkbarer Sanktionen ist anzumerken, dass es den Krankenkassen gar nicht darum geht Geld zurückzufordern oder sparen zu wollen. Niemand wünscht sich Einsparungen zum Preis einer schlechteren Versorgung. In den vergangenen Jahren sind umfangreich zusätzlichen Mittel bereitgestellt worden. Dies erfolgte über die Nachverhandlungsmöglichkeiten der Psych-PV, über die doppelte Obergrenze für Optionshäuser und über eine Obergrenze, die sich an der höheren Grundlohnrate und nicht an den Kostensteigerungen orientiert. Aufgrund mangelnder Transparenz und auch fehlender Sanktionen sind diese Mittel aber nicht ausreichend in Personal umgesetzt worden. Nicht die Finanzierung der Psych-PV-Stellen durch die Kostenträger ist das Problem, sondern die Umsetzung. Die Einschätzung einer angemessenen Finanzierung der psychiatrischen Versorgung bestätigen auch die Ergebnisse des aktuellen Krankenhaus Rating Reports. Es wird auch immer wieder diskutiert, ob es nicht notwendig sei, die durch Tarifabschlüsse entstehenden Personalkosten 1:1 aus Mitteln der Beitragszahler zu finanzieren. Hierzu muss man klar sagen, in einem Finanzierungssystem wie dem Bestehenden ohne Selbstkostendeckung können nur die Durchschnittswerte der Tarifabschlüsse refinanziert werden. Wer hier eine andere Position einnimmt, dem muss gleichzeitig klar sein, welche Auswirkungen dies auf Effizienz und Kostenentwicklung hätte. Diese Forderung mit einer prekären Finanzierungssituation zu begründen, steht im Widerspruch zur realen Ertragssituation im Rating Report. Immer wieder wird argumentiert, dass die Tarifsteigerungen nur zu 40 % von den Krankenkassen finanziert werden. Dies ist inhaltlich falsch. Nur eine Tarifentwicklung über der Obergrenze aus dem höheren Wert von Kostensteigerungen oder Grundlohnrate wird entsprechend anteilig zur Hälfte finanziert. Die vom Statistischen Bundesamt spezifisch für die Krankenhäuser bestimmten tatsächlichen Personalkostensteigerungen liegen in den vergangenen Jahren mit 1,89 % bis 2,65 % deutlich unter den immer wieder genannten Kostensteigerungen von 4 % bis 5 %. Ein grundsätzliches Finanzierungsproblem für Tarifkostensteigerungen ist aus Sicht der GKV daher nicht erkennbar.

Eine interessante Neuerung stellt der neu geschaffene § 115 d SGB V dar, der es psychiatrischen Krankenhäusern erlaubt, anstelle einer vollstationären

Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zu erbringen. Das Nähere sollen die Selbstverwaltungspartner in einer Vereinbarung bis zum 30.06.2017 festlegen. Im Benehmen mit den zuständigen Fachgesellschaften soll eine Verständigung auf eine Leistungsbeschreibung erfolgen, damit diese in Prozedurenschlüssel überführt und vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) für das Systemjahr 2018 eingeführt werden können. Ferner sollen die Selbstverwaltungspartner bis zum 31.12.2021 dem BMG über die Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung berichten. Anschließend soll geprüft werden, ob und in welcher Form beispielsweise Netzwerke ambulanter Leistungserbringer nach § 115 d SGB V tätig werden können. Grundsätzlich ist eine Weiterentwicklung hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen, mit dem Ziel größere Wohnortnähe, zu begrüßen. Es erscheint wichtig, die historisch gewachsene Sektorentrennung der Behandlungssettings zu überwinden und die Behandlung stärker am Bedarf des Patienten zu orientieren. Allerdings fehlt momentan noch die Verknüpfung des neuen Konzeptes mit bereits bestehenden Angeboten zu einem sinnvollen Gesamtkonzept. Ferner ergeben sich Abgrenzungsschwierigkeiten zu Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Es ergeben sich Fragen der praktischen Umsetzung: Wie werden die Personalressourcen des Krankenhauses verteilt? Wenn Personal auf dem Weg zum Patienten oder wieder zurück ist, kann es schließlich am Krankenhausstandort keine Leistungen erbringen. Die in der Gesetzesbegründung anfangs zu findende Argumentation, dass die stationsäquivalente Versorgung die Krankenhausversorgung auf Grund eines theoretisch möglichen Bettenabbaus günstiger wird, erscheint nicht realistisch und wurde zwischenzeitlich auch gestrichen. Tatsächlich ist von einem erheblich höheren Personalaufwand auszugehen. Gleichzeitig ist auch klar, dass ein stationsäquivalentes Angebot, d.h. die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team an sieben Tagen der Woche für jeweils 24 Stunden in der gleichen Komplexität wie der stationären Behandlung aus den vorhandenen Klinikressourcen dezentral in der Fläche nicht vorgehalten werden kann. Hinzu kommen ggf. auch haftungsrechtliche Fragen. Die ebenfalls skizzierte Möglichkeit, ambulante Leistungserbringer durch das Krankenhaus zu beauftragen, erscheint noch nicht ganz schlüssig. Hier könnte doch die Behandlung eigentlich unmittelbar vom entsprechenden Leistungserbringer erbracht werden. Es stellt sich insbesondere die Frage, wie man die geeigneten Fälle identifiziert. Auch die Auswirkungen auf die laufenden und geplanten Modellvorhaben nach § 64 b SGB V müs-

sen geprüft werden. Es ist durchaus vorstellbar, dass eine Beteiligung für Krankenhäuser nicht mehr attraktiv ist, sondern eher das neue freiwillige Leistungsportfolio genutzt werden wird.

Fazit

Der Gesetzgeber hat diverse Maßnahmen in dieser Legislaturperiode zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen angestoßen, die teilweise auch bereits umgesetzt wurden. Im Bereich der ambulanten Versorgung erscheinen sie durchaus vielversprechend. Die GKV setzt sich für einen zeitnahen Zugang psychisch kranker Menschen zu einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Versorgung ein. Dass die GKV hierbei keinesfalls nur aus der Kostenperspektive arbeitet, belegen ihre Reformvorschläge. Über allem steht der zeitnahe Zugang zu einer angemessenen und zeitnahen Versorgung von psychisch kranken Menschen. Die GKV wartet hier nicht nur gesetzgeberische Maßnahmen ab, sondern legt frühzeitig eigene Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation vor. Vor dem Hintergrund der enormen Steigerungen der Zulassungszahlen bei den Psychotherapeuten und trotzdem noch bestehender Wartezeiten kann die Lösung nicht in einem ständigen »mehr, mehr, mehr« bei den Zulassungen liegen. Es liegt auf der Hand, dass hier auch neue Wege in der Versorgung gegangen werden müssen. Mit der Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie wurden vielversprechende Vereinbarungen getroffen, insbesondere zur psychotherapeutischen Sprechstunde, die jetzt ihre Wirkung entfalten müssen.

Im stationären Bereich mit dem PsychVVG kann hingegen nur von einem Schritt in die richtige Richtung gesprochen werden. Im Sinne der Patienten muss es darum gehen, dass die guten Personalvorgaben auch verbindlich umgesetzt werden und so beim Patienten ankommen. Die GKV wünscht sich insbesondere mehr Transparenz über die Leistungserbringung, damit auf dieser Grundlage eine geeignete Qualitätssicherung erfolgen kann. Der neue Ansatz der stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld ist aus Patientensicht sicherlich zu begrüßen, bedarf aber der Präzisierung und einer Verknüpfung mit bestehenden Angeboten zu einem Gesamtkonzept.

PsychVVG und die Perspektiven

Heinrich Kunze, Renate Schepker, Dieter Grupp, Andreas Heinz,
Sebastian von Peter

Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung

Am 9./10. November – zeitlich unmittelbar nach der APK-Tagung – wurde das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)« im Deutschen Bundestag verabschiedet. Das PsychVVG ändert verschiedene, für Krankenhausbehandlung zuständige Gesetze: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), Bundespflegesatzverordnung (BPflV), Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Sozialgesetzbuch (SGB) V, Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) und wird deshalb als »Artikel-Gesetz« bezeichnet.

Im Titel des Gesetzes steht programmatisch die »Weiterentwicklung der Versorgung« vor dem »Finanzierungssystem«. Es geht um eine grundlegende Änderung der Entwicklungsrichtung: die Rückkehr zu – und die Weiterentwicklung von – krankenhausindividuellen Budgets, um die Möglichkeiten zur Patientenorientierung zu verbessern. PEPP (Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik) wird den Erfordernissen des Budgetsystems angepasst und dient der Budgetfindung und Abrechnung.

Mit dem Gesetz wird eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung unterstützt. Die *Patientenorientierung* kann durch eine neu aufgenommene Flexibilisierung des Settings weiter verbessert werden: individuell passgenau behandeln, nach Leitlinien und Evidenz. Aus Sicht der APK wird damit möglich, mehr als bisher vom Erleiden der Krankheit, dem Krankheitsverständnis und den Zielen des einzelnen Patienten auszugehen, subjektive Erfahrungen zu berücksichtigen, flexibel und verantwortlich abwartend, Teilhabe-orientiert und nachhaltig vorzugehen, Behandlung wird mit dem Patienten verhandelt. Aufwand: so wenig wie möglich – aber so viel wie nötig. (AKTION PSYCHISCH KRANKE 2013)

Die wichtigen Punkte des PsychVVG für die Neuausrichtung:

1. Strukturqualität des therapeutischen Personals: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).
2. Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort berücksichtigt die Mindestvorgaben therapeutisches Personal sowie regionale und strukturelle Besonderheiten.

3. Hausindividuelles Budget und hausindividuelle Basis-Entgeltwerte für bundeseinheitliche Leistungsformen: Vom PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen.
4. Qualitätsziel: Individuell passgenaue Behandlung.
5. Neu: stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (»Home Treatment«).
6. Krankenhausvergleich zur Orientierung in der örtlichen Budgetverhandlung, statt schematische PEPP-Konvergenz mit direkter Auswirkung auf die Budgethöhe.
7. Auftrag: Minderung des Dokumentations- und Misstrauensaufwands: Gestaltung der Dokumentation am neuen Zweck der Budgetsteuerung ausrichten.

Zum Schluss – und was wird in fünf Jahren sein?

Das PsychVVG gibt allgemeine Ziele vor und erteilt Aufträge.

Die Wirkung dieses Gesetzes hängt davon ab, dass die konkrete Umsetzung der verschiedenen Aufträge im »lernenden System« zum PsychVVG – bei der Selbstverwaltung, dem G-BA, beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) – sowie die konkreten Budgetverhandlungen vor Ort an den Zielen des Gesetzes ausgerichtet werden.

Was hätte PEPP bewirkt?

Das *PEPP-System* war bisher bettenzentriert und innovationsfeindlich, ohne sektorenübergreifende Perspektive.

PEPP errechnete Mittelwerte des Ressourcenverbrauchs für unterschiedliche Patientengruppen mit ähnlichem therapeutischem Aufwand. Damit wäre das defizitäre IST faktisch zur Norm geworden. Der Treppeneffekt abwärts durch die Mittelwerte wäre durch die regelhafte Unterfinanzierung der Kostensteigerungen im Personalbereich verstärkt worden.

Die Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung vom PEPP zurück zum Budgetsystem mit regionaler Versorgungspflicht ging und geht auch die Betroffenen an: die Patienten und ihre Angehörigen, sowie die Kooperationspartner in der regionalen Versorgung, weil Fehlanreize das Selbstverständnis der Kliniken schon in der Übungsphase zu PEPP beeinflussten. Diese gilt es jetzt zugunsten einer neuen Patientenorientierung zu überwinden.

Kliniktherapeuten und MDK-Ärzte (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung), die an qualifizierter Behandlung von Patienten interessiert sind, brauchen künftig, wenn die Dokumentation entsprechend gekürzt wird, nicht mehr den Fehlanreizen und dem bürokratischen Dokumenta-

tionsaufwand von PEPP-Prüfungen bei der Abrechnung nachspüren, sie werden nicht mehr in die innere, ggf. auch die externe Emigration getrieben (KUNZE 2015, Kapitel 3).

1.) Strukturqualität des therapeutischen Personals:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Der bisher rein empirische PEPP-Ansatz wird zu einem empirisch-normativen Vorgehen verändert.

Die Politik will mit einem pauschalierenden Finanzierungssystem auch eine bedarfsnotwendige Personalausstattung einführen – zur Ablösung der veralteten Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV):

- Der Auftrag an den G-BA wurde im Gesetz präzisiert: Während die bisher sibyllinische Formulierung »(...) Richtlinien (als) Empfehlungen« in ihrer Durchsetzungskraft auf die Ebene des Krankenhausbudgets unklar blieb, soll ab 2020 gelten: »(...) Richtlinien (...) verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (...)«. (§ 136 a, Abs. 2 SGB V). Für die Finanzierung dieser Personalstellen ist maßgeblich BPfV § 3, Absatz 3: Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags »sind insbesondere zu berücksichtigen: (...) 5. Die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (...) festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal«.
- Vor 2020 »soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen« (§ 17 d, Abs. 1, Satz 9). Mit Vorgaben für notwendige Therapeutenstellen, die in den Pflegesatzverhandlungen vereinbart aber nicht ausreichend finanziert werden, gab es leidvolle Erfahrungen seit 1996. So wurden in der Evaluation der Psych-PV (APK 2007) die Auswirkungen der so genannten »Realgehälter-Schere« besonders deutlich. Bei vereinbarten »medizinisch leistungsgerechten Budgets« war die Zahl der finanzierbaren, d. h. anwesenden Stelleninhaber systematisch gesunken, mit einer großen Streubreite über einzelne Krankenhäuser.

Die Psych-PV ist als Verordnung ebenso verbindlich wie die »Straßenverkehrsverordnung (StVO)«, aber man stelle sich vor, der ADAC und die Polizei einigen sich vor Ort, Geschwindigkeitsbegrenzungen nicht anzuwenden!

Der Kritik des Bundesrates folgend, soll nun schon 2017 bis 2019 die Erfüllung der Vorgaben der Psych-PV verbindlich werden (Deutscher Bundestag Drucksache 18/10289 [neu]). Mit dem vom Bundestag verabschiedeten Gesetz wurde eine Verknüpfung der als notwendig vereinbarten therapeutischen Vollkräfte mit den dafür *notwendigen Kosten* als Vorgabe für die örtlich gestärkten Budgetverhandlungen eingeführt – nicht nur für die Kalkulationshäuser. Bei Nachweis der jahresdurchschnittlichen Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben (2016) »ist der Gesamtbetrag nach § 3 Absatz 2 für die Jahre 2017 bis 2019 in Höhe der entstehenden *Kosten* für zusätzlich zu besetzende Stellen (...) zu erhöhen (...) Eine Rückzahlung ist nicht vorzunehmen, wenn (...) »die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden.« (BPfV § 18, Absatz 2 und 3 neu) Dazu heißt es in § 3 Absatz 3 BPfV: »Sofern (...) eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist«. Dies ist kein Automatismus, wird aber zu schwierigen Budgetverhandlungen führen, bis zur Schiedsstelle (BPfV § 13).

Das Problem der unzureichenden Finanzierung von Investitionen durch die Länder wird damit nicht entschärft – im Gegenteil ergibt sich eine verschärfte Verpflichtung daraus, dass nun erstmalig im Gesetz von einer »zweckgebundenen Verwendung der Mittel« (für Personal) die Rede ist. Wenn die Krankenhäuser Mittel aus dem Stelltopf für Investitionen nicht mehr abzweigen dürfen, wird der Investitionsstau in der Psychiatrie dramatisch ansteigen, sofern die Länder hier nicht entsprechend ihrer Pflicht nachkommen.

2.) Budgetfindung und Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort berücksichtigt die Mindestvorgaben therapeutisches Personal sowie regionale und strukturelle Besonderheiten

In die Budgetfindung gehen insbesondere ein:

- a. PEPP – nach dem bundeseinheitlich kalkulierten Leistungskatalog »auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität« (amtliche Begründung II.5)
- b. Nachholbedarf zu 100 % Psych-PV, ab 2020 entsprechend den verbindlichen Vorgaben des G-BA (siehe oben).
- c. Nicht nur Leistungsveränderungen nach Landesplanung, sondern allgemein »Veränderungen (...) der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich *regionaler oder struktureller Besonderheiten* in der Leistungserbringung« (§ 3, Absatz 3 BPfV).

(c) und (b) sind besonders wichtig für Kliniken mit *regionaler Versorgungsverpflichtung*, für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene, sowie mit dezentralen wohnortnahen Strukturen und sozialen Problembezirken. Nach § 13 BPflV sind diese Streitpunkte schiedsstellenfähig.

Der vereinbarte *Gesamtbetrag* wird aufgeteilt in

1. das *Erlösbudget* aus den bundesweiten Entgelten des Katalogs,
2. die *Erlössumme* aus hausindividuellen Entgelten für Besonderheiten (§ 3, Absatz 3, Satz 9).

Diese beiden Kennzahlen sind der Kern des »Leistungsbezogenen Vergleichs« (§ 4 BPflV – siehe unten 4.).

3.) Hausindividuelles Budget und hausindividuelle Basis-Entgeltwerte für bundeseinheitliche Leistungsformen: Vom PEPP-Torso zum Gesamtkonzept der Krankenhausleistungen

Das bisherige PEPP-Konzept wird mit dem PsychVVG »verbindlich für alle Krankenhäuser (...) zum 1. Januar 2018 eingeführt (...), bis 2019 budgetneutral (...). Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag« nach der BPflV anzupassen. (§ 17d, Abs. 4 neu KHG)

Gleichzeitig mit dieser Einführung sind erhebliche Veränderungen umzusetzen:

1.) Der Auftrag in KHG § 17 d, Abs. 1, Satz 4 geändert: »Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.« (Hervorhebung von Autoren)

2.) Die Definition von Krankenhausbehandlung wird erweitert:

»Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht«. So steht es im SGB V § 39, Absatz 1. Daraus könnte man schließen, gemeint ist Krankenhausbehandlung generell. Doch im Satz 4 und 5 kommt die einengende Konkretisierung: »Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztliche geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.«

Siehe auch § 115 d (neu): »Stationsäquivalente Behandlung«. Dieser § ermöglicht dem Krankenhaus auch, »an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer (...)« einzubeziehen.

Das sind z. T. seit 2009 verschleppte Anforderungen. Bemerkenswert ist: der Einsatzzweck »Budgetsystem« wird genannt, die Abrechnung aber nicht, die Begrenzung des Dokumentationsaufwands war schon 2009 im Gesetz.

Die Bedeutungserweiterung des Begriffs »stationär« im § 39 SGB V nimmt die in der Psychiatrie schon eingetretene Entwicklung der Krankenhaus-Versorgung auf. »Stationär« ist der Oberbegriff für die verschiedenen Formen von Krankenhausbehandlung. So gilt folgerichtig der Richtlinienauftrag in Absatz 2 von § 136 a (SGB V) bereits für »die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung«.

Im § 136 c SGB V wurde »stationär« bei »einrichtungsübergreifender stationärer Qualitätssicherung« gestrichen.

Bisher ist die neue Behandlungsform nur als Äquivalent für vollstationäre Behandlung vorgesehen (§ 115 b SGB V). Im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der amtlichen Klassifikation, waren aber schon seit einigen Jahren flexiblere Formen der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld unter begrenzten Umständen vorgesehen:

Für Modellvorhaben nach § 64 b (SGB V) geltende Zusatzkodes sind die OPS 9-644 für Erwachsene: »stationärsersetzend« (ganztägiges und halbtägiges Home Treatment) und »halbtägig tagesklinisch«. Die Einschränkung auf Modelle soll offensichtlich nicht aufgehoben werden solange Modelle weiterlaufen, obwohl am Anfang von Kapitel 9 (OPS Version 2016) der für alle Erwachsenen-OPS geltende »Hinweis« steht: »Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten.«

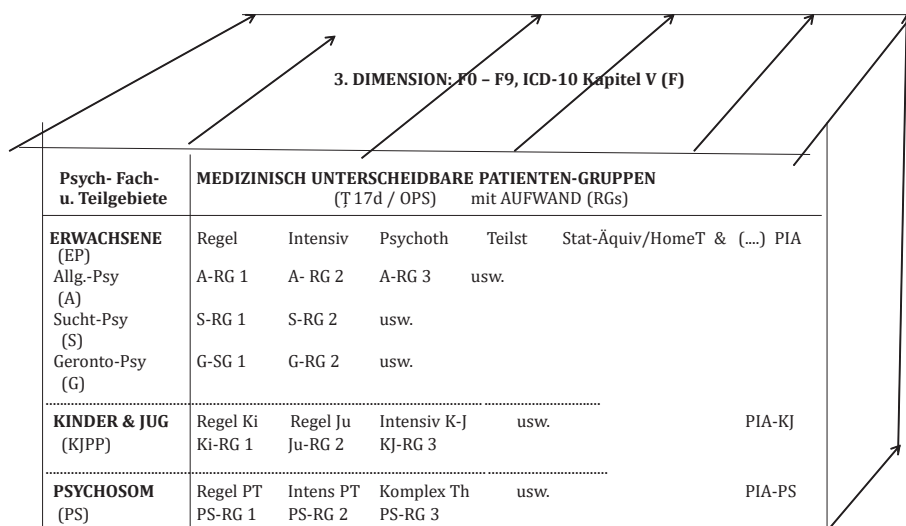
Hier ist darauf zu hoffen, dass die verpflichtende Evaluation der Modellvorhaben als Konsequenz zu einer zusätzlichen Erweiterung für alle führt.

Eine auf »stationär« begrenzte BPfV hat es überdies trotz der Definition in § 39 SGBV schwer, ein Krankenhaus-Gesamtbudget inklusiv Institutsambulanz zu bilden. Die Bundesregierung »prüfte« den Vorschlag der Bundesländer, den »stationären Gesamtbetrag« und die Vergütung der Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz zusammenzufassen als »Behandlungsbudget«, was aber nicht in das PsychVG aufgenommen wurde. (Siehe Deutscher Bundestag 28.09.2016, Drucksache 18/9837)

Das bisherige Konzept der sektoral separierten Falltypen führt somit weiterhin zu einem aufwändigen administrativen Dschungel, der mit jeder weiteren Differenzierung von Behandlungsformen weiter eskalieren könnte (siehe Gedankenexperiment am Schluss dieses Abschnitts).

Doch ermöglicht das Konzept der Relativgewichte (RG) die Entwicklung von *sektorenübergreifenden* Fallkonzepten und Kennzahlen zur sinnvollen Leistungsorientierung und Transparenz.

Es fehlt ein vollständiger Katalog von Bewertungsrelationen mit vereinfachter Beschreibung der Leistungsformen, auch der innovativen Behandlungsformen. Da die Ausarbeitung, Einführung und Überprüfung neuer Leistungsbeschreibungen zwei Jahre in Anspruch nimmt, ist hier eine Entschleunigung der Einführung bereits vorbestimmt.



3. DIMENSION: F0 – F9, ICD-10 Kapitel V (F)

Psych- Fach- u. Teilgebiete	MEDIZINISCH UNTERSCHIEDBARE PATIENTEN-GRUPPEN					
	(T 17d / OPS)			mit AUFWAND (RGs)		
ERWACHSENE (EP)	Regel	Intensiv	Psychoth	Teilst	Stat-Äquiv/HomeT	(& (...) PIA
Allg.-Psy (A)	A-RG 1	A- RG 2	A-RG 3	usw.		
Sucht-Psy (S)	S-RG 1	S-RG 2	usw.			
Geronto-Psy (G)	G-SG 1	G-RG 2	usw.			
KINDER & JUG (KJPP)	Regel Ki Ki-RG 1	Regel Ju Ju-RG 2	Intensiv K-J KJ-RG 3	usw.		PIA-KJ
PSYCHOSOM (PS)	Regel PT PS-RG 1	Intens PT PS-RG 2	Komplex Th PS-RG 3	usw.		PIA-PS

Abb.1: Systematik der Leistungskomplexe und Aufwände als Relativgewichte (RGs)

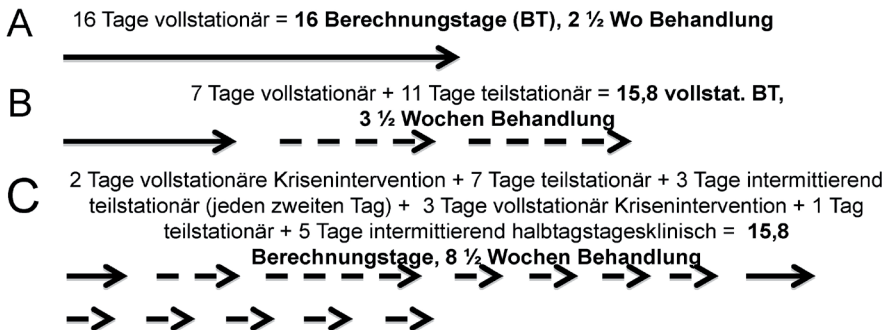
Diese Systematik ist ein Entwurf zur *Entwicklung* eines *vollständigen Katalogs der Leistungsformen* von Krankenhausbehandlungen. Als Vorgabe ist der Auftrag (im KHG § 17 d, Abs. 1 siehe Kasten oben) zu beachten. Also muss ein vollständiger Katalog den Differenzierungsgrad der bisherigen PEPP deutlich reduzieren.

4. Qualitätsziel: Individuell passgenaue Behandlung

Die beiden folgenden Abbildungen sind Beispiele für *individuell flexibilisierte Behandlungsverläufe*, bei der Annahme von vergleichbarem Behandlungsaufwand pro Patient.

Die Zeilen A, B und C stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen. Die Behandlungsprozesse kann man auch in der andern Richtung lesen: mit Psychiatrischer Instituts Ambulanz (PIA) oder ½ Tag pro Woche beginnen, und die »institutionelle Dosis« erhöhen, wenn notwendig.

Es geht nicht darum, was immer, überall und für alle das einzig richtige sein soll, sondern um die Ausweitung der Möglichkeiten zu individuell passgenauen Behandlungen.



**Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?**

(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

Abb. 2: Flexibilisierung von Behandlungsverläufen am Beispiel:
Borderline-Persönlichkeitsstörung

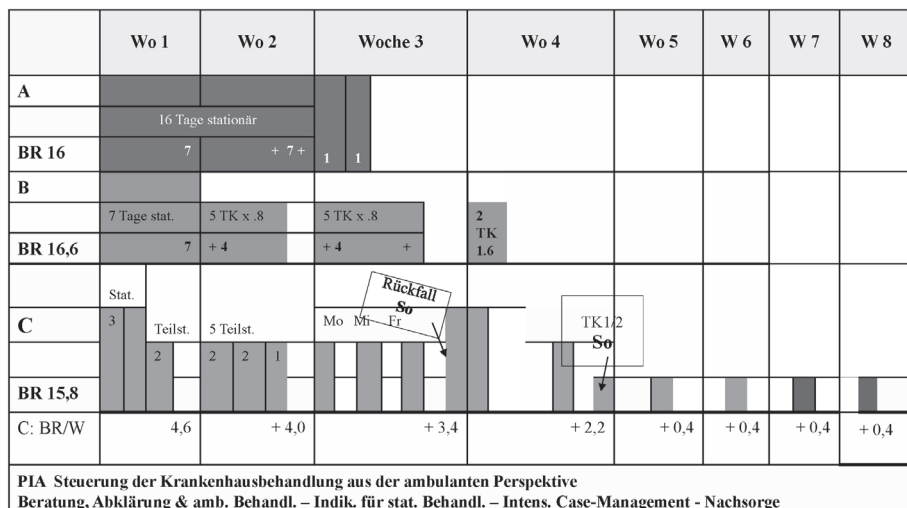


Abb. 3: Flexibilisierung z.B. Akutbehandlung bei Alkoholerkrankung: Modellrechnung A, B und C, BR = Bewertungsrelationen, entspricht Relativgewichten = RG, kann sektorenübergreifend zusammengefasst werden (aus: Kunze 2015, S. 90, mit freundlicher Genehmigung des Kohlhammer Verlags)

Die bisherigen sektoral separierten Budgets: stationär, teilstationär und ambulant und ihre separate Verfügbarkeit behindern die Flexibilisierung der Behandlung von Personen. Die Umsetzung ist aktuell weiterhin visionär, eine Fallzusammenführung ist nicht einmal voll- und teilstationär möglich. Allerdings entwickelt der AOK Landesverband Hessen die personenbezogene Auswertung der verschiedenen Behandlungsformen.

Die Abbildungen 1 bis 3 zeigen größere Leistungsunterschiede als sie im bisherigen PEPP-System zur Darstellung kommen. Hypothesen:

- Aufwandsstufen pro Tag bzw. pro Woche: Bei gleicher Diagnosegruppe sind die Abstände zwischen flexibilisierten Aufwänden größer als zwischen Aufwänden von vollstationärer Behandlung verschiedener Diagnosegruppen.
- Patientenbezogene Aufwände bei Sektoren übergreifender Krankenhausbehandlung unterscheiden sich nach Diagnosegruppen.
- Diagnosegruppen sind der Zugang vom Aufwand zur Behandlungsqualität.

Ziel ist die »*individuell passgenaue*« Krankenhausbehandlung, sie wird ermöglicht durch die Prozessqualität der flexibilisierten und integrierten Behandlung (siehe Abschnitt 4):

- Dosis: die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant;
- Ort der Krankenhausbehandlung:
 - in der Klinik und durch die Klinik im Lebensfeld (Home Treatment),
 - auch als individualisierter Mix;
- Zeitmuster: auch intermittierende Behandlungsprozesse (Intervalltherapie);
- Kontinuität oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung;
- möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung
(APK-Projekt 2013).

Die individuell passgenaue Behandlung ist die Alternative zur schematischen Degression stationärer PEPPs, die von mathematisch ermittelten stationären Verweildauern abgeleitet wurde.

Struktur-Qualität:	Prozess-Qualität
• Wohnortnähe, Erreichbarkeit • regionale Versorgungspflicht • dafür das notwendige therapeutische Personal • statt elektive Behandlungen • therapeutisches Milieu: offen – geschützt, Räume flexibel nutzbar mit Kontinuität, • statt separate Stationen für „therapeutische Kette“	• Behandlung, wenn dringend jederzeit, flexibel abgestuft • Kontinuität wichtiger Beziehungen durch Verantwortung für Personen sektorenübergreifend – statt „Fälle“ • Integrierte KH-Behandlung individuell flexibilisiert: Dosis, Ort, Zeitmuster • Vernetzt mit externen Diensten der Region

Abb. 4: Psych-PV: Struktur- und Prozessqualität:
Regionale Verantwortung für Personen statt sektorale Fälle

Berufsgruppen Leistungen →	Ärzte	Pflege	Psych. u.a. →	VK Summen
X Betten				VK Summe Therapeuten
Y Plätze TK				VK Summe Therapeuten
Z PIA-Fälle (Quartal)				VK Summe Therapeuten
KLINIK	VK Summe Ärzte	VK Summe Pflege	VK Summe Psych... u.a.	VK Summe KLINIK

Abb. 5: Matrix : Interne Personalbemessung bei integrierter Behandlung

Abb. 4 und 5 zeigen den Weg zur Struktur- und zur Prozessqualität: Regionale Verantwortung für Personen, sowie die Grundstruktur für das interne *Controlling bei sektorenübergreifender Verantwortung für Personen* statt »Fälle«. Abb. 5: Die linke Randspalte und die Kopfzeile können weiter differenziert werden.

5. NEU: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld («Home Treatment«)

In Fachkreisen ist sie schon lange bekannt, weil sie in andern Ländern zur Routine gehört. Das PsychVVG eröffnet mit Änderungen im SGB V §§ 39 und 115 d die Aussicht, dass für und mit den Patienten die Entscheidung für Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld ebenso zugänglich wird wie Behandlung im Krankenhaus. Die erweiterten Möglichkeiten für Soziotherapie im § 37 a tragen auch dazu bei. Damit können die Erfahrungen mit stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld zunehmen.

Diese Änderungen werden als »Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung« von uns ausdrücklich begrüßt. Sie ermöglichen den Kliniken, auch Patienten zu erreichen, die psychiatrische Krankenhausbehandlung in

der bisherigen Form ablehnen, und die sonst unter Umständen gerichtlich eingewiesen werden. Wünschenswert wären weitere Stufen: Dann könnten die Kliniken zugewiesene Patienten, die ambulante fachärztliche Behandlung nicht rechtzeitig oder im notwendigen Umfang finden, differenzierter versorgen. Der zu große Abstand zwischen institutsambulanter und stationärer Behandlung erfordert mittelfristig mehr Zwischenstufen (siehe oben Abb. 1 und 3), damit die Klinik die individuelle Unter- oder Überversorgung – oder die Behandlung am ungeeigneten Ort – vermeiden kann.

Es würde sich anbieten, dafür schon geltende OPS aus den Modellvorhaben als Einstieg und zur Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibung zu verwenden (siehe oben).

Die noch nicht bewerteten RG (abgeleitet aus den OPS mit Zusatzkodes) könnte die örtliche Budgetverhandlung als eine Teilmenge des Gesamtbudgets bewerten.

Wir empfehlen die Zulassung in der Zuständigkeit der gestärkten örtlichen Verhandler, um die schon seit zwei Jahrzehnten vorliegenden, aber sehr begrenzten Erfahrungen in Deutschland zu erweitern und im Krankenhausvergleich auszuwerten, statt der Zulassung eine langwierige bürokratische Vereinbarung vorzuschalten. Schon jetzt die Regelung zum Planbettenabbau vorzusehen (die die Finanzierung von Investition durch das Land noch weiter senken würde), oder einen Vorrang der stationsäquivalenten Behandlung zu verlangen, hätte diese Entwicklung blockiert. Deshalb wurden solche Bedingungen in der Endfassung des Gesetzes nicht berücksichtigt. Die Praxis wird nur langsam in Gang kommen: Es gibt wenig Führungskräfte in den Kliniken, die mit dieser Organisationsform von Komplexbehandlung *durch* das Krankenhaus – »ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten« – praktische Erfahrung haben. Das gilt auch für Patienten und Angehörige.

Es kommt nicht auf einen Vorrang der einen oder anderen Behandlungsform an sondern darauf, die *Wahlmöglichkeiten* von Behandlungsformen für die gemeinsame Behandlungsplanung von Patient und Arzt zu erweitern und damit auch die Akzeptanz von Krankenhausbehandlung verbessern, gerade bei schwer kranken Patienten, die stationäre Behandlung ablehnen.

Die interne Umgestaltung der Krankenhäuser *zur Patienten-orientierten Struktur- und Prozessorganisation* ist die Voraussetzung für sektorenübergreifende Behandlungskontinuität zwischen Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie einschließlich Ärzten und Psychotherapeuten in Praxen, dann macht auch sektorenübergreifende Finanzierung Sinn. Der neue § 115 d (V) bietet einen Einstieg dafür.

Angehörigen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Leistungserbringern der Finanzierungsbereiche Rehabilitation und Eingliederungshilfe sowie Pflegedienste und amtlichen Betreuern muss ermöglicht werden, den Kontakt mit dem Patienten und seinen Therapeuten im Krankenhaus zu halten, auch bei Veränderungen des Behandlungsbedarfs (ambulant bis stationär).

Man könnte ein Gedankenexperiment zur individuell passgenau flexibilisierten Behandlung machen: Wie bürokratisch würde die Abrechnung mit PEPP-Regeln in Verbindung mit den sektoral separierten Falltypen: Fallzusammenführung, Überlieger zum Jahreswechsel, Rechnungsstellung etc.? (RAAB 2015)

6.) Krankenhausvergleich zur Orientierung in der örtlichen Budgetverhandlung, statt schematischer PEPP-Konvergenz mit direkter Auswirkung auf die Budgethöhe

Dieser soll als Transparenzinstrument für die örtlichen Budgetverhandlungen entwickelt werden, »um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen«.

Hierzu sollen die Partner der Selbstverwaltung bis zur Jahresmitte 2017 Vorschläge vorlegen. Für eine Vergleichbarkeit der bisherigen Pflegesätze sind uns wichtig Themen wie: Pflichtversorgung, Notaufnahmekquoten, Stationsgrößen, Bereitschaftsdienst- und Nachtwachenstruktur, hinzu kommen Besonderheiten der Patientenstruktur, die sich aus der Nähe zu einem somatischen Haus ergeben können etc. Allerdings wird das Geschehen in einem psychiatrischen Krankenhaus auch von soziostrukturellen Gegebenheiten der Umgebung beeinflusst wie z. B. der Arbeitslosenquote, der Quote an Sozialhilfeempfängern, oder für die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Quote an Schulabbrechern, der Jugenddelinquenz und der Jugendarbeitslosigkeit.

Die Leitfrage lautet: Wie können Kliniken mit vergleichbaren

- Versorgungsaufträgen und
 - hausindividuellen sowie regionalen Besonderheiten
- in der Budgetausstattung konvergieren?

Der Krankenhausvergleich darf nicht nur ein Leistungsvergleich (Bewertungsrelationen mit Preisen) sein. Die bisherigen Kennzahlen für »Fälle« und »Verweildauer« ergeben keine sachgerechte Transparenz. Zu entwickeln sind Kennzahlen mit sektorenübergreifender Perspektive – z. B. Case Mix Index (CMI) pro Patient und Zeitstrecke –, die die Inanspruchnahme der ver-

schiedenen Krankenhausbehandlungsformen (»Settings«) den Patienten mit Behandlungspfaden zuordnen, statt Häufigkeiten von gleichartigen Behandlungsformen ohne Bezug zu Patienten zu verwenden. Siehe z. B. Wanderbewegungen von Wählern zum besseren Verständnis von Wahlergebnissen.

Außerdem sind Kennzahlen für hausindividuelle und regionale Unterschiede mit Relevanz für den Umfang und die Qualität der Krankenhausbehandlung und ihre Finanzierung zu entwickeln, z. B.: soziale Brennpunkte oder bürgerliches Wohngebiet; Verfügbarkeit von Fachkräften bei Uni-Nähe, Ausbildungsstätten und regionale Lebensqualität für Familien; Anteile in der regionalen Bevölkerung: alte Menschen in Einpersonenhaushalten oder Studenten und Uni-Personal mit jungen Familien. (TULLOCH und PRIEBE 2010, IGES 2002: Kapitel B 5.2 Regionalisierungsmodell, S. 69 f.)

Der Auftrag »Krankenhausvergleich« ist eine Herausforderung von zentraler Bedeutung für das neue Finanzierungssystem, denn damit sollen auch die Versorgung und ihre Qualität weiter entwickelt werden.

7. Minderung des Dokumentations- und Misstrauensaufwands:

Gestaltung der Dokumentation am neuen Zweck der Budgetsteuerung ausrichten

Mit der Budgetbasierung nach PsychVVG könnte der Bürokratieaufwand, der zu Lasten der Zeit für Patienten geht, wirksam reduziert werden (siehe Auftrag in KHG § 17 d). Doch wird die Chance im verabschiedeten Gesetz nur unzureichend genutzt.

Die Abrechnung von Festpreisen für Einzelleistungen setzt bei jeder Einzelleistung Fehlanreize und stimuliert eine grenzenlos eskalierende Dynamik wechselseitigen Misstrauens. Schon die übende, noch »budgetneutrale« Anwendung der PEPPs erzeugte Fehlanreize zur Ausweitung der Betten (Kliniken) und des Kontrollaufwands (Kassen).

Diese Fehlsteuerung des PEPP-Systems ist auch im PsychVVG bisher wirksam: Die zur Budgetfindung vorgesehenen PEPP sollen weiter bei der Abrechnung von der Kasse/dem MDK geprüft werden können. Die Übungserfahrungen mit PEPPs haben gezeigt: Die Prüfung kann feststellen, ob alle definierten Merkmale für eine PEPP (z. B. Einzelbetreuung) dokumentiert sind. Daraus ist aber nicht ableitbar

- ob die Behandlung bzw. Komponenten davon für den Patienten notwendig waren aus fachlicher Sicht,
- ob sie für den Patienten subjektiv Sinn machten; individuell passgenau, überzeugend,

- ob die Qualität stimmte,
- ob alle Mindestmerkmale vorhanden waren, alle Maßnahmen durchgeführt wurden,
- ob der Mittelwert der PEPP-Stufe individuell den sachgerechten Aufwand darstellt, oder zu wenig oder zu viel.

Das bisherige Konzept der Abrechnungsprüfung unterstellt den von Interessen geleiteten Missbrauch generell, und dass solcher Missbrauch durch generelle Einzelprüfungen gesteuert werden könnte. Das entspricht der Steuerung eines Autos mit Gas geben und Bremsen gleichzeitig.

Diese Fehlanreize führen zu einem Einstellungswandel bei Führungskräften (Geschäftsführern, Ärzten und Pflege) in Kliniken:

»Was sich nicht rechnet findet nicht statt, was sich rechnet findet statt, auch wenn dies dem Patienten nicht nützt.«

Die Erlösorientierung zum Wohle der Klinik verdrängt die Orientierung der Behandlungssteuerung zum Wohl der Patienten. Es sei denn, die persönliche professionelle und ethische Orientierung am Wohl der Patienten ist stärker (KUNZE 2015, S. 109).

- Humanitäre Grundsätze, Deklaration von Helsinki
- Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Qualitätsmanagement
- Erwartungen von Patienten und Angehörigen
- Fachöffentlichkeit: regional, national, international
- Stigma oder Wertschätzung, in der Öffentlichkeit & Medien
- Daseinsvorsorge, Kommunal-, Landes-, Bundespolitik
- Praktische Verfügbarkeit von Angeboten in der Region
- Eigeninteressen von Berufsgruppen, Verbänden
- **Finanzierung und Ordnungsrahmen mit Anreizwirkung bei Leistungsträgern und Leistungserbringern**

Abb. 6: Zielkonflikte: für Therapeuten und andere Professionelle transparent? (Kunze 2015, S. 44, mit freundlicher Genehmigung des Kohlhammer Verlags)

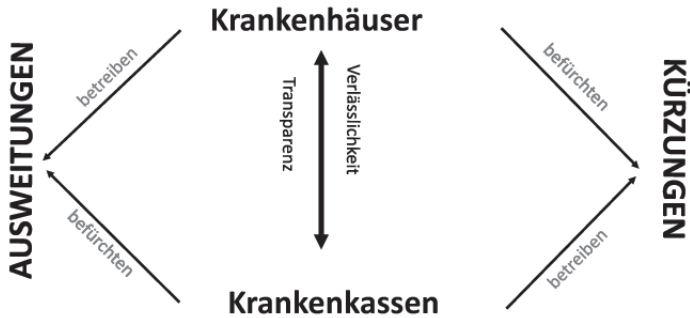


Abb.7: Komplementäre Interessen: Streit um das Budget oder um viele Einzelfälle? (Kunze 2015, S. 107, mit freundlicher Genehmigung des Kohlhammer Verlags)

Die MDK-Ärzte reduzieren ihr Interesse auf Vergleiche von Einzeldaten statt patientenorientierte Behandlungssteuerung. Welchen Sinn oder Unsinn für Patienten die Behandlungen fachlich und subjektiv bedeuten? Beides taucht auf den Bildschirmen nicht auf.

Ein Teil der Kassen nutzt die Abrechnung (schon beim bisherigen Üben mit PEPP) für die Konkurrenz mit dem Ziel der Kostenverschiebung untereinander, das sollte die Politik neutralisieren als Beitrag zum Bürokratieabbau.

Mit der Psych-PV wurden Komplexleistungen (»Behandlungsbereiche«) zur Budgetfindung definiert. Entgegen dem Anreiz zur Verweildauerverlängerung durch die Abrechnung von tagesgleichen Pauschalen – BPfV nur zwei Stufen: stationär und teilstationär – kam von 1991 bis 2004 eine enorme Leistungsverdichtung zu Stande: Kürzung der Verweildauer, mehr Fälle und behandelte Personen, weniger Pflegetage/belegte Betten. (KUNZE 2015; SCHMIDT-MICHEL 2007; AKTION PSYCHISCH KRANKE 2007)

Nach unserer Überzeugung war die fachlich-humanitäre Orientierung am Wohl der Patienten meist stärker als der Anreiz zur längeren stationären Behandlung. Vor allem: Diese Orientierung konnte dank der verbesserten Personalausstattung nun endlich realisiert werden.

Budgetfindung und Abrechnung trennen

Damit würde ein wichtiger systemischer Beitrag zur »praktikablen« Gestaltung der Dokumentation und damit zur Reduzierung des Misstrauensaufwands erreicht, denn die Funktionen sind zu verschieden:

BUDGET – *prospektiv*: eine Klinik – viele Kassen: Budgetvereinbarung »gemeinsam und einheitlich«, für Leistungen aller im Budgetjahr behandelten Patienten, Gesamtleistung der Klinik »bedarfs- und leistungsgerecht«.

ABRECHNUNG – *retrospektiv*: Behandlung eines einzelnen Patienten, Abschlag auf das Budget: Eine Klinik an eine Kasse: Rechnung für einen behandelten Patienten – so für alle Patienten im Budgetjahr.

Geeignete Ausgleichsregeln für Mehr- und Minderleistungen, die die Selbstverwaltungspartner noch vereinbaren müssten, können die Anreize zur Leistungssteigerung (Kliniken) oder Leistungskürzung (Kassen) im Budgetjahr neutralisieren oder dämpfen.

Im Vorfeld der *Budgetverhandlung* sollten zur Leistungs- und Qualitätskontrolle auf *Systemebene* die Unterlagen der Klinik durch den MDK geprüft werden. Im Vordergrund steht die Umsetzung des finanzierten Personals in realisierte Stellen und entsprechende therapeutische Konzepte, soweit möglich nach Leitlinien, ergänzt durch Stichproben zur praktischen Umsetzung der Konzepttreue und Erfahrungen aus dem Krankenhausvergleich (PsychVVG).

Wenn für den Jahreserlös der Klinik der Budgetabschluss maßgeblich ist, weil die Abrechnung als Abschlag auf das Budget konzipiert ist, kann der Fokus für Leistungen und Transparenz auf das Budget gerichtet werden. Ausgehend von einer Prüfung der Leistungen, sowie der Struktur- und Prozessqualität bei der Budgetfindung finden Einzelprüfungen von Abrechnungen – sektorenübergreifend – nur reduziert statt. Für diese Strategie gibt es Erfahrungen, die weiter entwickelt werden könnten: MDK Hessen nach § 4 Abs. 4 Psych-PV und aus den Modellvorhaben nach § 64b SGB V (ERNST 2015).

Was wird geprüft?

- Anzahl der Patienten mit Jahresprofil der Psych-PV-Behandlungsbereiche (statistische Vergleiche, Stichprobe prüfen)
- Regionale Versorgungsverpflichtung
- Strukturqualität: therapeutisches Personal nach Psych-PV
- Prozessqualität: Umsetzung in Behandlungskonzepte nach Psych-PV, vgl. Präambeln der Expertengruppen (Erwachsene und Kinder und Jugendliche), z. B. »therapeutische Kontinuität: Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen«
- Leitlinien-Orientierung

Zum Zusammenhang von Behandlungsqualität und Personalgewinnung, im Unterschied zu den Fehlanreizen auf Personal durch PEPP, wie am Anfang beschrieben, ein Beispiel aus der Praxis:

Unser neuer Pflegedirektor beschloss vor längerer Zeit, den Drei-Schichten-Dienstplan durch am Behandlungsbedarf der Patienten orientierte Dienstpläne zu ersetzen und Bezugspflege einzuführen. Die Fahrgemeinschaften aus entfernteren ländlichen Wohnorten drohten wegen der beabsichtigten Flexibilisierung der Arbeitszeiten nach Patientenbedarf mit Kündigung. Diese Drohung hatte bis dahin immer gewirkt, weil das Image einer alten Anstalt für externe Bewerber nicht attraktiv war. Die Dienstplanreform wurde dennoch beschlossen. Die (stationäre) Bezugspflege wurde in die integrierte Ambulanz der Abteilungen ausgedehnt, in Verbindung mit störungsspezifischer Qualifizierung (Pflege: Psychotherapie, Sucht- und Gerontopsychiatrie). Bald war unsere Klinik ein attraktiver Arbeitgeber für Pflegekräfte aus somatischen Krankenhäusern der Region, die damit unzufrieden waren, dass sie mit ihren Patienten zu wenig therapeutisch reden konnten. Ähnliche Erfahrungen machten wir mit Ärzten aus der Neurologie.

(Es gibt noch mehr Gestaltungsbereiche mit Folgen für die Personalgewinnung.)

Zum Schluss – und was wird in fünf Jahren sein?

Das PsychVVG gibt allgemeine Ziele vor und verteilt Aufträge.

Ob das Budgetsystem die Fehlanreize von PEPP »zähmen« kann, ist die spannende Frage.

Seit der Neuausrichtung sind wir auf einem guten Weg. Aber das jetzige Konzept für ein neues Finanzierungssystem lässt auch verschiedene Wegabelungen erkennen, die wieder zum PEPP-System zurückführen könnten:

WENN die Personalanforderungen des G-BA die seit 1991 erheblich gestiegenen Leistungsanforderungen nicht berücksichtigen, WENN die Vorgabe des notwendigen Personals (Psych-PV, G-BA Richtlinie) nicht mit einer notwendigen Finanzierung verbunden wird,

WENN bei der Budgetfindung die regionalen und strukturellen Besonderheiten nicht genügend berücksichtigt werden,

WENN der bundesweit kalkulierte Leistungskatalog über den Bettenzentrierten Fokus nicht hinauskommt,

WENN die Abrechnungen der einzelnen Behandlungen nicht weit genug von der Budgetfindung getrennt werden und jede Abrechnung zum Konflikt von Interessen geleiteter Erlösoptimierung (Kliniken) oder Erlösreduzierung (Kassen) Anlass geben kann,

WENN das therapeutische Personal sich den PEPP-Anreizen anpasst
und der Anreiz »Erlösoptimierung und Kostenreduzierung« die Steuerung
der Behandlung übernimmt,

DANN haben wir doch wieder das PEPP-System.

Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hrsg.) (2007): Evaluation der Psych-PV. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie Verlag.
- APK-Projekt 2009–2012: Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung (WPK) 2009–2012. <http://www.apk-ev.de/projekte/psychiatrische-krankenhausbehandlung/wpk-2009-2012/> (Ansicht am 07.02.2017).
- BEHRE, T./PUSCHNER, B./KILIAN, R. et al. (2005): »Home treatment« für psychische Erkrankungen. Begriffsklärungen und Wirksamkeit. *Nervenarzt* 76: 822–831.
- ERNST, R. (2015): Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen und -gespräche mit den psychiatrischen Einrichtungen in Hessen. 7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 01.10.2015. MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hessen. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturprüfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf (Ansicht am 07.02.2017).
- GÜHNE, U./WEINMANN, S./ARNOLD, K./ATAV, E.-S./BECKER, T./RIEDEL-HELLER, S. (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatr Prax* 38: 114–122.
- HEIL, M./KUNZE-TURMANN, M./FEGERT, J. M./MEITINGER, H. (1978): Behandlung im natürlichen Milieu – Home treatment. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Vol 6(2), 163–176.
- HORN, A./DIETZ, R./BEHMENBURG, C./FASCHAUER, K./HOLLER, G. (1999): »Integrative Psychiatrische Behandlung« (»IPB«) – Erste Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung eines vom Alexianer-Krankenhaus Krefeld durchgeführten Modells. In: KAUDER V/KUNZE H/AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (Hrsg.): Qualität und Steuerung in der regionalen Versorgung. Rheinland-Verlag: Köln.
- IGES (Hrsg.) (2002): Psychiatrische Versorgung in Hessen – Entwicklung bis 2007. IGES-Eigenverlag: Berlin.
- KUNZE, H./SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (2007): Die Erosion der Psych-PV und zukünftige Finanzierung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 78: 1460–1464.
- KUNZE, H. (2015): Psychisch krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem. Kohlhammer-Verlag: Stuttgart, Kapitel 3.
- RAAB, E. (2015): In Details verloren. *f&w* Heft 2: 26–28.
- TULLOCH, S./PRIEBE, S. (2010): Population-based indices for the funding of mental health care: a review and implications. *Journal of Public Mental Health* 9(2): 15–22.

II Gemeindepsychiatrische Verbünde und regionale Verantwortung

Verantwortliche Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) – trotz oder wegen BTHG?

Matthias Rosemann

Das Thema der diesjährigen Tagung, »Verantwortung übernehmen«, ergänzt komplementär das der Tagung 2015, die unter der Überschrift der »Selbsthilfe, Selbstbestimmung und Partizipation« stand.

Dies ist eine notwendige Ergänzung, denn die Förderung des Rechts auf Selbstbestimmung bildet nur einen Teil der Wirklichkeit in unserem psychiatrischen Hilfesystem ab.

Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben zieht sich seit einigen Jahren wie ein roter Faden durch die gesamte soziale Arbeit und durch unseren psychiatrischen Diskurs. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stellt dazu einen wesentlichen Leitfaden dar. Aber auch ohne BRK finden wir in der Politik für Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen die Stärkung ihrer Rechte als roten Faden. Die Gesetzgebungen zur Patientenverfügung oder zum Patientenrechtegesetz seien nur als zwei nicht mehr ganz junge Beispiele für die systematische Umsetzung dieses Rechts in unserer Gesetzgebung genannt. Ohne jeden Zweifel ist die Verwirklichung der Rechte von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen auf ein selbstbestimmtes Leben der zentrale Aspekt der Psychiatrie-Reform seit rund 40 Jahren. Wir haben in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung daran noch viel zu arbeiten; das Ziel ist noch längst nicht erreicht.

Aber zur Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung gehören auch die Möglichkeit und der Zugang zur Teilhabe. Dieser Anspruch richtet sich an unser System der Leistungen und Hilfen und darin sowohl an die Leistungsträger als auch an die Leistungserbringer. Gerade das Recht auf Beratung, Behandlung, Teilhabe und Pflege ist einer der zentralen Aspekte der Verantwortung. In der psychiatrischen Versorgung sprechen wir auch mit und von Menschen, die sich situativ, teilweise, zeitweise oder länger andauernd nicht in der Lage eines mündigen Verbrauchers befinden. Psychische erkrankte mündige Verbraucher gibt es selbstverständlich auch. Aber viele Menschen können in der akuten Psychose, in der tiefen Depression oder in anderen außergewöhnlichen Zuständen zeitweilig nicht wie der »Verbraucher« zwischen den besten Angeboten wählen. Das hat verschiedene Gründe: Zum

einen setzt die Haltung eines Verbrauchers ein vertieftes Verständnis von Arten und Umfang von Leistungen, von zuständigen Kostenträgern und jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen voraus. Das beginnt bei Beratung und Behandlung bis hin zu Leistungen zur Teilhabe und umfasst auch die Pflege, aber auch niedrigschwellige Hilfen wie Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich der Arbeit. Der Grund für die Vielgestaltigkeit der Hilfen liegt in der Komplexität der Erkrankungen. Da psychische Erkrankungen oft Auswirkungen auf sehr viele unterschiedliche Lebensbereiche haben, kommen auch die Leistungen aus der Hand verschiedener Kosten- und Leistungsträger. Für die Regulierung von Schulden, die in einer manischen Phase entstehen können, ist eben nicht die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Und die Vielfältigkeit unseres gegliederten Systems von Leistungsträgern zieht die Vielgestaltigkeit der Leistungsangebote nach sich.

Ein »Verbraucher« müsste auch aus einem entsprechend zugänglichen Angebot, das jederzeit zur Verfügung steht, wählen können. Auch dies ist nicht überall gewährleistet, leider lässt sich auch nicht in allen Regionen ein gutes, breites und vielgestaltiges Angebot vorfinden. Schon allein die Frage, welche Behandlung oder Hilfe wo und wann zur Verfügung steht, überfordert die betroffenen Menschen und ganz oft (zunehmend?) auch die professionell Tätigen. Wer weiß schon, welche Krankenkasse welchen Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) im Portfolio hat? Vielfach sind die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen darauf angewiesen, die Hilfen in Anspruch zu nehmen, die ihnen zur Verfügung gestellt werden, ohne ausreichend mögliche Alternativen zu kennen oder beurteilen zu können.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Unübersichtlichkeit unseres Systems wird es unerlässlich, Strukturen zu schaffen, die Zugänglichkeit garantieren und die gewährleisten, dass die Bürgerinnen und Bürger die Hilfen erhalten, die für sie in dieser Lebenssituation die angemessenen sind. Ebenso muss es zur Aufgabe gehören, sicherzustellen, dass die notwendigen Hilfen und Leistungen auch in der gebotenen Qualität zur Verfügung stehen.

Und an genau dieser Stelle beginnt der Aspekt der Verantwortung.

Der Begriff der Verantwortung ist der Gegensatzbegriff zur Zuständigkeit. Kostenträger denken zuerst an Zuständigkeit und wehren Nicht-Zuständigkeit ab. Ein ähnliches Verhalten kann man auch auf der Seite der Leistungserbringer beobachten, dies wird immer wieder gerade vonseiten der Angehörigen beschrieben. Daran konnten auch die Versuche im noch geltenden Sozialgesetzbuch (SGB) IX (die sog. Gemeinsamen Servicestellen)

nichts ändern. Auch die Pflegestützpunkte sollten in der Lage sein, Beratung auch mit Blick auf mögliche Rehabilitationsleistungen durchzuführen und sind im Bereich der Psychiatrie damit sehr oft überfordert.

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) schaffen hier einen Lösungsweg. Denn sie führen die Akteure aus allen Bereichen des Hilfesystems unter dem Aspekt der Verantwortungsgemeinschaft zusammen. Im GPV werden zwei zentrale Prinzipien für die Gestaltung von Hilfen zusammengeführt: die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle und situationsbezogene Leistung für den Einzelnen und zugleich die Verantwortung, sicherzustellen, dass kein Bürger wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung ohne Unterstützung und Hilfe bleibt. Wer das realisieren will, kann sich nicht mit dem Schaffen von »Angeboten« begnügen, sondern muss auch für geeignete Zugangswege zu diesen Angeboten sorgen. Gemeindepsychiatrische Verbünde schaffen die Zugänglichkeit zum Hilfesystem, in dem sie in entsprechenden Konferenzstrukturen (Hilfeplankonferenzen) dafür Sorge tragen, dass möglichst die gesamte Breite der Hilfen repräsentiert ist. Das geht über die Leistungen zur Teilhabe hinaus und umfasst auch niedrigschwellige Hilfen wie Beratung und Zuverdienst, aber auch die Leistungen zur Behandlung und zur Pflege.

Die Verantwortungsgemeinschaft erstreckt sich auf und gerade auf die Menschen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, sich auf dem »Markt der Möglichkeiten« umzusehen und sich die gewünschte Leistung zu verschaffen. Gerade die Zugänglichkeit der Hilfen und ihre Zugangswege müssen auch die erreichen, die sich Hilfen nicht selbst suchen (können).

Gemeindepsychiatrische Verbünde in diesem Sinne werden von der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) als verbindliche Zusammenschlüsse der wesentlichen Leistungserbringer in einer definierten Region (meist in einem Landkreis oder einer Stadt) verstanden, an denen die Kommunen – meist in Gestalt der Sozialpsychiatrischen Dienste oder der Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren – beteiligt sind. Da sie alle Leistungsbereiche, also Beratung, Behandlung, Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung sowie Pflege im Blick haben, ermöglichen sie sowohl die Ausgestaltung der Hilfen im Sinne einer individuellen Teilhabe- und Behandlungsplanung, als auch die Sicherstellung der Versorgungsverpflichtung. Jeder GPV beschließt Qualitätsstandards für die Versorgungsregion, zu denen sich alle Mitwirkenden verpflichten. Diese Qualitätsstandards bilden das Kernstück der Kooperationsvereinbarungen. In ihnen bilden sich die

jeweiligen Verabredungen ab, in welcher Gestalt sichergestellt wird, dass jeder Bürger mit entsprechendem Bedarf die für ihn notwendigen Hilfen erhält und wie sichergestellt wird, dass kein Bürger ohne notwendige Hilfe bleibt bzw. vergessen oder abgeschoben wird. Zu diesen Standards gehört auch die Beteiligung der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe (Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene).

Gemeindepsychiatrische Verbünde unterscheiden sich von anderen lokalen Kooperationsformen durch das Ausmaß der Verbindlichkeit. Sie entstehen nur durch eine gemeinsame Kooperationserklärung oder eine Satzung, die von den rechtsgeschäftlich Verantwortlichen der beteiligten Organisationen gemeinsam beschlossen und unterzeichnet werden. Jeder Mitwirkende im Gemeindepsychiatrischen Verbund entschließt sich bewusst dazu, in dieser Struktur aktiv mitzuwirken und sich den gemeinsam beschlossenen Qualitätsstandards zu stellen.

Gemeindepsychiatrische Verbünde übernehmen also gemeinsam die Verantwortung auf der Ebene der Leistungserbringer und kompensieren damit die zergliederte Zuständigkeit der Leistungsträger, die stets nur in ihrer eigenen Zuständigkeit denken.

Aus guten Gründen haben die APK und die BAG GPV die Arbeit der Länder an der Reform der Eingliederungshilfe unterstützt, denn dort standen im Mittelpunkt der Diskussionen Grundsätze wie der der individuellen Hilfeplanung (»personenzentrierte Hilfen«) und die Orientierung notwendiger Hilfen am individuellen Bedarf der einzelnen Person. Auch die angestrebte Trennung der fachlichen von denen der unterhaltssichernden Leistungen wurde von uns unter dem Gesichtspunkt einer stärkeren Orientierung im individuellen Bedarf begrüßt.

Wie verhält es sich nun mit dem konkreten Entwurf zum Bundesteilhabegesetz?

Die Rechte von Menschen mit Behinderungen beim Zugang zu Leistungen und in der Beteiligung am Verfahren der Bedarfsermittlung werden tatsächlich systematisch gestärkt. Der Grundsatz »nicht über uns ohne uns« zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte Gesetz.

Der Gesetzentwurf übernimmt auch zentrale Prinzipien aus dem jahrelangen Diskussionsprozess der Arbeit- und Sozialministerkonferenz (ASMK), vor allem das der tatsächlich individuellen Hilfeplanung und das der Trennung von fachlichen Leistungen von denen der unterhaltssichernden Leistungen. Das Gesetz stärkt die schon im bisherigen SGB IX angelegten Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger und nimmt einen Gedanken

auf, den wir als APK schon vor einigen Jahren formuliert haben: das Recht auf eine individuelle Hilfeplanung gesetzlich zu verankern. Dies kommt nun in Gestalt des Rechts auf eine individuelle Teilhabplankonferenz daher, die der anspruchsberechtigte Bürger einfordern kann und zu deren Ablehnung gesetzlich definierte Gründe vorliegen müssen. In dieser Teilhabep plankonferenz sind dann die verschiedenen Leistungsträger zu berücksichtigen und zu beteiligen.

Auch die Trennung der fachlichen Leistung von den unterhaltssichernden Leistungen (mit anderen Worten ambulant vor stationär) war uns immer ein Anliegen, das wir in unseren Gemeindepsychiatrischen Verbänden versuchen umzusetzen und das wir daher auch mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) verbunden haben. Allerdings wird dies leider aber nicht ganz vollständig umgesetzt, sondern muss als Einstieg in die Trennung der Finanzierungen verstanden werden. Wir finden im Gesetzentwurf deutliche Formulierungen, die auch Vorhalteleistungen, wie sie sonst nur in Heimen vorkommen, als Assistenzleistungen im Rahmen der Sozialen Teilhabe beschreiben (§ 78 Abs. 6 SGB IX neu). Das haben wir als APK vor nicht langer Zeit im Rahmen der Versorgung in Krisen gefordert.

Auch die Kriterien, die auf die Gesamtplanung des Trägers der Eingliederungshilfe anzuwenden sind, hätten den Schriften der APK entnommen sein können.

Es gibt aber auch einige Gründe, das Gesetz mit Sorge zu betrachten.

Dazu gehören die Formulierungen zu den Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen zur Sozialen Teilhabe und das Verhältnis von Leistungen zur Teilhabe und Pflegeleistungen. Der Begriff der Assistenzleistung gibt unseres Erachtens nicht das volle Spektrum von Leistungen der Eingliederungshilfe (zukünftig Soziale Teilhabe) wieder. Auch im Bereich der Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung bleibt der Gesetzentwurf hinter den Diskussionen vor einigen Jahren in der ASMK zurück.

Eine weitere Sorge, die uns beschäftigt, ist das des Verhältnisses der Leistungsträger zu den Leistungserbringern. Das meine ich nicht auf das Vertragsrecht bezogen, zu dem auch einiges zu sagen wäre, sondern auf die individuelle Hilfeplanung bezogen. Denn die Beteiligung von fachkundigen Personen, z. B. Sozialpsychiatrischen Diensten, an der individuellen Bedarfsplanung ist bisher nicht vorgesehen. Auch wenn wir Grund zur Annahme haben, dass sich daran noch etwas ändern wird, wird der Grundsatz erhalten bleiben, dass die Leistungsträger auch die zukünftigen Träger der Eingliederungshilfe mit dem Menschen mit Behinderung im ersten Schritt dessen

Anspruch feststellen und seinen Bedarf ermitteln. Die Logik des Gesetzes ist ein zweistufiges Verfahren: erst die Klärung der Anspruchsvoraussetzungen und dann die eigentliche Teilhabe- oder Gesamtplanung. Erst dann kommen die Leistungserbringer ins Spiel.

Eine Forderung unserer Verbände war, dass in die Regelungen zu dieser individuellen Teilhabeplanung oder Gesamtplanung Formulierungen eingefügt werden, die eine Öffnung zur Einbeziehung von zusätzlichem Fachverstand enthalten. Das Bundesministerium verweist dazu auf die ohnehin im SGB X enthaltenen Regelungen zur Einbeziehung aller notwendigen Akteure.

Im Grundsatz werden die Regelungen zur Zusammenführung der verschiedenen Rehabilitationsträger auf eben diese beschränkt bleiben, wenngleich sehr deutlich gestärkt. Insofern bildet sich in der Teilhabekonferenz ein Weg in die richtige Richtung, es müssen aber noch Verbesserung erzielt werden, um in die Nähe der von uns vielfach mit Erfolg praktizierten Hilfeplankonferenzen zu kommen.

Wir haben gefordert, dass auch die für Behandlung und Pflege zuständigen Leistungsträger und Leistungserbringer systematisch in die Bedarfsermittlung einbezogen werden sollen.

Zu unseren Forderungen nach einem gemeinsamen, kooperativen und partizipativem Verfahren der Bedarfsermittlung haben wir manche Verbände von Menschen mit Behinderungen nicht auf unserer Seite. Dies ist auch nachvollziehbar, da diese Personengruppen sehr gut selbst die notwendige Unterstützung beschreiben können. Deren Forderung, selbstbestimmt über die Inanspruchnahme von Leistungen zur Assistenz zu entscheiden, hat auch tief in das Gesetz Eingang gefunden. Schon allein die Gesetzesbegründung zum § 78 SGB IX (neu) legt dar, dass der Gesetzgeber dieses Verständnis von Unterstützung zu selbstbestimmter Teilhabe aufgegriffen und umgesetzt hat.

Die Situation von manchen Menschen mit seelischer Behinderung und schweren Beeinträchtigungen ist durch dieses sehr betonte Verständnis von Assistenz nur bedingt gut abgebildet.

Dennoch: Das Gesetz gibt keinen Grund her, auf Teilhabekonferenzen oder Gesamtplankonferenzen, die alle wesentlichen Akteure einbeziehen, zu verzichten. Das BTHG wird die Durchführung von Hilfeplankonferenzen auch nicht verhindern oder verbieten. Die zentrale Schnittstelle wird jedoch der Übergang von der Hilfeplanung (Teilhabe- oder Gesamtplanung) zur eigentlichen Leistungserbringung werden.

Hier kommt der Gemeindepsychiatrische Verbund wieder ins Spiel.

In einem Hilfesystem, in dem die Leistungserbringer gemeinsam für die Übernahme der Versorgungsverpflichtung entscheiden, müssen Strukturen entwickelt werden, die sicherstellen, dass alle Bürger Hilfen erhalten. Eine gemeinsame Belegungssteuerung muss gewährleisten, dass sog. »Wartelisten« für besonders begehrte Maßnahmen oder Einrichtungen vermieden werden. Wartelisten bedeuten, dass diejenigen, die schon einen »Platz« haben, die notwendige Unterstützung erhalten und andere Menschen solange unversorgt bleiben, bis ein »Platz« frei wird. Belegungssteuerung im Rahmen einer Hilfeplankonferenz ermöglicht, für jeden anspruchsberechtigten Bürger eine Form der Unterstützung zu gestalten und den Zugang zu bestimmten Hilfen nach dem Bedarf zu organisieren, nicht nach einer Warteliste. Außerdem gewährleistet eine gemeinsame Hilfeplankonferenz, dass mögliche Alternativen abgewogen werden. Bei der Komplexität unserer Hilfesysteme kann dies nicht mehr eine einzelne Person überblicken. Vielmehr bedarf dies des Zusammenfindens von interdisziplinärem Sachverstand und eines kooperatives Denkens über die Zuständigkeiten von Leistungsträgern hinaus.

Es liegt daher in der Hand der Leistungserbringer, den Zugang zu ihren Angeboten über diesen kooperativen Prozess in einer Hilfeplankonferenz zu gestalten und damit den Leistungsträgern und den anspruchsberechtigten Bürgern dieses Forum zur Verfügung zu stellen.

Das BTHG fordert uns auf, dies mit einem aktiven Umsetzungsprozess durch eine selbstbewusste Anbieterlandschaft zu gestalten. Denn Leistungserbringer werden auch in Zukunft benötigt werden. Auch wenn wir uns die deutlichere Beteiligung von Leistungserbringern an den zentralen Prozessen von Bedarfsermittlung und Unterstützungsplanung schon im Gesetz gewünscht hätten, bleibt uns dennoch unser Handlungsspielraum. Weiterhin werden Rahmenverträge und Leistungsverträge geschlossen werden müssen. Dort kann auch zukünftig der Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt werden. Dieser Handlungsspielraum bleibt uns auch in der Zukunft der Ausgestaltung bei den Ausführungsbestimmungen in den Ländern.

Versorgungsverpflichtung als ein zentrales Thema für die gesamte psychiatrische Versorgung wird auch weiterhin eine Steuerung der Leistungen des Hilfesystems voraussetzen. Nur die Betrachtung des individuellen Bedarfs eines Menschen allein wird dazu nicht ausreichen. An vernünftigen vernetzten Strukturen wird auch weiterhin gearbeitet werden müssen. Und

welche vernetzten Strukturen sind vernünftiger als gute Gemeindepsychiatrische Verbünde?

Trotz oder wegen des BTHG? Sowohl als auch. Gemeindepsychiatrische Verbünde ersetzen nicht die Perspektive des einzelnen Leistungserbringers. Sie ergänzen sie aber um die Dimension gemeinsamer Qualitätsstandards und der Verantwortungsgemeinschaft in einer Versorgungsregion. Nur in dieser Perspektive wird beides möglich: die individuelle Bedarfsdeckung und die Sicherstellung guter Hilfen für alle psychisch erkrankten Menschen.

Wege zur Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)

Rainer Höflacher, Rainer Schaff

Der Autor dieser Handreichung ist psychiatrieerfahren und derzeit als Interessenvertreter¹ im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) Freiburg tätig. Dieser Text ist das Ergebnis der Erfahrungen aus den Gemeindepsychiatrischen Verbünden Freiburg, Stuttgart und Ravensburg.

Aus der klassischen Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener, bei der sich Menschen mit ähnlichen Krankheits- bzw. Genesungserfahrungen treffen, um sich auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen, hat sich eine Form der organisierten Selbsthilfe entwickelt, die sich vor allem nach außen wendet. Ihr Ziel ist es, Psychiatrie aus Nutzersicht zu beeinflussen und weiterzuentwickeln. Schon Anfang der 90er Jahre haben sich Psychiatrieerfahrene auf der Bundes- und Landesebene zusammengeschlossen, um ihre Interessen politisch zu vertreten.

Die Nutzerperspektive ist inzwischen ein unverzichtbarer Beitrag zur Qualitätssicherung innerhalb der Psychiatrie geworden. Systemfehler werden durch das Mitwirken der Nutzer sichtbarer. Hilfeformen werden nach und nach an die Bedürfnisse der Nutzer angepasst und werden dadurch hilfreicher. Für diese Form der Systemoptimierung müssen aber Strukturen geschaffen werden. Dabei liegt es nahe, den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu nutzen und den Psychiatrieerfahrenen dort Platz und Stimme zu geben.

In der Praxis hat sich nun aber gezeigt, dass Psychiatrieerfahrene zu wenig von der Möglichkeit Gebrauch machen, als Interessenvertreter tätig zu werden.

Besonders wichtig ist es darauf hinzuweisen, dass nicht der Eindruck entstehen soll, dass die Psychiatrieerfahrenen zwingend auf die Unterstützung der Profis angewiesen sind. Im Grunde sind sie selbstverantwortlich für ihr Tun und haben genug Energie und Kompetenz ihre Ziele zu erreichen.

Trotzdem wendet sich der Autor an die Profis mit Hinweisen und Informationen, die zu einer Förderung von Selbsthilfe und Interessenvertretung führen können, denn die Profis können ungeachtet der Autonomie

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen ausschließlich die männliche Form gewählt. Menschen mit anderen Geschlechtsmerkmalen bittet der Autor um Verständnis.

der Psychiatrieerfahrenen ihren Anteil dazu beitragen – mit der gebotenen Zurückhaltung und Sensibilität.

A. Maßnahmen durch Profis zur Etablierung von Interessenvertretung

Erfahrene Psychiatrieerfahrene von extern als Berater gewinnen

Wenn ein Kreis noch keine oder wenig Erfahrung im Umgang mit der Selbsthilfe hat, bietet es sich an erfahrene Interessenvertreter einzuladen, um von deren Erfahrungen und Kompetenz bei der Etablierung von Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener zu profitieren.

Klienten und Patienten auf breiter Basis ansprechen

Die Profis einer Stadt- oder eines Landkreises begegnen in Rahmen ihrer Tätigkeit sehr vielen Psychiatrieerfahrenen. Es ist förderlich, wenn möglichst viele Profis das Anliegen der Suche nach InteressenvertreterInnen im Blick haben und daraufhin ihre Patientinnen oder KlientInnen ansprechen.

Selbsthilfe fördern

Da Interessenvertretung sehr oft aus der Selbsthilfe heraus entsteht, ist es wichtig, dass Profis diese unterstützen. Der Schritt von der eigenen Problematik ausgehend, die Behandlung und das System verbessern zu wollen, ist nicht groß.

WfbM-Mitarbeitende ansprechen

Die Mitarbeitenden der Werkstätten für psychisch behinderte Menschen nehmen eine Sonderrolle ein. Durch die gesetzliche Regelung Werkstattträte zu bilden, sind die Mitarbeitenden mit der Wirkung von Interessenvertretung bereits erfahren. Zudem sind die Menschen in der Regel längerfristig in der Werkstatt tätig, was die Möglichkeit der Kontinuität von Selbsthilfearbeit verbessert. Und nicht zuletzt, haben viele der dortigen Psychiatrieerfahrenen einen gewissen Grad der Stabilität und Genesung erreicht, was sich unter anderem positiv auf die Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit des Engagements auswirkt. Hier besteht also eine erhöhte Wahrscheinlichkeit an psychiatriepolitischer Arbeit Interessierte zu finden.

Ein bereits schon praktiziertes Modell ist es, Werkstattmitarbeiter für Selbsthilfearbeit freizustellen. Über die Tätigkeit eines Werkstatttrates hinaus, kann dieser in Gremien und Arbeitsgruppen mitwirken, Sitzungen und Arbeitsgruppen nach- und vorarbeiten, Veranstaltungen planen und organisieren, Vernetzung fördern und sich um den Aufbau und die Führung eines Selbsthilfevereins kümmern.

Dies ist eine Win-Win-Situation, da der Psychiatrieerfahrene eine anspruchsvolle, ihm entsprechende Tätigkeit bekommt und für den Träger neben dem fachlichen Gewinn die Kosten gering gehalten werden können.

Thema im GVP besprechen

Das Thema Interessenvertretung im GPV muss dort auch immer wieder erörtert werden, um es präsent zu halten und um gemeinsame Lösungen für die Praxis dafür zu finden. Hier ergibt sich auch die Möglichkeit Profis zu gewinnen, die bisher von der Idee einer funktionierenden Interessenvertretung weniger berührt waren.

Psychiatriekordinatoren involvieren

Es ist sehr förderlich, wenn die Psychiatriekordinatoren vom Partizipationsgedanken überzeugt sind. In einigen Landkreisen gehören sie zu den maßgeblichen Akteuren, Psychiatrieerfahrene im Gemeindepsychiatrischen Verbund mit Sitz und Stimme zu beteiligen.

Mentorenprinzip anwenden

Wenn entsprechende Psychiatrieerfahrene gefunden wurden, dauert es oft noch einige Zeit, bis diese mit der neuen Aufgabe zurechtkommen. Der Autor dieses Textes hatte in seiner persönlichen Entwicklung als Interessenvertreter Mentoren an seiner Seite, wie er es auch von anderen engagierten Psychiatrieerfahrenen her kennt. Das sind Profis, die selbst im GPV sehr engagiert aktiv sind und eine enge Beziehung zu den potentiellen Interessenvertretern aufgebaut haben. Sie stärken diese fachlich und emotional auf ihrem Weg und haben eine gewisse Vorbildfunktion.

Es braucht Protagonisten

Es hat sich gezeigt, dass es der Realisierung von Beteiligung sehr nutzt, wenn es im GPV Profis gibt, die mit besonderem Engagement die Sache voranbringen. In allen oben genannten drei Kreisen gibt bzw. gab es solche Profis. Sie sind die Motoren, die unter den Profis Überzeugungsarbeit leisten und kurze Wege zu den aktiven Psychiatrieerfahrenen haben.

Nutzernahe Veranstaltungen durchführen

Wie schon erwähnt braucht es Orte der Begegnung, wo Motivation zum psychiatriepolitischen Engagement wachsen kann. Hierzu eignen sich nutzernahe Aktivitäten oder Veranstaltungen besonders gut. Das sind vor allem Schulprojekte mit der Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen, Dialogseminare sowie Fachtage bzw. Vorträge mit nutzerorientierte Themen. Besonders Veranstaltungen zum Thema EX-IN erzeugen großes Interesse bei Psychiatrieerfahrenen. Auch Aktivitäten wie Inklusionsprojekte, Konzerte, Tanzveranstaltungen, Theatergruppen fördern den Aufbau von Netzwerken Psychiatrieerfahrener. So können engagierte und aktive Psychiatrieerfahrene erste Beziehungen untereinander aufbauen und nach und nach kann sich so eine »Selbsthilfeszene« entwickeln, die die Basis für weiteres Engagement bildet.

Interessenvertreter auch finanziell würdigen

Nicht wenige der Menschen, die als Interessenvertreter in Frage kämen sind arm und leben von Hartz IV, Grundsicherung oder einer kleinen Rente. Besonders hier ist es angebracht, die Selbsthilfearbeit des Psychiatrieerfahrenen auch finanziell angemessen zu würdigen. Für die Gremienarbeit der Interessenvertreter gibt es häufig keine oder sehr geringe Aufwandsentschädigungen. Hier muss nachgebessert werden.

B. Systembedingte Aspekte von Interessenvertretung Psychiatrieerfahrener

Legitimation

Die Frage ist, woher der Interessenvertreter seine Legitimation für seine Arbeit bezieht. Es kann nicht im Interesse der Sache sein, dass diese Person sich auf Dauer ausschließlich selbst vertritt. Es ist deshalb notwendig,

dass der Interessenvertreter gut vernetzt ist oder sich um Vernetzung mit den Psychiatrieerfahrenen vor Ort bemüht. Im optimalen Fall gibt es eine engagierte Gruppe um ihn herum, in der vorgetragene Inhalte abgestimmt werden. Der Interessenvertreter sollte von dieser Gruppe gewählt worden sein und ausreichend Erfahrungen mit dem psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems des Kreises haben.

Instrumentalisierung

Inzwischen ist es von vielen Profis gewollt, dass Psychiatrieerfahrene bei der Gestaltung der Psychiatrie mitwirken. Was sie sagen hat in den Gremien oft besondere Bedeutung, da sie die Nutzer vertreten, die ja überhaupt der Anlass für das Entstehen der Psychiatrie sind. Zudem sind sie unabhängig, weil sie in der Regel keine Mitarbeiter der beteiligten professionellen Institutionen und Organisationen sind. Einige Profis haben erkannt, dass es für ihre Interessen sinnvoll ist, mit den Psychiatrieerfahrenen auch aus taktischen Gründen gute Kontakte zu pflegen. Hier ist die Sensibilität der Psychiatrieerfahrenen gefragt, Instrumentalisierungsversuche zu erkennen, diesen zu widerstehen und wiederum für ihre Interessen zu nutzen.

Unabhängigkeit

Es kommt immer häufiger vor, dass psychiatrieerfahrene Interessenvertreter bei psychiatrischen Trägern angestellt sind. Dadurch ist deren Unabhängigkeit gefährdet. Das heißt es kann sein, dass die doch einflussreiche Position dazu genutzt wird dem eigenen Träger Vorteile zu verschaffen bzw. in einen Rollenkonflikt kommen. Diese Problematik muss sich der Interessenvertreter bewusst sein und sich im Klaren darüber sein, wann er für wen spricht. Grundsätzlich wird er Probleme bekommen, wenn er öffentlich seinen Arbeitgeber für diesen schmerzhaft kritisiert oder Positionen vertritt, die diesem schaden.

Wahrung der Identität als Psychiatrieerfahrener

Wie das hier vorliegende Papier zeigt, spielen die Profis eine wichtige Rolle bei der Etablierung von psychiatriepolitischen Strukturen Psychiatrieerfahrener. In manchen Regionen ist eine große Nähe von Psychiatrieerfahrenen zu Profis festzustellen. Hier ist es wichtig, dass Psychiatrieerfahrene ihre ei-

genen Räume haben, um sich von Profis abzugrenzen und sich eine Identität als Psychiatrieerfahrene zu wahren. Nicht alles muss tetralogisch orientiert sein und nicht überall muss es zu gemeinsamen Lösungen der beteiligten Gruppen kommen. Es gilt auch Konflikte auszuhalten, die wehtun und die Kooperationen in Frage stellen.

Angehörige und Bürgerhelfer

Die vorliegenden Betrachtungen beschäftigen sich mit den Beziehungen zwischen Profis und Psychiatrieerfahrenen. An dieser Stelle soll noch auf die beiden anderen Gruppen innerhalb des Tetralogs hingewiesen werden, die die Psychiatrie mitgestalten wollen. Das sind die organisierten Angehörigen psychisch Kranker und die ehrenamtlich in der Psychiatrie engagierten Bürger, die sich Bürgerhelfer nennen. Diese versuchen im GPV ebenfalls ihre Interessen durchzusetzen und sind von Kreis zu Kreis unterschiedlich stark vertreten.

C. Persönliche Aspekte für Interessenvertreter

Es gibt für Psychiatrieerfahrene gute Gründe, das Amt des Interessenvertreters zu übernehmen. Es ist kein Fehler potentielle Kandidaten darauf aufmerksam zu machen. Motivierend wirken könnte:

- Die Gelegenheit Psychiatrie mit zu gestalten.
- Interessante Begegnungen zu erleben.
- Anerkennung zu bekommen für eine schwierige und wichtige Arbeit, die bisher noch von wenigen Psychiatrieerfahrene ausgeübt wird.
- Wissenszuwachs zu psychiatrischen und psychosozialen Themen zu gewinnen.
- Eine sinnvolle Aufgabe und Arbeit zu haben – vor allem, wenn man nicht mehr auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt tätig ist.
- Eventuelle Verdienstmöglichkeiten.
- Für unsichere Menschen: eine besseres Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein.

D. Schlussbemerkungen

Es sollten in allen GPV Beteiligungsstrukturen geschaffen werden, die über eine Alibi-Funktion von Psychiatrieerfahrenen hinausgehen, damit diese wirklich wirksam werden. Wenn es regionale Selbsthilfeorganisationen gibt, sind diese auf derselben Ebene mit denselben Rechten auszustatten wie die anderen Akteure im GPV. Verbindliche vertragliche Vereinbarungen und Stimmrecht als Vertreter der regionalen Selbsthilfegruppe oder des Selbsthilfevereins in den betreffenden Gremien sind Voraussetzung für eine funktionierende Partizipation. Wenn entsprechend vorhanden, sollten Psychiatrieerfahrene im GPV Verantwortung übernehmen können. Der Vorsitz von Arbeitsgruppen oder Sprecherämter sind erfahrenen InteressenvertreterInnen durchaus zuzutrauen.

Die Integration von Nutzerwissen ist nicht nur ein demokratisch fundierter Akt der Menschlichkeit, sondern fördert die Effektivität und Qualität der psychiatrischen Hilfen. Zusammenarbeit ist ein Geben und Nehmen. Die Psychiatrieerfahrenen müssen mehr, kompetenter und verbindlicher werden und die Erwartungen, die sie mit ihrem Auftreten wecken auch erfüllen. Auf der anderen Seite müssen sich die Profis dies auch etwas kosten lassen und tätig werden, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Dies bedarf der gemeinsamen Anstrengung.

III Verantwortung der Betroffenen-Selbsthilfe

Selbstbestimmung und Verantwortung in der Krise

Peter Lehmann

Menschen in psychisch Krisen sozialer Natur sowie Menschen in überwiegend organisch bedingten psychischen Notsituationen landen viel zu häufig in der stationären Psychiatrie. Was können sie tun, um in solchen Situationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren? Die Vielfalt der Probleme, Wertvorstellungen, Interessen, Lebensumstände und Herangehensweisen der Betroffenen mit ihren höchstens auf den ersten Blick vergleichbaren Problemen kann auf die Eingangsfrage keine einfache Antwort erwarten lassen. Individuell abgestimmte und verantwortungsvoll formulierte Voraussetzungen sind das zeitgemäße Mittel der Wahl, damit auch während Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht beachtet wird.

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

In Krisensituationen kann medizinische Hilfeleistung lebensrettend sein; bei Menschen in lebensbedrohlichen Zuständen, die ihren Willen in dieser Not-situation nicht äußern können, ist medizinische Hilfeleistung rechtlich vorgeschrieben. Das im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Recht verlangt vom psychiatrischen Personal, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden. Hierbei müssen alle Rechtsprinzipien – auch das der Verhältnismäßigkeit – gewahrt und die Behandlungsmaßnahmen auf die konkrete Person und ihre gesundheitliche Situation bezogen sein, und sie dürfen keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten.

Hierzulande wird die Rechtslage maßgeblich durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So erlaubt § 630 d Absatz 1 BGB (Einwilligung) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet ist. Psychiater handeln dann auf der Grundlage des § 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers). Diese Geschäftsführung ohne Auftrag verfügt ebenfalls, dass die Notfallbehandlung am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen orientiert sein muss. Während § 323 c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) jedermann zur Hilfe verpflichtet, wenn ein Mensch in Not ist, unterliegen Ärztinnen und Ärzte,

die eine Behandlung übernommen haben, einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung: der »Garantenpflicht«. Damit ist ihre Beistandspflicht (§ 13 Absatz 1 StGB – Begehen durch Unterlassen) gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden.

Betreuungsrecht (§ 1906 Absatz 3 BGB – Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung), länderspezifische Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze und gesetzliche Bestimmungen zum Maßregelvollzug erlauben psychiatrisch Tätigen (nach Zustimmung von Betreuern und Gerichten) unter einseitig und willkürlich zu definierenden Voraussetzungen, Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen gewaltsam Psychopharmaka zu verabreichen. Anders als bei der Notfallbehandlung gemäß BGB müssen sich psychiatrisch Tätige, die Psychopharmaka gemäß Betreuungsrecht ohne informierte Zustimmung verabreichen, für ihr Tun juristisch nicht rechtfertigen. Vor dem Recht werden Menschen mit psychiatrischen Diagnosen anders behandelt als Menschen mit nichtpsychiatrischen medizinischen Diagnosen, sie sind ungleich vor dem Recht.

Psychiatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern, erhalten oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, sollten sich demzufolge rechtzeitig mit den Positionen derer beschäftigen, die später möglicherweise über ihr Wohl entscheiden.

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Um eine psychiatrische Behandlung auch gegen den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen durchzusetzen und vor strafrechtlicher Verfolgung wegen Körperverletzung befreit zu sein, spricht man psychiatrischen Patientinnen und Patienten gerne die Fähigkeit zur Selbstbestimmung ab (siehe LEHMANN, 2015[a]). Dies könne nach Meinung der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) typischerweise gerechtfertigt sein bei:

- »(I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophrenen Wahns mit selbstzerstörerischen Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten (*ausgetrockneten*) Demenz-

kranken, die das Trinken verweigern; Gabe lebenswichtiger Medikamente (z. B. Insulin) bei depressivem Negativismus und gleichzeitigem Diabetes mellitus; Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei einem lebensbedrohlichen Alkoholentzugsdelir.

(II) Fremdgefährdung: Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei Fremdaggressivität im Rahmen eines psychotischen oder drogenbedingten Erregungszustands. Hierbei wird durch adäquate antipsychotische Medikation die dem Erregungszustand zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt.« (2014)

Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich konkreten psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen wird von der DGPPN dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt:

»Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.

Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können.

Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).

Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fähigkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.« (ebd.)

In anderen Worten: Verstehen die Betroffenen Risiken und proklamierte Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne; beurteilen sie die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation; verweigern sie Krankheits-einsicht; stellen sie die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel und treffen sie eine Entscheidung im Lichte von Psychiatern nicht akzeptierter Alternativen: dann müssen sie damit rechnen, als selbstbestimmungsunfähig einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka – und in letzter Zeit immer häufiger auch von Elektroschocks (siehe LEHMANN, 2014[a]) – unterzogen zu werden.

Psychiatrischen Klinikpatientinnen und -patienten seien grundsätzlich unfähig zur Selbstbestimmung, das ist die professionelle Prämisse. In *Psychiatrische Pflege heute*, dem Verbandsorgan der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, meinte 2015 die ehemalige Staatsanwältin Nicole Kreutz:

»Jeder Mensch hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dazu gehört auch das Recht, darüber zu bestimmen, ob man sich behandeln lassen möchte. Eine Zwangsbehandlung ist in Deutschland nicht zulässig. Das setzt aber voraus, dass der Patient ansprechbar ist und in seinem Denken reflektiert. Er muss in der Lage sein, eigenverantwortlich zu handeln und die Tragweite seines Entschlusses zu überblicken. Davon kann aber bei einem Patienten, der sich bereits in der Psychiatrie befindet, nicht ausgegangen werden.« (S. 303 f.)

Das Stereotyp des psychisch Kranken

Unverändert und eher bestärkt durch sogenannten Antistigmatisierungsbemühungen transportiert der Begriff der psychischen Krankheit die Stereotypen der Verantwortungslosigkeit, Gemeingefährlichkeit und Behandlungsbedürftigkeit (CUMMINGS und CUMMINGS 1957). Auch der Berliner Rechtsanwalt Eckart WÄHNER verortet die Einschränkung von Grundrechten im Krankheitsbegriff:

»Der Begriff ›Geisteskrankheiten‹ selbst ist ein Etikett gegenüber unerwünschtem, störendem, gefürchtetem oder unerlaubtem Handeln, wodurch die damit einhergehenden Eingriffsbefugnisse die Rechtspositionen des Einzelnen wegen des angenommenen Verlusts der Selbstkontrolle gravierend beschneiden.« (2017, S. 34)

Als Konsequenz aus der Ungleichheit vor dem Recht sollten Psychiatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, in verantwortlicher Weise Vorsorge für den Krisenfall treffen. Gegen subjektiv geprägte psychiatrische Diagnosen und Prognosen lässt sich im Krisenfall sachlich nicht argumentieren.

Auch eine Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich objektiv nicht beurteilen, es gibt keine messbaren Kriterien. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Juristisch gelten Diagnosen als bloße Werturteile (BGH 1989). Sie mögen auf einer medizinischen Begutachtung beruhen,

öffnen jedoch als bloße Meinungsäußerungen willkürlichen Schlussfolgerungen Tür und Tor. Dies wirkt sich zum Nachteil der Betroffenen aus, gerade wenn es um die Einschränkung fundamentaler Grundrechte gehen soll. Wie Psychiater ihre eigene Diagnostik einschätzen, offenbarte Wolfgang Werner, seinerzeit Saarländischer Landespsychiaterarzt und Leiter der psychiatrischen Klinik Merzig, als er 1991 in einer Fernsehdiskussion mit Dorothea Buck, dem Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven und dem Autor dieses Artikels am Beispiel der Diagnose »Schizophrenie« ausführte:

»Das Problem ist ja, dadurch ist ja die Schizophrenie definiert, dass wir die Ursachen nicht kennen. Und sie ist eine Krankheit, eine Störung, von der wir annehmen, daß sie eine Krankheit sein könnte, wobei wir die Ursachen nicht kennen. Das ist eigentlich die sauberste wissenschaftliche Diagnose.«

Mangels ausreichend belegter Prognosekriterien kommt es bei der Feststellung von Gefährdungswahrscheinlichkeit zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es geht nicht mehr um die spezifische Situation einzelner Patientinnen und Patienten. Die Wahrscheinlichkeitsaussage zu ihrer Gefährdung wird lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Menschen verglichen (siehe KALECK et al. 2008, S. 10).

Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, wird Zwangsbehandlung zusätzlich mit dem unbestimmten Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt. Diese gilt jedoch als diffuser, sich wandelnden subjektiven Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff, einen Standard gibt es auch für ihn nicht. Betroffene sind chancenlos, wenn ihr Einverständnis mit der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gefragt ist. Mit der Frage nach dem Einverständnis wird zwar die Selbstbestimmungsfähigkeit bescheinigt (andernfalls müsste gar nicht erst gefragt werden). Ein Einverständnis mit der Verabreichung wird grundsätzlich als kompetente Entscheidung betrachtet, eine Ablehnung – in exakt derselben Situation – dagegen in aller Regel als Krankheitssymptom und Beweis der Selbstbestimmungsunfähigkeit. Diese Zirkelschlusslogik konnte oder wollte die akademische Psychiatrie in vier Jahrzehnten nicht überwinden.

Traumata und Abwägung von Menschenrechten

Menschenrechtseinschränkungen und traumatisierende Wirkungen durch gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks werden von den Behandlern zwar durchaus gelegentlich eingeräumt, sollen aber trotzdem »im eigenen Interesse« in Kauf genommen werden.

Bei der gesetzlichen Erlaubnis der psychiatrischen Zwangsbehandlung erfolgt eine willkürliche Abwägung der Menschenrechte unterschiedlicher Personen gegeneinander, wobei übergangen wird, dass ein Teil der Personen ohne belegbare Not – quasi als Kollateralschaden – einer Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wird: alleine auf Grund der Tatsache, dass dieser Personenkreis einer Gruppe von Personen zugeordnet wird, mit der er möglicherweise nicht das Geringste zu tun hat.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert Gleichheit vor dem Recht auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Doch sie wird in Deutschland immer noch in der Weise interpretiert, dass sie Zwangsbehandlung als besondere Maßnahme rechtfertige, um eine Gleichheit vor dem Recht beschleunigt herbeizuführen. Rolf Marschner, Münchner Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht, interpretierte die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse:

»Keine Diskriminierung im Sinn der UN-BRK liegt dagegen vor, wenn die Zwangsbehandlung der Abwehr von Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen selbst dient sowie dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist. (...) Ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit kann daher im Ausnahmefall auch damit begründet werden, die seelische Unversehrtheit wiederherzustellen.« (2013, S. 223/222)

Den Widerspruch, seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, oft zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka wiederherstellen zu wollen, berücksichtigt eine solche Argumentation allerdings nicht. Generell ignoriert man die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt. Dies gilt ebenso für traumatisierende Missbrauchserfahrungen (speziell bei Frauen), die sich auch Jahre später in psychosozialen Krisensituationen Ausdruck verschaffen können. Statt Verständnis erwartet die Opfer die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka. Bedauert wird offiziell einzig das Misstrauen, das die Betroffenen verständlicherweise gegenüber den professionellen Herbeiführern ihrer Traumata entwickeln. So erklärt die DGPPN scheinbar selbstkritisch:

»Es darf (...) nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten

Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.« (2014)

Besser wäre zu sagen gewesen: Die Folge ist nicht selten ein Patient, der dauerhaft traumatisiert bleibt, keinerlei therapeutische Hilfen erfährt bei der Verarbeitung der behandlungsbedingten Traumata und dem kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen und Entschädigung gewährt wird; deshalb sollten wir Zwangsbehandlungen nur durchführen bei Patienten, die diese Maßnahmen in Behandlungsvereinbarungen im Wissen um die Konsequenzen für sich eingefordert haben.

Krisenbewältigung ohne Psychiatisierung oder mit Beschwerdestellen

Berichte über Wege, Krisen ohne Psychiatisierung und dem mit ihr verbundenen Risiko des eingeschränkten Selbstbestimmungsrechts durchzustehen, liegen in vielfältiger Form vor. Hierzu zählen das Verlassen gefährlicher Orte, Rückzug in die Stille und an sichere Orte, beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, Dabeisein, Zugehen auf hilfsbereite Menschen, expressive künstlerische Tätigkeit, Schreiben, bewusste und balancierte Lebensführung, spezielle Ernährung, ausreichend Schlaf und vieles mehr. Als wesentliche Elemente gelten unaufdringliche Zuwendung und soziale Unterstützung (siehe LEHMANN und STASTNY 2007/2014). Um Krisen ohne Psychiatisierung durchzustehen, sind günstige äußere Bedingungen ebenso hilfreich wie verantwortungsvolles Handeln der Beteiligten.

Selbsthilfegruppen mit undogmatischer Ausrichtung und respektvollem Umgang miteinander können in Krisensituationen Unterstützung leisten. Sie haben allerdings auch ihre Grenzen, wenn zu viele Hilfesuchende zu wenig stabilen Gruppenmitgliedern gegenüberstehen. Vorsicht ist zudem geboten, wenn sich Teilnehmer einer sogenannten Psychoedukation unterziehen ließen: Dann wurden ihnen in aller Regel eingetrichtert, dass psychosoziale Krisen biologische Ursachen haben und einzig mit Psychopharmaka neutralisiert werden können und müssen (siehe LEHMANN 2013). Diese Form von Krisenbewältigung empfehlen sie in der Folge gerne anderen als alternativloses Patentrezept.

Nichtsdestotrotz ist individuelle und organisierte Selbsthilfe eine wesentliche Komponente der Krisenbewältigung. Sind keine Selbsthilfemöglich-

keiten vorhanden, bietet sich an, Unterstützung bei humanistisch orientierten Psychotherapeuten zu suchen.

Manchmal sind Probleme so drängend und gewaltig, dass weder mit Selbsthilfe noch mit psychotherapeutischen Verfahren eine rasche Abhilfe möglich scheint. Personen, die den Schutz einer Einrichtung wünschen, sollten sich rechtzeitig über solche mit humanistischer Ausrichtung wie zum Beispiel Krisenpension, Windhorst, Soteria, Weglaufhaus etc. informieren und prüfen, ob im Fall des Falles eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse oder des Sozialamts möglich ist. Staaten wie Deutschland, die die UN-Behindertenkonvention ratifiziert haben, sind gehalten, angemessene Vorkehrungen zur Verhinderung von rechtlicher Schlechterstellung zu treffen und die Auswirkungen einer aus einer Krise resultierenden Einschränkung von Freiheitsrechten zu mindern (MARSCHNER 2013, S. 212f.). Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle, die die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland überwacht, führte 2012 anlässlich einer öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des deutschen Bundestags aus:

»Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln beziehungsweise mit den mildesten Mitteln beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als ›ultima ratio‹ berufen. Tun sie das nicht, verstoßen sie gegen die UN-Behindertenkonvention.« (Deutsches Institut für Menschenrechte 2012, S. 5)

Angesichts weiterhin Zwangsbehandlungen erlaubender Gesetze und Gegebenheiten wären Deeskalationsmaßnahmen dringend nötig und sollten seitens der institutionalisierten Psychiatrie ein- und durchgeführt werden. Um dies zu verwirklichen, bräuchte es allerdings politischen Druck der Aufsichtsbehörden. So müssen derzeit ausgerechnet auch die Betroffenen psychosoziale Krisensituationen entschärfen, klaren Kopf behalten, Ruhe bewahren, gegenüber psychiatrisch Tätigen und hilflosen Angehörigen sachlich argumentieren, Angriffsflächen vermeiden, Zeit gewinnen, Freundinnen und Freunde dazurufen etc. – wahrlich kein leichtes Unterfangen, wie nicht nur das Beispiel Gustl Mollath drastisch zeigte. Kritische Mitglieder staatlicher Besuchskommissionen, insbesondere solche, die psychiatrische Klinikbehandlung schon am eigenen Leib erfahren haben, berichten immer wieder von vergleichbaren Erfahrungen.

Außenstehende können eine unabhängige Beschwerdestelle einschalten, sofern es eine solche gibt. Allerdings sind deren Interventionsmöglichkeiten

äußerst bescheiden. Was wirklich nötig wäre, geht aus den Empfehlungen hervor, die im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001 – 2006« entwickelt wurden. Beteiligt an dem Programm, das von der Europäischen Kommission unterstützt wurde, waren Mental Health Europe, die belgische Forschungseinrichtung LUCAS, Pro Mente Salzburg, MIND (England und Wales), der niederländische Clientenbond, die spanische FEFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental; 2015 umbenannt in Confederación Salud España), der deutsche Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Gemeinsam forderten sie als Maßnahmen gegen die in allen Ländern vorhandene strukturelle Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im medizinischen Bereich:

»Es sollten Gleichstellungsgesetze verabschiedet und Mittel bereitgestellt werden, um diese Gesetze in die Praxis umzusetzen. Ein Hauptanliegen ist es, Gesetze zu verabschieden, die aktiv die Respektierung der Menschenrechte garantieren. Diese Gesetze sollten ausgerichtet sein auf den Schutz der Menschenwürde, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Privatsphäre und das Recht auf Achtung.«

Dies kann zum Beispiel über die gesetzliche Absicherung von Voraussetzungen oder die Einführung eines Suizidregisters (unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka, Elektroschocks, von vorangegangener Fixierung und anderen Formen von Zwang, Schikane und Diskriminierung) geschehen.

Es sollten Beschwerdestellen eingerichtet werden, die mit der Autorität und den strukturell abgesicherten Möglichkeiten ausgestattet sind, Institutionen und Entscheidungsträger zu beeinflussen und gegebenenfalls zu sanktionieren.« (»Diskriminierung« 2005)

Problemen beim Absetzen von Psychopharmaka vorausschauend ins Auge schauen

Personen, die in psychosozialen Krisen psychiatrisiert wurden, werden in aller Regel mit einem Mix an Psychopharmaka entlassen. Aufgrund des psychiatrischen Dogmas, psychische Probleme seien ganz oder teilweise genetisch bedingt, versteht es sich von selbst, dass im sogenannten Arztbrief eine zeitliche Begrenzung der angeordneten Verabreichung von Psychophar-

maka sowie Hinweise auf mögliche Entzugserscheinungen fehlen. Sofern die Betroffenen Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Neuroleptika in Selbstbestimmung absetzen wollen, müssen sie auf eigene Faust mögliche Entzugsprobleme und Wege zu deren Minimierung erkunden und sich – vergleichbar der Situation nach einem Herzinfarkt – mit den Risikofaktoren für ihre eigenen psychosozialen Krisen und für die Psychiatrisierung beschäftigen. Im Idealfall werden sie ihre Lebenssituation so ändern, dass sie im Wissen um eigene Verletzlichkeiten (und die anderer Leute) gestärkt aus der Krise hervorgehen. Angesichts von Verschreibungskaskaden sowohl medizinischer-somatischer als auch psychiatrischer Pharmaka insbesondere bei älteren Menschen und den vielfältigen unerwünschten Wirkungen (zum Beispiel Kreislaufstörungen) und Interaktionen kam die deutsche Internistin Jutta WITZKE-GROSS 2010 zum Schluss:

»Absetzen von Medikamenten kann die beste klinische Entscheidung sein und in einem signifikanten klinischen Nutzen einschließlich einer Reduktion der Fallneigung resultieren. (...) Es ist auch immer daran zu denken, dass eine Möglichkeit, Medikamente abzusetzen, die ist, mit dem Medikament erst gar nicht anzufangen.« (S. 29/32)

Abhängigkeits- und Entzugsprobleme beim Absetzen von Psychopharmaka sollten alle potenziell Betroffenen frühzeitig überlegen lassen, ob es nicht auch für sie besser wäre, mit Psychopharmaka erst gar nicht anzufangen.

Negieren körperlicher Abhängigkeit von Psychopharmaka

In der Regel wird ihnen jedoch die Tatsache, dass Neuroleptika und Antidepressiva zu einer körperlichen Abhängigkeit führen, mit dem Argument vorenthalten, Abhängigkeit könne es nur geben, wenn gleichzeitig ein Suchtverhalten vorliege. Laut der internationalen Diagnosenfibel »ICD-10« (*International Classification of Diseases*) von 1992 müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien während eines Monats oder mehrmals innerhalb eines Jahres zutreffen, um von Abhängigkeit sprechen zu können: (1) ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen; (2) Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren; (3) anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen; (4) dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben; (5) Toleranzbildung; (6) körperliches Entzugssyndrom (DILLING et al. 1992). Durch das willkürliche Hinzufügen von Kriterien, die auf suchtbildende Stoffe zutreffen (im »ICD-9« genügte Toleranzbildung oder das Vorliegen eines Entzugssyndroms als Nachweis

von Abhängigkeit), meinen Befürworter von Psychopharmaka, deren abhängigkeitsförderndes Potenzial als Phantasieprodukt abtun zu können. Derzeit stehen die sechs Kriterien nach wie vor im aktualisierten »ICD-10«, eingeleitet durch die Bekräftigung,

»... ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.«

(DILLING et al. 2014, S. 114)

Der »ICD-10« erläutert zwar die Merkmale von Entzugssyndromen unterschiedlicher Substanzen (insbesondere psychische Störungen wie Angst, Depression und Schlafstörungen), die sich durch die erneute Zufuhr der abgesetzten Substanz wieder bessern (ebd., S. 117), allerdings sind laut »Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation«, der die diagnostischen Kriterien für einzelne psychische Störungen und Störungsgruppen kommentiert, weder Neuroleptika noch Antidepressiva bei den Substanzen gelistet, die Entzugs- und somit auch Abhängigkeitssyndrome verursachen können; erwähnt sind lediglich Alkohol, Opioide, Cannabis, Sedativa und Hypnotika (wozu Benzodiazepine zählen), Kokain, Stimulanzien, Nikotin und Lösungsmittel (DILLING und FREYBERGER 2014, S. 79–84).

Bei der Diskussionen um abhängig machende Potenziale von Psychopharmaka spielt die Definition von Abhängigkeit eine wichtige Rolle. Orientiert an der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) hatten noch 1985 der Arzt Wolfgang POSER, die Psychiaterin Sigrid POSER und der Diplom-Sozialwirt Dietrich ROSCHER in ihrem »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen« vor der willkürlichen Hinzufügung des Kriteriums »Sucht« als wesentlich für den Begriff »Abhängigkeit« geschrieben:

»Medikamenten-Abhängigkeit *liegt vor*, wenn zur genügenden Symptom-Suppression und zur Kontrolle des Befindens eine kontinuierliche Medikation oder sogar steigende Medikamenten-Dosen erforderlich werden und/oder eine »Medikamenten-Pause« zum verstärkten Auftreten der ursprünglichen und weiterer Beschwerden führt. Zeichen chronischer Intoxikation machen sich bemerkbar.« (S. 34 – Hervorhebung im Original)

Rudolf DEGKWITZ, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, warnte schon vor über einem halben Jahrhundert gemeinsam mit seinem Kollegen Otto LUXENBURGER vor massiven Entzugsproblemen:

»Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen schwierig, wenn nicht

unmöglich wird, die Neuroleptica wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt.« (S. 174 f.)
Zwei Jahre später schrieb DEGWITZ:

»Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptica führt (...) zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (1967, S. 161)

Mit Psycholeptica sind Antidepressiva und Neuroleptica gemeint. Zur Wirkstoffgruppe von Alkaloiden gehört zum Beispiel Morphin. Zu den Symptomen des Morphin-Entzugssyndroms zählen Zittern, Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Unruhe, Angst, Krampfanfälle, Schlaflosigkeit, Delire, Dämmer- oder Verstimmungszustände, vor allem aber auch lebensbedrohliche Kreislaufstörungen (Schockzustände). Schlafmittel gelten ebenfalls als abhängigmachend. Es ist bekannt, dass auch ihr Entzug mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein kann.

1966 betonte Raymond BATTEGAY von der Universitätsklinik Basel die Notwendigkeit, den Abhängigkeitsbegriff um einen neuen Typ zu erweitern, und damit dem Problem der Abhängigkeit von Neuroleptica und Antidepressiva gerecht zu werden. Im Vergleich mit den Entzugserscheinungen von Tranquilizern würden neuroleptische Substanzen bzw. deren Entzug zwar kein unstillbares Verlangen (»craving«) auslösen, dennoch würden die Entzugserscheinungen auf eine körperliche Abhängigkeit hinweisen, so dass von einem »Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit« gesprochen werden könnte:

»Entziehungssymptome bzw. eine körperliche Abhängigkeit ergaben sich insbesondere bei kombinierten Neuroleptica/Antiparkinsonmittelbehandlungen. (...) Nach den Erfahrungen von Kramer et al., die ähnliche Entziehungssymptome beim Absetzen von über zwei Monate lang und hochdosiert appliziertem Imipramin beobachteten, würden dieselben Kriterien auch für die antidepressiven Substanzen gelten, so dass von einem Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit gesprochen werden könnte.« (S. 555)

Die Folgen des Negierens körperlicher Abhängigkeit von Psychopharmaka

Ärzte lassen ihre Patientinnen und Patienten gerne im Stich, wenn diese ihre Psychopharmaka gegen ärztlichen Rat absetzen wollen. Der Psychiater Asmus FINZEN ist einer der ersten seiner Berufsgruppe, der diese Haltung als Kunstfehler benennt:

»Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel. (...) Viele Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Ärzte nicht auf ihre Klagen und Wünsche hören, wenn sie meinen, man könne es doch auch einmal ohne Medikamente versuchen. Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (2015)

Es ist zu hoffen, dass sich irgendwann Richter finden, die Ärzte wegen des Verstoßes gegen die Garantenpflicht und wegen des von Finzen beschriebenen Kunstfehlers verurteilen, wenn sie ihre absetzwilligen Patientinnen und Patienten aus der Praxis verweisen, ohne ihnen beim stufenweisen Absetzen beizustehen. In der Ferne zeichnen sich erste Lichtstreifen am Horizont ab, die darauf hinweisen, dass die Problematik der seit Jahrzehnten unterlassenen Hilfeleistung beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka ansatzweise erkannt wird (siehe HEINZ und LEHMANN 2017). Doch bis es ein verlässliches Angebot der Unterstützung gibt für Menschen, die aus eigenen Entschluss und evtl. trotz verstockter Haltung ihres Arztes die Psychopharmaka absetzen wollen, kann in Anbetracht der Langsamkeit, mit der sich Psychiater einer Einsicht in die Problematik stellen, noch Jahrzehnte dauern. Insofern sind für Psychiatriebetroffene bzw. potenziell Betroffene Vorsorgemaßnahmen angesagt, damit in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung gefördert, erhalten oder zumindest teilweise durchgesetzt wird. Das deutsche Rechtssystem bietet hierfür inzwischen einzigartige Voraussetzungen.

Vorausverfügungen als Schritt zur Gleichheit vor dem Recht

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheinender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann eine Behandlung ohne informierte Zustimmung rechtswirksam abgelehnt oder eingefordert werden. MARSCHNER erklärte:

»Eine rechtswirksame Patientenverfügung nach § 1901 a Absatz 1 BGB ist auch während einer Unterbringung nach dem BGB oder den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung.« (2013, S. 208)

Dies bestätigte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil vom Juli 2016. Im Fall einer Psychiatriebetroffenen, der ihr rechtlicher Betreuer gewaltsam Psychopharmaka verabreichen lassen wollte, betonte das Gericht die »Freiheit zur Krankheit«, da es im konkreten Konfliktfall

»... nicht um die Sicherstellung medizinischen Schutzes nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht; vielmehr ist der freie Wille der Betreuten zu respektieren. Dies gilt auch, soweit der freie Wille anhand von Indizien – insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens – ermittelbar ist. Nur wo dies nicht möglich ist, kann als letztes Mittel ein krankheitsbedingt entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden. (...)

Der vom Grundgesetz geforderte Respekt vor der autonomen Selbstbestimmung der Einzelnen verlangt vom Gesetzgeber auch bei Menschen, die im Hinblick auf ihre Gesundheitssorge unter Betreuung stehen, durch entsprechende Regelungen sicherzustellen, dass vor konkreten Untersuchungen des Gesundheitszustands, vor Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen stets aktuell festgestellt wird, ob nicht eine hinreichende Einsichts- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen im Hinblick auf diese Maßnahmen besteht, so dass sie hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden können. Dabei können, wie es das Gesetz auch jetzt schon vorsieht (vgl. § 1901 a Abs. 1 und 2 BGB), eine Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation maßgeblich sein.« (BVerfG, Rn. 82/86)

In ihrer »ethischen Stellungnahme« von 2014 hatte sich auch die DGPPN dazu durchgerungen, die Wirksamkeit von Vorausverfügungen einzugestehen:

»Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt

sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben.«

Falls die DGPPN aussagen will, dass die Betroffenen mit ihrem Selbstbestimmungsrecht auch die Aufgabe haben, insbesondere bei erwarteten oder befürchteten Krisensituationen im Voraus selbstdefinierte Lösungswege aufzuzeigen, ist dem zuzustimmen.

Vermutet werden muss jedoch, dass Psychiater eher darauf spekulieren, dass ihre Patienten Behandlungsvereinbarungen unterzeichnen – vorausseilende Zustimmungen zu einer späteren Zwangsbehandlung. *Rechtlich gelten vorausseilende Zustimmungen zu späteren Zwangsmaßnahmen zwar als ausgesprochen problematisch. Stellt sich in einem Konfliktfall jedoch die Frage nach dem tatsächlichen Willen des Patienten, kann eine Gewalt akzeptierende Aussage in einer Behandlungsvereinbarung als prinzipielles Einverständnis mit der Deutungshoheit des Psychiaters ausgelegt werden, die eigene Rechtsposition ist dann erheblich geschwächt.* In der Behandlungsvereinbarung, die beispielsweise die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz anbietet, dürfen die Patienten in spe Prioritäten benennen für mögliche Zwangsmaßnahmen wie Ausgangsbeschränkung, Zwangsbehandlung, Isolierung (»Zimmergebot«) und Fixierung (siehe Abbildung) – für den Fall, dass Zwang als alternativlos betrachtet wird (Klinik 2014, S. 5). Mit Unterzeichnung einer solchen Vereinbarung unterwerfen sie sich dem Anspruch der Psychiater, die Unumgänglichkeit und Alternativlosigkeit ihrer Maßnahmen im Konfliktfall einseitig zu definieren und gegebenenfalls Psychopharmaka gewaltsam zu verabreichen.

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben (Prioritäten durch Ziffern kennzeichnen):

- ☐ Ausgangsbeschränkung
- ☐ Zimmergebot
- ☐ Fixierung
- ☐ Zwangsmedikation
- ☐

Abb.1: Aus der Behandlungsvereinbarung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz

Der Charakter der vorauseilenden Zustimmung zu möglicherweise später anstehenden Maßnahmen wird auch deutlich anhand der DGPPN-Stellungnahme (»Forschung intensivieren, Selbstbestimmung achten«) vom Juni 2016 zur geplanten Novelle des Arzneimittelgesetzes. Dort fordert die Interessenvertretung der Psychiater offen mehr Forschung an Einwilligungsunfähigen und plädiert dafür, dass potenzielle Patientinnen und Patienten schon heute ihre Bereitschaft erklären, ihren Körper zukünftig im Fall der »Nichteinwilligungsfähigkeit« (beispielsweise bei Demenz) für Forschungen mit Psychopharmaka zur Verfügung zu stellen:

»Die betroffene Person kann also im noch einwilligungsfähigen Zustand eine Vorausverfügung in Form einer Patientenverfügung treffen, in der sie die Bereitschaft für die Teilnahme an gruppennütziger Forschung erklärt.«

Mit Vorausverfügungen konstruktive Lösungswege aufzeichnen

In Vorausverfügungen sollte es nicht einzig darum gehen, sich gegen die »Tyrannei der Außenwelt« (BIERI 2013, S. 9) zu wehren. Wichtig ist auch die Vorschau, wie psychosoziale Notlagen im Einklang mit der eigenen Weltanschauung bewältigt werden sollen, wie der einzelne Mensch Autor und Subjekt des eigenen Lebens bleibt. Als seriöse und zugleich einfache Hilfe zur Vorsorge, samt Entscheidungshilfen, empfiehlt sich die Vorsorgemappe »Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung« (FIETZEK und VON ZWEYDORF 2016), kombiniert mit der Psychosozialen Patientenverfügung – PsychPaV (siehe LEHMANN 2015[b]).

Rechtzeitig und mit vertrauenswürdigen nahestehenden Personen sollte sich jeder und jede einzelne Psychiatriebetroffene Gedanken über mögliche Krisensituationen und deren Bewältigung machen und diese in geeigneter Form zu Papier bringen (siehe ZIEGLER 2007 und 2014). Diese Notwendigkeit besteht auch für Menschen, die damit rechnen, einmal im Alten- und Pflegeheim zu landen, wo sie möglicherweise einer massiven Ruhigstellung mit Psychopharmaka ausgesetzt werden.

Mit Vorausverfügungen soll nicht nur die »Freiheit zur Krankheit« durchgesetzt werden, sondern auch die »Freiheit zur Gesundheit«. Deshalb ist es nützlich, eine Dokumentation gesundheitlicher Vorschädigung und familiärer Belastung durch körperliche Erkrankungen beizufügen. Zudem kann mit der Auflistung bestehender Risiken (siehe LEHMANN 2017[a, b], LEHMANN et al. 2017) der Vernunftgehalt einer gegebenenfalls sich kritisch zu Psychopharmaka äußernden Vorausverfügung demonstriert werden.

Vorausverfügungen sind zwecks Wahrung des Selbstbestimmungsrechts Behandlungsvereinbarungen deutlich vorzuziehen. Mit ersteren können auch die Interessen derer geschützt werden, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Übrig bleibt der Personenkreis ohne getroffene Vorsorge, ihm wird die Möglichkeit genommen, durch eine – über eine Notfallbehandlung hinausgehende – Zwangsbehandlung vor einem Schadensrisiko bewahrt zu werden. Er ist aber im Krisenfall geschützt vor der Verletzung seiner elementaren Menschenrechte und kann das Recht auf »Freiheit zur Krankheit« (Selbstbestimmungsrecht) genauso in Anspruch nehmen wie ein somatisch Kranker.

Welche Möglichkeiten im Prinzip jetzt schon in psychiatrischen Kliniken mit gutwilliger Stationsleitung bestehen, wurde am Medikamentenaufklärungsprojekt des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz deutlich. Beteiligt sind unter anderem der Psychiater Volkmar Aderhold und dessen Kollegen und Kolleginnen der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Klingenmünster und der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach (siehe LEHMANN 2016[b]). Im Aufklärungsbogen beispielsweise zu Neuroleptika (Antipsychotika) heißt es (Stand: Februar 2017):

»Wenn Sie den Schutz und die Unterstützung einer Klinik wollen, jedoch keine Antipsychotika, dann stehen Ihnen u. a. folgende Möglichkeiten zur Wahl:

- Empathische geduldige Begleitung durch das Personal, Schutz vor zu vielen Reizen
- Gespräche mit Mitpatientinnen und -patienten sowie mit Genesungsbegleiterinnen
- Psychosoziale Hilfen und Sozialberatung (z. B. bei Problemen im Bereich Arbeit, Wohnen, Finanzen)
- Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, systemische Verfahren, tiefenpsychologische Verfahren)
- Psychoseseminare
- Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel (z. B. Baldrian, Passionsblume), Aromatherapie, Akupunktur
- Sport, Physiotherapie und Entspannungsverfahren (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training etc.)
- Kreative Therapien und Ergotherapie (Tanz-, Musik-, Kunst- oder Ergotherapie)
- Spezielle Ernährungsmaßnahmen (z. B. Nahrungsergänzungsmittel)

– Kommunikation mit wohlwollenden Vertrauenspersonen fördern, ggf. auch durch soziale Medien (z. B. Skype oder E-Mails)

Entscheiden Sie sich für die Klinik und die Behandlungsmaßnahme, die Ihren Interessen am ehesten entspricht. Psychopharmaka gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und die Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen.«

Man kann sich in persönlichen Vorausverfügungen durchaus auf solche Positiverfahrungen beziehen.

Psychiatisierung ohne Vorausverfügung

Kommt es zur einvernehmlichen Verabreichung von Psychopharmaka, sollte man die frühen Warnzeichen für chronische oder eventuell tödlich verlaufende psychopharmakabedingte Erkrankungen kennen (siehe LEHMANN 2014[b]), um im Bedarfsfall rasch handeln zu können. Bei erzwungener Verabreichung sollten Angehörige oder Freunde auf das Entstehen chronischer oder eventuell tödlich verlaufender psychopharmakabedingter Erkrankungen hinweisen, dokumentieren und diese Dokumentation psychiatrischem Personal unter Zeugen überreichen mit dem freundlichen Hinweis, der Psychiater möge »die Medikation anpassen«. Damit vermitteln sie ihm in subtiler Weise, dass in die psychiatrische Akten Beweise eingebracht werden, die ein juristisches Verfahren wegen bedingt vorsätzlicher Körperverletzung untermauern können. Auch wird verdeutlicht, dass er besser von seinem Tun ablassen möge.

Dass sich angesichts der realen Gegebenheiten in psychiatrischen Einrichtungen und der Unvorhersehbarkeit der Zukunft mit Vorausverfügungen nicht jegliche Krisensituation ohne einschränkende Maßnahmen umfassend regeln lässt, versteht sich von selbst. Glücklicherweise hat, wer eine Vertrauensperson hat, die im Konfliktfall die eigenen Wertvorstellungen interpretieren und kommunizieren kann, oder gar eine Einrichtung in der Nähe kennt, die verbindlich erklärt, bei ernststen psychosozialen Krisen die persönlich formulierten Hilfen zu leisten.

Die Verantwortung im Krisenfall, beim gedanklichen Vorwegnehmen von Maßnahmen, wie die Krise nach eigenen Wertvorstellungen und Möglichkeiten zu bewältigen ist, oder bei der nachträglichen Verarbeitung liegt nicht alleine bei den psychiatrischen Patientinnen und Patienten, sondern auch bei all den Professionellen, die mit organisatorischen, finanziellen und

juristischen Möglichkeiten ausgestattet sind. Verantwortung tragen auch Regierung, Verwaltung und Verbände mit ihrem Anspruch, die Interessen psychiatrischer Patientinnen und Patienten mit zu vertreten. Staatliche Organe könnten Krankenkassen nicht nur dazu bewegen, die Versicherten zur Abgabe von Erklärungen zu späteren Organspenden zu bewegen – wie bereits geschehen –, sondern auch zum Verfassen von Vorausverfügungen für den Fall einer zukünftigen Altersverwirrtheit oder Psychiatrisierung. Psychiatrisch Tätige, die nicht warten wollen, bis die Organe der Obrigkeit aktiv werden, können jetzt schon mit gutem Beispiel vorausgehen und die Trägheit ihrer Patientinnen und Patienten überwinden, indem sie mit gutem Beispiel vorausgehen und gemeinsam mit ihnen Vorausverfügungen niederschreiben.

An die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., die sich als Lobby für Menschen mit psychischen Erkrankungen versteht, die ihre Anliegen schlecht selbst vertreten können, wurden schon bei ihrer Jahrestagung 2015 Fragen gestellt, wann sie aktiv wird angesichts

- fehlender Kontrolluntersuchungen und ausbleibender Aufklärung über Risiken, Frühwarnzeichen, sich abzeichnender behandlungsbedingter Schädigungen sowie Behandlungsalternativen,
- fehlender Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka,
- fehlender therapeutischer Hilfen beim Verarbeiten iatrogenen Traumata,
- fehlender humanistischer Angebote (LEHMANN 2016[c]).

Angesichts der in Europa um durchschnittlich 22 Jahre verminderten Lebenserwartung von Menschen mit ersten psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung wäre es Zeit für Antworten.

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Selbsthilfe

Auch wenn individuelle und organisierte Selbsthilfe eine wesentliche Komponente bei der Bewältigung psychosozialer Krisen darstellt, sollen ihre Schattenseiten hier nicht unterschlagen werden. Immer wieder kommt es in Selbsthilfegruppen zu psychischen Verletzungen. Psychiatriebetroffene sind dann besonders verletztlich, wenn sie sich nach katastrophalen Erfahrungen mit der Psychiatrie unter ihresgleichen sicher wähnen und vertrauensvoll offenbaren. Psychiatriebetroffene sind nicht automatisch mehr aneinander interessiert und fähiger, sich solidarisch, mitfühlend und kritikfähig mit anderen auseinanderzusetzen und Rücksicht auf deren Verletzbarkeit zu nehmen. Wieso sollten psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose«

oder »Schizophrenie« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnose? Sitzen die Betroffenen durch eine angenommene Gleichheit oder Vergleichbarkeit ihrer Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung nicht einer Illusion auf, die sie beim ersten Erleben unterschiedlicher Wahrnehmung oder Bewertung von Situationen (siehe LEHMANN 2016[d]) förmlich in Enttäuschungen hineintreiben muss?

In seinem Beitrag in dem Buch »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« gestattete David WEBB aus Melbourne, ehemaliges Vorstandsmitglied des Weltnetzwerks von Psychiatriebetroffenen, einen kritischen Blick auf diese dunkle Seite so mancher Selbsthilfegruppe. Er schrieb:

»Eine der nervigsten Sachen während meines Kampfes waren all die Leute, die glauben, dass das, was ihnen geholfen hat, mir auch helfen könnte. Der Weg zur Freiheit ist einzigartig und höchst persönlich.« (2013, S. 161)

Abhängigkeit von Psychopharmaka sollte nicht durch eine neue Abhängigkeit abgelöst werden. Vorsicht ist immer angebracht, wenn Patentrezepte angeboten werden. Dies betrifft die antipsychiatrische »Bewegung« allgemein und auch Standardvorausverfügungen, insbesondere wenn den persönlichen Erfahrungen und Krisenbewältigungsstrategien kein Raum gegeben wird. Als Beispiel soll die »Patientenverfügung (PatVerfü)« dienen, die unter anderem von der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener und vom BPE-Vorstand herausgegeben wird. Das Formular sieht – insbesondere für psychiatriekritisch eingestellte Personen sinnvoll – die Ablehnung einer psychiatrischen Diagnostizierung und Behandlung vor, kann die Unterzeichner jedoch in immense Schwierigkeiten bringen, wenn sie Behandlungen ohne jegliche Einschränkung ablehnen. Mit der Formulierung

»Strikt untersage ich folgende Behandlungen:

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst
- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst.« (2014)

kommen die Unterzeichner potenziell in Lebensgefahr: In einer Ambulanz oder in einem Krisendienst darf eine starke Blutung dann nicht mehr gestillt, ein Herzstillstand nicht mehr behandelt werden, wenn die Betroffenen beispielsweise im Zustand der Bewusstlosigkeit ihre Verfügung nicht mehr widerrufen können. Hellhörig sollte auch machen, wenn ein Formular keine Benennung von eigenen Erfahrungen, von möglichen Krisensituationen und

von alternativen Lösungswegen in psychosozialen Krisen vorsieht – was aber auch heute noch (auf Grundlage des § 1901 a BGB) als dringend erforderlich anzusehen ist, um die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abfassen der Patientenverfügung zu belegen und dem Einwand zu begegnen, man hätte sich keine ausreichenden Vorstellungen über die zukünftige Behandlung gemacht (siehe MARSCHNER 2000, S. 161). Die genannte »PatVerfü« bietet statt dessen Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt wird; Warnungen vor einem möglichen folgenschweren Missbrauch dieser Vollmachten fehlen jedoch komplett. Wer sich mit den Vorgaben der »PatVerfü« zufrieden gibt, geht ein hohes Risiko ein, dass diese im Konfliktfall vom Richter ignoriert wird.

Eine kritische Haltung nach allen Seiten ist existenziell für eine selbstbestimmte Krisenverarbeitung und -vorsorge. Es ist angeraten, sich rechtzeitig einen Überblick über Stolpersteine und Vorzüge einzelner Vorausverfügungen (PLAV 2014) zu verschaffen, sich eine unabhängige eigene Meinung zu bilden und entsprechend vorzusorgen. »PatVerfü« und Behandlungsvereinbarung waren hier nur zwei Beispiele für Fallstricke, in denen man sich besser nicht verfangen sollte.

Die präventive Wirkung, sich rechtzeitig gedanklich mit Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren sowie Bewältigungsstrategien psychosozialer Krisensituationen auseinanderzusetzen und nach möglichen Unterstützern zu suchen, ist nicht zu unterschätzen (siehe AG »Selbst-CheckerInnen« 2010; KRÜCKE 2007 und 2014). Wer es lernt, sich nach psychosozialen Krisen mit deren Sinn und Auslösesituationen zu beschäftigen, läuft nicht mehr so schnell in die nächste psychotische, depressive oder manische Phase (BELLION 2013). Voraussetzung ist, sich selbst als verantwortliches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit und seiner Zukunft wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht zumindest weitgehend gewahrt bleibt.

Fazit

Bis es dazu kommt, dass Psychiater das Verfassen autonomer Vorausverfügungen anregen oder humanistische Hilfen als angemessene Vorkehrungen zur Verhinderung von rechtlicher Schlechterstellung als Standardleistungen anbieten, können noch viele Jahre vergehen. Aus der allgemeinen rechtlichen Schlechterstellung Psychiatriebetroffener und den gesundheitlichen

Gefahren, die von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgehen und die mitverantwortlich für ihre um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung sind, ergibt sich die Notwendigkeit, sich per Vorausverfügung zu schützen. Nur so wird man im Krisenfall nicht zum wehrlosen Objekt von Willkürmaßnahmen. Da Vorausverfügungen rechtswirksam sind, ist es wichtig, für die Bewältigung einer möglichen Krisensituation den eigenen Willen sorgfältig, verantwortungsvoll und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt zu formulieren.

Anmerkungen

Die in Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern stammen vom Autor. Sämtliche Internetzugriffe erfolgten am 27. Oktober 2016.

Quellen

- AG »Selbst-CheckerInnen« im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (2014): »Selbst-Checken: Geht es wieder rund?«, in: KNUF, A./GARTELMANN, A. (Hg.)(2014): »Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen«, Köln: BALANCE buch + medien verlag, 9., korrigierte Auflage, S. 168–177
- BATTEGAY, R. (1966): »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Der Nervenarzt, 37. Jg., S. 552–556
- BELLION, R. (2013): »Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an«, in: Peter LEHMANN (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 291–303 (E-Book 2013)
- BGH (Bundesgerichtshof): Urteil vom 11.4.1989, Az.: VI ZR 293/88 (»Ärztliche Diagnose«); im Internet unter www.jurion.de/Urteile/BGH/1989-04-11/VI-ZR-293_88
- BIERI, P. (2013): »Wir wollen wir leben«, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener et al. (Hg.): »Patientenverfügung (gemäß § 1901a BGB)«, Internetveröffentlichung www.patverfue.de/media/Pat-Verfue_neu.pdf vom 3. Oktober 2014
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht): Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016 – 1 BvL 8/15; im Internet unter www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/lS20160726_1bvl000815.html
- CUMMING, J./CUMMING, E. (1957): »Closed ranks. An experiment in mental health education«, Cambridge: Harvard University Press
- DEGKWITZ, R. (1967): »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- DEGKWITZ, R./LUXENBURGER, O. (1965): »Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptics«, in: Der Nervenarzt, 36. Jg., S. 173–175
- Deutsches Institut für Menschenrechte: »Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention«, Internetveröffentlichung www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_zur_UNBRK_anlaesslich_der_Oeffentlichen_Anhoerung_am_10_12_2012_im_Rahmen_der_105_Sitzung_des_Rechtsausschusses.pdf vom 10. Dezember 2012
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.): »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Internetveröffentlichung www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html 23. vom September 2014
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.): »Stellungnahme zur 4. AMG-Novelle«, Internetveröffentlichung [www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016-06-29_DGPPN_STN_4_AMG_Novelle_FIN.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-06-29_DGPPN_STN_4_AMG_Novelle_FIN.pdf) vom 29. Juni 2016
- DILLING, H./FREYBERGER, H.J. (Hg.) (2014): »Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen«, 7., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (1992): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber Verlag
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (2014): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, 9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich: eine europäische Studie«, durchgeführt im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006«, 2005; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf
- FIETZEK, L./VON ZWEYDORF, T. (2016): »Für den Fall, dass... – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung«, Berlin: Edition Vorsorge / Lothar Fietzek Verlag, 15. Auflage
- FINZEN, A. (2015): »Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht«, in: Asmus FINZEN / Peter LEHMANN / Margret OSTERFELD / Hilde SCHÄDLE-DEININGER / Anna EMMANOUELIDOU / Theodor ITTEN: »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, in: Soziale Psychiatrie, 39. Jg., Nr. 2, S. 16-19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf

- KALECK, W./HILBRANS, S./SCHARMER, S. (2008): »Gutachterliche Stellungnahme – Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin«, 2., überarbeitete Fassung, Berlin; im Internet unter www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz: Behandlungsvereinbarung, Mainz: Mai 2014; im Internet unter www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/ps/Dokumente/Veranstaltungen/Mainzer_Behandlungsvereinbarung_Druckformular.pdf
- KREUTZ, N. (2015): »Schmaler Grat«, in: Psych. Pflege Heute, 21. Jg., S. 303–305
- KRÜCKE, M. (2007): »Voraussetzungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 99–106 (E-Book 2014)
- LEHMANN, P. (2013): »Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten«, in: Psychotherapie-Wissenschaft, 3. Jg., Nr. 2, S. 79–89; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/basaglia-aktuell.pdf
- LEHMANN, P.: »Elektroschock«, in: Wolfram PFREUNDSCHUH (Hg.): »Kulturkritisches Lexikon«, Internetveröffentlichung http://kulturkritik.net/begriffe/begr_txt.php?lex=elektroschock vom 6. März 2014[a]
- LEHMANN, P.: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014[b], Nr. 1, S. 16–19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf
- LEHMANN, P.: »Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention«, in: Recht und Psychiatrie, 33. Jg. (2015[a]), S. 20–33
- LEHMANN, P.: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Internetveröffentlichung www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt/psychpav.htm vom 18. Dezember 2015[b]
- LEHMANN, P.: »Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2016[a], Nr. 1, S. 8–11; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf
- LEHMANN; P.: »Grußwort zur 22. Fachtagung (»Patientenrechte in der Psychiatrie – Theorie und Wirklichkeit«) des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. in Kooperation mit der Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach, 7. September 2016[b]«, in: Leuchtfieber – Journal des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz (in Vorbereitung); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/lehmann_grusswort-andernach-2016.pdf
- LEHMANN, P.: »Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie – Wann wird die Aktion psychisch Kranke aktiv?«, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE / Peter WEISS / Andreas HEINZ (Hg.): »Selbsthil-

- fe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation 03. und 04. November 2015 in Berlin«, Köln: Psychiatrie Verlag 2016[c], S. 46–72; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-enquete-apk.pdf
- LEHMANN, P.: »Ketzerische Gedanken zur Selbsthilfebewegung anlässlich des Todes von Klaus Laupichler«, in: Hilde SCHÄDLE-DEININGER/Reinhard PEUKERT/Franz-Josef WAGNER (Hg.): »Trialogisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen«, Köln: Psychiatrie Verlag in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. 2016[d], S. 130–136; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann_ketzerische-gedanken.pdf
- LEHMANN, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, 2., bearbeitete Auflage, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2017[a]
- LEHMANN, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, 2., bearbeitete Auflage, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2017[b]
- LEHMANN, P./ADERHOLD, V./RUFER, M./ZEHENTBAUER, J. (2017): »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika - Risiken, placebo-Wirkungen, Niedrigdosierung und alternativen. Mit einem Exkurs zur wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing
- LEHMANN, P./HEINZ, A. (2017): »International Withdrawal Symposium«, Symposium mit Redebeiträgen von Volkmar Aderhold, Tom Bschor, Laura Delano und Peter C. Gøtzsche beim WPA XVII. World Congress of Psychiatry (»Psychiatry of the 21st Century: Context, Controversies and Commitment«), Berlin, 8.–12. Oktober 2017
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (2014): »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Peter LEHMANN / Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42–75 (E-Book 2014)
- MARSCHNER, R. (2000): »Verbindlichkeit und notwendiger Inhalt von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der Psychiatrie«, in: Recht und Psychiatrie, 18. Jg., S. 161–164
- MARSCHNER, R. (2013): »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin AICHELE / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht – Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 203–230
- PLAV (Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag) (2014): »Vorausverfügungen«, Internetveröffentlichung www.antipsychiatrieverlag.de/info/voraus.htm vom 3. Oktober 2014
- POSER, W./ROSCHER, D./POSER, S. (1985): »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 6. Auflage
- WÄHNER, E. (2016): »Die gesetzestechnische Regelung von Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und Zwangsbetreuung«, in: Bruno HEMKENDREIS / Peter LEHMANN / Eckart WÄHNER / Franz-Josef WAGNER: »Zwang und Gewalt in der Psychiatrie reduzieren, vermeiden, verhindern, ahnden«, in: Psychiatrische Pflege,

1. Jg., Nr. 6, S. 31-35; ungekürzte Fassung im Internet unter www.peter-lehmann.de/document/psychpflege2016.pdf
- WEBB, D. (2013): »Bitte tun Sie sich nichts an«, in: Peter LEHMANN (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 151–161 (E-Book 2013)
- WERNER, W. (1991): Diskussionsbeitrag, in: »Zwischen Verfügungsgewalt und Verantwortung – Wie menschenwürdig ist die deutsche Psychiatrie?«, Redaktion »Streit im Schloss«, Südwestfunk 3, Fernsehsendung vom 21. Dezember 1991
- WITZKE-GROSS, J. (2010): »Absetzen von Medikamenten bei älteren Patienten – aber wie?«, in: KV (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) / KVH aktuell (Informationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen) – Pharmakotherapie: Rationale Pharmakotherapie in der Praxis, 15. Jg., Nr. 4, S. 29–32
- ZIEGLER, L. (2014): »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – Die Rechte eines Flohs«, in: Peter LEHMANN / Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331–343 (E-Book 2014)

Die Gesundungsphase – mein Recovery-Weg

Franz-Josef Wagner

Erstmals hörte ich 2006 durch Michaela Amering von dem Begriff »Recovery«. Bei der 10. Fachtagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz mit dem Titel »Wege der Genesung – Wieder in die Gesellschaft« hielt sie den Vortrag »Hoffnung – Macht – Sinn (Recovery-Konzepte für die Psychiatrie)«. Danach veröffentlichten Michaela Amering und Margit Schmolke das Buch »Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit«. Bis dato wurden Berichte von psychiatrieerfahrenen Menschen, die wieder Lebensqualität erreicht hatten, als Spontanremission bezeichnet, oder die Psychosen der Menschen wurden von den Psychiatern in Frage gestellt. Mittlerweile, also nach zehn Jahren, wird in den anstehenden S 3-Leitlinien über die Aufnahme des Begriffs »Recovery« diskutiert.

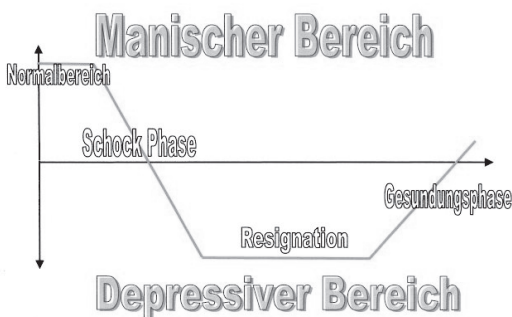


Abb. 1

Ich möchte heute meinen eigenen Recovery-Weg (die Gesundungsphase) in elf Schritten beschreiben.

1. Suchen nach der Bedeutung meines Lebens

Der Beginn, über den Sinn und die Bedeutung des Lebens nachzudenken, war anlässlich meines depressiven Rückzugs die Postkarte meiner kleinen Tochter mit einem Himmelbett, in dem ich mich liegen sah. Denn ich gelangte in dieser Zeit beim (normalen) Einkaufen schon an meine Grenzen. Z.B. brauchte ich 15 Minuten für die Entscheidung, 750 Gramm

Reis zu kaufen. Es gibt ja Reis im Beutel und lose und auch in 500 bzw. 1000-Grammverpackungen. Vor meiner psychotischen Karriere bin ich gerne und ohne Probleme einkaufen gegangen. In Folge dessen habe ich mir das Ziel gesetzt: »Du möchtest Deinen Kindern einen Vater präsentieren, der Ziele und Visionen hat, der sein Leben nicht nur im Griff hat, sondern der auch wieder selbstbestimmt für andere Menschen da sein will«. Ich wollte meinen Kindern endlich ein Vorbild sein. Sie sollten (wieder) stolz auf mich sein. Meine Krankheitsbewältigung sollte Mut machen, meinen emotionalen, psychischen und somatischen Einschränkungen zum Trotz. Nicht nur leben zu können, sondern auch zu überstehen, war der Anspruch an mich selber. Dieses Ziel war galaktisch weit von der Realität entfernt und ohne Hinweise, wie dies zu realisieren sein könnte – es war wie eine Art »Heldenreise«. Vorstellungen, wie aus dem dunklen Tunnel zu kommen sei, fehlten mir gänzlich.

2. Soziale Beziehung suchen und aufbauen

Ich hatte das Glück, dass ich mich blind auf meine Eltern verlassen konnte. Meine Eltern ließen mich nicht nur von Ordnungshütern aus der elterlichen Wohnung in ein Landeskrankenhaus bringen, sie besuchten mich im Landeskrankenhaus, sprachen mit Ärzten, sprachen mit mir, erklärten mir ihr Vorgehen, sprachen mit mir über meine Zukunft und unterstützten meine Visionen und die Realisierung meiner Wünsche. Zur gleichen Zeit lernte ich die Selbsthilfebewegung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener kennen, die zu recht chaotischen Treffen in der Jugendherberge in Kassel führten. Ich war nicht mehr allein im Kampf ums Überleben. Ich lernte von den Schicksalen der Menschen im Bundesverband, von Dorothea Buck, Peter Lehmann, Andreas Knuf, Brigitte Siebrasse, Wolfgang Völzke usw. und fühlte mich hier geborgen. Mit diesen Menschen hatte ich nicht nur telefonischen, sondern auch persönlichen Kontakt, las Literatur aus der Betroffenenpersicht und diskutierte mit vielen Betroffenen über uns und die politischen Probleme. Jetzt wollte ich meinen Weg auch publizistisch verarbeiten. Einer meiner ersten Aufsätze war auch mein Motto: »Psychisch Kranke gehen in die Offensive«, abgedruckt in: Psychische Pflege 5/1999 des Thieme Verlags in Stuttgart.

3. Annehmen der Situationen

Nach dem Motto »Es ist wie es ist, sagt die Liebe« (Erich Fried) habe ich meine Situation angenommen und »Ja« zu meinem Leben gesagt. Ich habe das Schicksal der Biografie mit ihren sozialen Auswirkungen akzeptiert, dazu gestanden und allen Menschen offen davon erzählt. Ähnlich wie homosexuelle Paare öffentlich zu ihrer Liebe stehen und dabei nicht nur neue Kraft schöpfen, sondern auch eine neue höhere Lebensqualität spüren, so habe ich durch meine Offenheit eine riesige Last abgelegt. Die Annahme und Bewältigung von Krisen wurde mir immer leichter. Ich spürte die Distanz meiner Geschwister, Nachbarn und vieler Angehöriger. Jetzt erfuhr ich auch von den lebensverkürzenden Psychopharmaka, von der extrem hohen Suizidrate der psychiatrisch Tätigen, von den vielen Ausschlüssen bei Verträgen. Das machte mich noch sicherer, und ich sah mich zum Glück nicht als Retter der Welt. Ich wollte im Fluss der Psychiatriebewegung surfen, Veränderungen für mich und die Bewegung bewirken und auch auf diese kleinen Schritte aufmerksam machen. Ich hatte von nun an meinen Lebenswillen wiedergefunden.

4. Behutsame Annäherung an unbekannte Aufgaben

Von nun an setzte ich mich politisch und menschlich verstärkt in der Selbsthilfegung ein, bekam vereinzelt von Menschen aus dem Subsystem Psychiatrie positive Resonanz, spürte von reformwilligen Menschen Unterstützung und sah auch die Verachtung des bestehenden Systems. Unsere ersten Projekte waren Psychose- und Ethikseminare in Trier, Mainz und Landau sowie das Kunstprojekt »Bilder aus gesunden und kranken Tagen« als Wanderausstellung und Bildbandpräsentation. Der Aufbau der jährlichen Fachtagungen, die Herausgabe der Selbsthilfezeitung »Leuchfeuer« und die erste kleine Spende, die von einem ehemaligen Bundespolitiker kam, das waren positive Meilensteine in meinem psychischen Leben. Damit begann bei mir der Ausstieg aus dem Teufelskreis und dem Sog der Abwärtsspirale durch die Diagnose Schizophrenie. Ministerpräsident Kurt Beck verlieh mir »Als Zeichen der Anerkennung und Würdigung besonderer ehrenamtlicher Verdienste um die Gesellschaft und die Mitmenschen« die Verdienstmedaille des Landes Rheinland-Pfalz. Der Oberbürgermeister der Stadt Trier verlieh mir eine Urkunde »In Anerkennung und Dankbarkeit für herausragendes ehrenamtliches Engagement«. Diese Würdigungen und Anerkennungen gaben mir Kraft und die Gewissheit, auf dem richtigen Weg zu sein.

5. Neudefinition meiner Persönlichkeit

Jetzt kam auch der Widerstand in mir zurück: Trotz allem, gerade deshalb, lebenserfahren, verrückt und kreativ, hochsensibel, außergewöhnlich waren die neuen mich treibenden Eigenschaften für eine andere Psychiatrie. Es war ein Durchhalten auf dem eingeschlagenen Weg trotz neuer Krisen, Klinikweisungen und wegwerfender Behandlung durch das medizinische Personal. In Veröffentlichungen in psychiatriepolitischen Zeitschriften zu den Themen: »Loyale und gute Kooperation von Politik und Selbsthilfe in Rheinland-Pfalz«, »Mein Weg aus der Chronifizierung einer Krise«, und bei Vorträgen z. B.: »Bessere Reintegration mit Hilfe der Persönlichen Budgets und ambulanter psychiatrischer Pflege!« in Universitäten zeigte ich Wege aus der Krise. Wegweisend war für mich mein Verständnis der endogenen schizophrenen Diagnose, das ich in dem Aufsatz »Liebe, Lust, Leidenschaft und Schizophrenie – Ein anderes Erklärungsmodell« dargelegt habe. Jetzt hatte ich eine exogene Erklärung, Analyse und Logik für die Schizophrenie, die plausibel für mich war und mit der ich leben konnte – traumatisches Erleben in Beruf und Familie.

6. Übereinstimmung meiner Gefühle mit der öffentlichen Wahrnehmung

Durch meine Erfolge mit zwei Fachbeiträgen in einer Ausgabe einer Fachzeitschrift, meinem »Coming out proud«, wurde ich bestätigt. Es zeigte mir, wer ich tatsächlich bin, und dass ich keine soziale Maske brauchte, keine Fassade und Schutzmauer. Ich erzählte auf Reisen und bei neuen Beziehungen von mir, setzte meine biographischen Aufsätze auf die Homepage und sah die Resonanz der Seitenaufrufe (470 000 Klicks im Jahr 2015), spürte die Nachfrage nach meiner Erfahrung bei reformwilligen Profis und in der Politik des Landes Rheinland-Pfalz. Selbstbewusst konnte ich wieder sagen: »Ich bin ich und ich bin okay«. Wegweisende Tagungen wie »Wohnen und Betreuen – heute und morgen« sowie »Wege der Genesung – wieder in die Gesellschaft« stärkten mein Identitätsbewusstsein. Jetzt bekam ich auch eine Vision für die Schwächsten in der Psychiatrie. Wir entwickelten für die Menschen aus dem Heim eine Perspektive mit der Tagungsreihe »Der Weg aus dem Heim – aber wie«. Der Einsatz für »aussortierte und vergessene Menschen« machte immer mehr Freude. Ich bekam mit dem psychiatrienerfahrenen Kämpfer Klaus Laupichler einen fachkundigen Mitstreiter. Er wurde ein persönlicher und ehrlicher Freund und zusammen bekamen wir Unterstützung von reformwilligen Heimbetreibern und Politikern.

7. Definition von neuer Lebensqualität

Wie ein Fixstern war nicht mehr das große Geld der Wirtschaft mein Ziel, sondern die Selbsthilfebewegung mit ihren Idealen und der Haltung zu Empathie. In meiner Freizeit hatte ich einen neuen Freundeskreis gefunden: Strecken- und Rundwanderungen von 12–20 km mit Rucksackverpflegung und anschließender Einkehr bei Kaffee und Kuchen. Seit vier Jahren gehe ich regelmäßig samstags die bis zu sechs Stunden dauernden Wanderungen meines Wandervereins mit und lerne die Natur des Hunsrücks, der Mosel und der Eifel kennen. Die Kommunikation mit den Wanderfreunden eröffnete mir eine neue Haltung zu meinem Leben, meinem Engagement, meiner politischen Arbeit und zu meiner Familie. Das rhythmische Gehen, die Konzentration auf die Wegstrecke (Steine, Wurzeln, Glätte, Neigung usw.), auf das Gespräch mit vielen unterschiedlichen Wanderfreunden stärkten mich in meinem Engagement. Als Ansprechpartner für Ratsuchende, bei der Bitte um Informationen und Beschwerdevorhaben gaben mir weitere Orientierung in dem Bermudadreieck Psychiatrie.

8. Erklärungsmuster meiner Persönlichkeit und meine Überzeugungskraft

Jetzt nach 20 Jahren träume ich wieder. Ich sehe meine Biografie als Kontinuum. Meinen sozialen Einsatz habe ich in meiner bäuerlichen Großfamilie, im Dorfleben, im Mannschaftsport und im ersten Studium nicht nur als positiv und angenehm erfahren, es hatte mich in meiner Persönlichkeit, meiner akademischen Ausbildung und meinem emotionalen Leben bestimmt. Ich war und bin von der sozialen Teilhabe mit Empathie geprägt und überzeugt. Vor drei Jahren bekam ich sogar von meinem Vermieter – der mir noch zwei Jahre zuvor Abmahnungen schickte – das Angebot, im Bewohnerbeirat mitzuarbeiten. Nun erfuhr ich plötzlich Bestätigung von einer Gruppe von Menschen, die mich vorher ablehnten, aber plötzlich mein soziales Engagement für benachteiligte Menschen wahrnahmen. Ich durfte in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Angehöriger psychisch Kranker Rheinland-Pfalz e. V., Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e. V. und dem Referat für Psychiatrie und Maßregelvollzug eine Tagung zu »20 Jahre Psychiatriereform – eine Zwischenbilanz« in der Staatskanzlei Mainz organisieren. Unsere Ministerpräsidentin, Malu Dreyer, zeichnete uns für das »Bürgerschaftliche Engagement gegen soziale Benachteiligung, Ausgrenzung und Diskriminierung« mit dem Brückenpreis 2015 aus. Meine

Gedanken, meine Aktivitäten waren nicht nur mentale Ereignisse, Wolken, die aufziehen und wieder verschwinden, sie waren real bei anderen Menschen angekommen und beeinflussten deren Haltung zu meiner Person.

9. Neue Aussichten

Bewusst kann ich nun im Hier und Jetzt leben, jeder Tagesanfang ist ein Glück für mich, am Leben zu sein. Auf Frühwarnzeichen zu achten, habe ich gelernt, auf emotionale Veränderungen, auf Beobachtungen meines persönlichen Umfelds und deren Meinungen sensibel zu reagieren. Der Kampf ums Überleben wandelte sich in Spaß und Freude am Leben. Neue Freunde kamen in mein Umfeld, die nicht die psychiatrische Karriere durchlebten, sondern Krisen natürlich ohne professionelle Hilfe bewältigten. Das machte mir bewusst, dass ein gelassener Umgang mit Krisen und deren Bewältigung möglich ist. Mit der Eigenverantwortung statt der Abhängigkeit von professionellen Menschen entstand das »verrückt sein dürfen«, die Philosophie des Lebenskünstlers. Aus der Sichtweise des Lebenskünstlers gibt es nur Lebenskünstler und keine normierten Menschen.

10. Tatsächliche Zielerreichung durch intrinsische Motivation

Bei der Überprüfung meiner früheren und aktuellen Lebensziele stellte ich fest, dass die früheren Ziele unerreichbar waren. Endlich hatte ich Menschen mit Empathie und ähnlichen Zielen in meinem sozialen Umfeld. Dafür bekam ich Geborgenheit, Sicherheit, Zuwendung, Freude und Unterstützung zurück. Mit der Geborgenheit kamen auch wieder Heiterkeit, Hoffnung, Ergriffenheit, Humor und Neugier. Ich konnte jetzt mit kleinem finanziellem Budget alle meine aktuellen Ziele erreichen. Die Überprüfung meiner Biografie im Vergleich zu den Menschen aus meinem ehemaligen und aktuellen privaten, beruflichen und gesundheitlichen Umfeld, deren Tätigkeiten, deren privates und berufliches Leben, deren Probleme und deren Lebensrhythmus, machten mich zufrieden. Mit dieser positiven Bilanz entstand bei mir immer mehr intrinsische Motivation, mich für lobbylose Menschen einzusetzen.

11. Krisenkompetenz

Auf dem Recovery-Weg übernahm ich immer mehr Verantwortung für meine Krisen durch die tägliche Spiegelung meiner Ausstrahlung auf mein soziales Umfeld und meiner ehrlichen Antwort auch auf die negativen Nachrichten. Täglich reflektierte ich meinen Schlaf, meine Spannung, meine Aktivitäten und meine Wirkung auf andere Menschen. Ich lernte von meinen Fragen an mich quasi dazu. Diese kleinen Erfolgserlebnisse – wie der Einkauf von Reis zu Beginn meines Recovery-Weges – stärkten mich auf dem Weg, meine persönlichen Krisen selbständig zu lösen. In Krisen stellte ich mir immer wieder die Fragen, welche Situationen ich bereits gemeistert habe, womit ich die Sichtweise meines Problems von Krise auf Herausforderung wechselte. Das stärkte meine Resilienz und meine psychische und somatische Gesundheit. Nach 20 Jahren habe ich mein Belastungs-EKG um 2/3 verbessert und lebe genussreich, kreativ, entspannt und glücklich in meiner armen aber glücklichen Lage als Lebenskünstler.

Mein Fazit möchte mit der Lyrik von Ludwig Freil aus dem Leuchtfener Ausgabe 20 (ISSN 2509-789X) zusammenfassen:

Ich hab meine Seele gefunden »Ten years ago«

10 Jahre sind vergangen!
10 Jahre – harte Jahre;
10 Jahre – schmerzliche Jahre;
10 Jahre – vergebliches Warten!
10 Jahre –
irgendwann wieder Hoffnung;
irgendwann wieder verliebt;
irgendwann wieder geliebt!
Jetzt lebe ich wieder –
Jetzt liebe ich wieder –
Jetzt kämpfe ich wieder –
Jetzt hab ich meine Seele gefunden!!!!
Vor 10 Jahren: Entspannung des Körpers – JA!!
Vor 10 Jahren: Entspannung der Seele – Nein!!
Vor 10 Jahren: Ein roboterhaftes Wesen!
Vor 10 Jahren: Kein Grün;
Vor 10 Jahren: Kein Wasser;

Vor 10 Jahren: Keine Blume;
Vor 10 Jahren: Kein Fühlen;
Vor 10 Jahren: Alles Nichts!
Vor 10 Jahren: Alles aus!
Vor 10 Jahren: Alles vorbei!
Vor 10 Jahren: Alles kaputt!
Vor 10 Jahren: Ein Scherbenhaufen!

Jetzt – Heute Morgen:

»MEIN ZWEITER LEBENSTRAUM.
Nach 10 Jahren: Ich sehe wieder GRÜN –
Nach 10 Jahren: Ich spüre wieder WASSER –
Nach 10 Jahren: Ich rieche wieder BLUMEN –
Nach 10 Jahren: Ich fühle wieder!

Ich hab‘ meine Seele endlich gefunden!!!

Beteiligung am Beispiel Hometreatment Kurvorstellungen des Bundesnetzwerkes Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) und des NetzG-Hometreatment-Papiers

Rainer Höflacher

Vorbemerkung

Die Aussagen, die in diesem Text über das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) gemacht werden, sind aus Diskussionen mit Mitgliedern der Initiativgruppe, die die Vereinsgründung vorbereitet haben, entstanden. Es ist keine offizielle, vom Vorstand beschlossene Selbstdarstellung des NetzG.

Das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)

Ausgangslage

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) beschäftigt sich in den letzten Jahren schwerpunktmäßig mit Themen zu Zwang und Gewalt und mit »Schnittstellenthemen«. Fachverbänden auf Bundesebene fehlen die Ansprechpartner für diverse Fachthemen. Bei manchen Gründern des NetzG besteht ein Spannungsverhältnis zum BPE aufgrund dessen »fundamentalistischen« Positionen.

Konsequenz

Gründung einer neuen, offenen Selbsthilfe Bundesorganisation zur Interessenvertretung psychisch belasteter Menschen. Protagonist bei diesem Vorhaben war Franz-Josef Wagner. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE unterstützt NetzG organisatorisch und sorgt für einen Informationsaustausch zwischen NetzG und den professionellen Gruppierungen – auch mit der Politik.

Ziele von NetzG sind

- Mitgestaltung und Verbesserung des psychiatrischen Hilfesystems aus Nutzersicht zum Wohle psychisch belasteter Menschen.
- Integration der unterschiedlichen Strömungen der Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener auf Bundesebene – nicht nur für Verbandsvertreter, sondern auch für nicht organisierte Einzelpersonen.

- Besetzung von möglichst vielen Fachthemen.
- Quadrologischer, offener Ansatz mit hoher Kooperationsbereitschaft gegenüber den anderen Gruppen des Quadrologs.

NetzG-Arbeitsgruppen Hometreatment und Krisendienste

NetzG erkennt deutliche Versorgungslücken im Bereich der aufsuchenden Hilfen und in der Krisenhilfe. Deswegen wurde die Arbeitsgruppe Hometreatment / Krisendienste eingesetzt.

Folgende Verbände waren in der Arbeitsgruppe vertreten:

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V. mit 2 Personen

LV Psychiatrie-Erfahrener BW e. V. mit 2 Personen

LV Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.

LV Psychiatrie-Erfahrener RLP e. V.

Es wurde ein Papier zum Thema »Stationsäquivalente Behandlung« erarbeitet, das mit Hilfe der APK beim Bundessozialministerium eingereicht wurde. Es kam die Rückmeldung, dass das Papier in den Gesetzgebungsprozess zum PsychVVG eingeflossen ist.

Zudem wurde ein zweites Papier »Krisendienste« erarbeitet, das bereits zweimal in der Gründungsgruppe diskutiert und an die AG zurückgegeben wurde. Dieses liegt in der zweiten Version vor, soll aber ständig fortgeschrieben werden.

Arbeitsgruppe Organisation / Satzung

Intern wurde die AG Organisation / Satzung eingesetzt, die die Aufgaben hatte, die Satzung für die Vereinsgründung vorzubereiten und das Konzept der NetzG-Website zu erarbeiten. Die Ergebnisse der AG wurden ebenfalls mehrfach in den Treffen der Gründungsgruppe besprochen.

Kurzzvorstellung des NetzG-Hometreatment-Papier

Unter Hometreatment verstehen die Unterstützer dieser Stellungnahme eine stationsäquivalente Akutbehandlung psychischer Erkrankungen, die im häuslichen bzw. sozialen Umfeld mit multiprofessionellen Behandlungsteams durchgeführt wird und über das SGB V finanziert wird. Stationsäquivalente Akutbehandlung bedarf eines grundsätzlichen Strukturwandels innerhalb der

Klinik. Es muss sektorenübergreifend gearbeitet werden und andere psychiatrische Hilfen wie niedergelassene Psychiater und psychosoziale Anbieter müssen eingebunden werden.

Die unterschiedlichen Angebote der Klinik müssen individuell, personenzentriert und flexibel arbeiten und aufeinander abgestimmt sein. Langfristig müssen die mobilen, multiprofessionellen Behandlungsteams Kern der Klinikleistungen werden. Dadurch können Bettenkapazitäten deutlich abgebaut und die Grenze zwischen ambulant und stationär aufgelöst werden.

Stationsäquivalente Akutbehandlung beinhaltet eine integrative, bedürfnisorientierte, vernetzte Sichtweise von Psychiatrie. Diese Form der Behandlung ist eher eine innere Haltung des Personals, der Klinikleitung und anderer Helfender als nur ein zusätzlicher Baustein im Behandlungsangebot der Klinik.

An dieser Stelle verweisen wir auf das Eckpunktepapier der Regierungsfractionen vom 18.2.2016, die für ein neues Gesetz zur Vergütung und Versorgung (PsychVVG) stationsäquivalente Akutbehandlung empfehlen. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass nach der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« bei stationsäquivalenter Akutbehandlung der Rückgang der stationären Aufnahmen und Wiederaufnahmen, der stationären Behandlungszeiten und der Behandlungsabbrüche nachgewiesen ist. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen und die Kosteneffektivität nehmen zu.

Es muss dringend berücksichtigt werden, dass stationäre Behandlung nur sinnvoll ist, wenn ambulante Hilfsangebote nicht wirksam sind. Auch ist darauf hinzuweisen, dass stationsäquivalente Akutbehandlung nicht in derselben Weise wie stationäre Behandlung verläuft, das heißt sie kann weniger intensiv und seltener durchgeführt werden. Sie hat ihr eigenes Setting.

Unter folgenden Überschriften wurden Forderungen erarbeitet:

1. Soziales Umfeld einbeziehen / Netzwerkgespräche / Häuslichkeitsbegriff relativieren
2. Für die Zeit nach der Krise vorsorgen / Behandlungsdauer
3. Stationsäquivalente Akutbehandlung muss vernetzt sein
4. Gute Erreichbarkeit gewährleisten (z. B. 24h / 7 Tage)
5. Mit Peers arbeiten
6. Stationsäquivalente Akutbehandlung muss Teil der Regelversorgung sein
7. Akutprechstunden bzw. Vorschaltambulanzen einrichten
8. Case Management bzw. koordinierende Bezugsperson sicherstellen

9. Zurückhaltender Einsatz von Psychopharmaka
10. Beziehung Patient-Behandler auf Augenhöhe gestalten, partizipativ entscheiden, personenzentriert und ohne Zwang arbeiten und die Selbstbestimmung des Patienten achten

Das vollständige Hometreatment-Papier sowie das Krisendienste-Eckpunkte-Papier können per Mail unter hoeflacher61@gmail.com angefordert werden.

Eigenverantwortung stärken am Beispiel der Behandlungsvereinbarung

Barbara Müller-Kautz

In Köln besteht seit 1998 die Möglichkeit mit einer der psychiatrischen Fachkliniken (insgesamt vier) eine Behandlungsvereinbarung (BV) abzuschließen. Aber was ist das und wozu braucht man sie? Eine Behandlungsvereinbarung eröffnet die Möglichkeit konkrete Absprachen für zukünftige Krisen zu treffen. Sie dient v. a. der gegenseitigen Vertrauensbildung und soll im Fall einer Klinikaufnahme das Umgehen miteinander und die Behandlung erleichtern.

Historie

Erste Behandlungsvereinbarungen wurden bereits in den frühen 1990ern in Bielefeld abgeschlossen. In Köln wurde das Thema intensiv diskutiert und in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) beschlossen, sich mit der Behandlungsvereinbarung auseinanderzusetzen.

Es war ein langer Weg. Unter Beteiligung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Kliniken, den ambulant-komplementären Diensten, Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigen erarbeitete eine Arbeitsgruppe den ersten Entwurf der Kölner BV. Es folgte ein Workshop, Einarbeitung der Verbesserungsvorschläge und weitere Überarbeitungen bis endlich die Betriebsleitungen der Kliniken der Einführung und Etablierung zustimmten. Parallel wurden Informationsblätter für Patienten und Patientinnen und die Mitarbeitenden in den Kliniken entwickelt.

Nach zwei Jahren konnte die erste BV abgeschlossen werden.

Eine wesentliche Voraussetzung war und ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den Professionellen in den Kliniken, dem ambulant-komplementären Bereich, den Psychiatrie-Erfahrenen (PE) und den Angehörigen.

Widerstände gab es bei einigen PE, da die BV nicht grundsätzlich Zwangsmaßnahmen ausschließt. Außerdem war und ist sie nicht juristisch einklagbar. Man vermutete, dass die Professionellen dadurch nur das Psychiatrische Testament abblocken wollten.

Andere PE hatten das Bedürfnis – ähnlich wie in der somatischen Medizin – in gesunden Tagen Vereinbarungen zur Behandlung in den Krisen zu treffen, d. h. Mitbestimmung in Krisen und Verantwortung übernehmen. Viele der beteiligten PE hatten Interesse an der Entwicklung vertrauensbildender Maßnahmen. Sie wollten mit den Professionellen in der Klinik

gemeinsam Wege finden, um Gewaltanwendung und Zwangsmaßnahmen soweit möglich zu vermeiden.

Auch im ambulant-komplementären Bereich, v. a. bei den Kollegen und Kolleginnen aus den betreuten Wohnformen bestand ein großes Interesse an BV. Dort standen und stehen die Überleitungen bei erforderlichen Aufnahmen in den Krisen ihrer Betreuten im Vordergrund. Der Zugangsweg zur Klinik sollte mit einer BV erleichtert werden.

Mündliche und schriftliche Behandlungsvereinbarungen sind nichts Außergewöhnliches in unserem Alltag. Was ist also anders mit einer BV (neu)?

Neu war und ist die Möglichkeit der schriftlichen Vereinbarung zwischen PE und einer psychiatrischen Klinik über die Aufnahme und Behandlungsmodalitäten für den Fall einer späteren stationären Behandlung, also im Fall der Krise.

Außerdem ist es keine einseitige Willenserklärung der Psychiatrie-Erfahrenen oder der Professionellen.

Mit wem kommt es zu einem Abschluss einer Behandlungsvereinbarung?

In erster Linie sind es Patientinnen und Patienten, die Erfahrungen in der Klinik und mit der Behandlung gemacht haben und diese nutzen wollen bei einer eventuellen Wiederaufnahme. Häufig sind langjährige Krankengeschichten bekannt. Es ist die Patientengruppe, die in Krisen erfahrungsgemäß eine stationäre Intervention benötigt. Manche von ihnen haben Erfahrungen mit richterlicher Einweisung, Fixierung, Isolierung und Zwangsbehandlung. Manche haben in der Krise Schwierigkeiten rund um die Aufnahme und es gibt Patienten und Patientinnen, die in ihren Krisen ein bestimmtes Stionsteam oder eine bestimmte Umgebung wünschen.

Grundsätzlich können BV mit allen PE und jeder Diagnose individuell abgeschlossen werden. Die Voraussetzung ist eine gewisse Krankheitseinsicht. In jedem Vereinbarungsgespräch treffen Professionelle auf PE nach einer Krise. Dieses stabilere Befinden ist eine gute Voraussetzung, um Wahrnehmungen und Beobachtungen auszutauschen und zu diskutieren.

Welche Themen werden in der der Behandlungsvereinbarung behandelt?

- Kontakte – Vertrauenspersonen
- Aufnahmesituation – was ist hilfreich?
- Behandlung – Erfahrungen

- Medikamente – was tut gut, was war notwendig?
- Zwangsbehandlung
- Soziale Situation
- Beziehung zwischen Mitarbeitern der Station und den PE

Eine wichtige Voraussetzung für die BV ist Vertrauen. Es ist darauf zu achten, dass nur Absprachen getroffen werden, die verlässlich eingehalten werden können. Z. B. kann eine Einzelbetreuung von der Klinik nicht immer gewährleistet werden. Deshalb kann das nur vereinbart werden, wenn sich z. B. ein Angehöriger oder die Vertrauensperson an der Betreuung beteiligt.

In Vereinbarungen zur medikamentösen Behandlung müssen Erfahrungen des Teams einfließen können. Es geht immer um die Suche nach einem gemeinsamen Weg.

Die Erlebnisse der PE und die Rückmeldung der Mitarbeitenden über Zwangsmaßnahmen sind wichtige Grundlagen für die Vereinbarungsgespräche.

Nicht immer kam es zu einer Einigung. In diesen Fällen wurde keine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen.

Ein Problem ist, wenn sich der aktuelle Wille der Patienten bei der Aufnahme von der getroffenen Vereinbarung unterscheidet. Für Klinikmitarbeiterinnen und Mitarbeiter gilt, die Absprachen sind verbindlich. Abweichungen von der BV müssen mit dem Oberarzt, der Oberärztin (OA/OÄ) oder dem zuständigen Hintergrunddienst abgesprochen und dokumentiert werden.

Was hat die Behandlungsvereinbarung verändert?

- Angstreduktion
- Aufnahmen vor Eskalation
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen
- Verkürzung von Krisen
- Kürzere Verweildauer
- Einstellungsänderung bei Psychiatrieefahrenen und Mitarbeitern
- Aufarbeitung kränkender Situationen durch die Beteiligten
- Vertrauensbildende Maßnahmen
- Aktivierung von Ressourcen und Krisenbewältigungsstrategien
- Mehr Autonomie und Eigenverantwortung

Organisation der Vereinbarungsgespräche

Wenn eine Patientin oder ein Patient Erfahrungen mit richterlicher Einweisung, Fixierung, Isolierung, Zwangsbehandlung gemacht hat oder wenn es Schwierigkeiten in einer Aufnahmesituation gegeben hat, dann muss eine Information über die BV erfolgen. Das bedeutet, die BV muss gezielt spätestens in der Entlassungsplanung thematisiert werden. Ein Ablaufplan dafür muss in jeder Klinik vorhanden sein.

Eine zentrale Organisation ist empfehlenswert. D.h. es wird ein fester Ansprechpartner im Sektor/Versorgungsbezirk in der Klinik benötigt, der/ die bei Anfrage die Vereinbarungsgespräche koordinieren muss. In der Regel sollte der Termin frühestens sechs Wochen nach der Entlassung stattfinden, um so eine gewisse Unabhängigkeit der PE von der Klinik zu gewährleisten. Es hat sich inzwischen allerdings mit ausgewählten PE bewährt, einen zeitnahen Termin zu vereinbaren.

Teilnehmer sind die PE und ihre Vertrauensperson, OA/OÄ, Stationsleitung, Sozialdienst der Klinik und/oder des ambulant-komplementären Dienstes, falls erforderlich der gesetzliche Betreuer. Die Termine werden in der LVR-Klinik Köln durch die Abteilungssekretariate koordiniert und man sollte zwischen 30 und 90 Minuten einplanen.

Selbstverständlich kann die Anregung einer BV über die ambulant betreuenden oder behandelnden Personen erfolgen.

Inzwischen gibt es (Stand Dezember 2016) ca. 116 Behandlungsvereinbarungen in der LVR-Klinik Köln. Jedes Jahr kommt eine wechselnde Anzahl dazu; einige werden erneuert, ganz wenige gekündigt – entweder von den PE oder unsererseits (insgesamt fünf). Es ist davon auszugehen, dass die BV an Bedeutung gewinnt. Einerseits gab es Änderungen im Betreuungsrecht und im neuen PsychKG Nordrhein-Westfalen findet die BV besondere Beachtung.

Warum ist die Behandlungsvereinbarung noch wichtiger geworden?

Es gibt Alternativen zur Behandlungsvereinbarung: die Patientenverfügung und das Psychiatrische Testament. Beide sind einseitige Verfügungen und werden nur in den seltenen Fällen gemeinsam mit den in der Begleitung, Betreuung oder Behandlung involvierten Professionellen abgeschlossen. Oft ist hierbei durch die Verfügung oder das Testament keine Behandlung möglich. Zumindest wenn keine Alternativen festgelegt wurden. Es kann passieren,

dass PE mit einer s.g. Rechtsgrundlage in die Klinik eingewiesen werden und es trotz einer behandlungsrelevanten Erkrankung, keine Möglichkeit der adäquaten, leitliniengerechten Behandlung gibt. Eine Ausnahme ist dann nur die Gefahrensituation für sich und andere. Eine Unterbringung ohne Therapiemöglichkeit unter den o. g. Umständen ist meines Erachtens auch schwierig für die sich ebenfalls in der Krise befindlichen Mitpatientinnen und Mitpatienten.

Die Behandlungsvereinbarung wird im Dialog zwischen Patienten, Arzt und Team, Vertrauens- und Betreuungspersonen erarbeitet. Die BV hat keine allgemeine Wirkung. Die getroffenen Absprachen beziehen sich auf den Fall einer möglichen erneuten Behandlung in derselben Klinik. Sie beinhaltet den Willen des Patienten und ist, wenn sie in schriftlicher Form vorliegt, als Patientenverfügung einzuordnen. Es ist ein freiwilliges Übereinkommen ohne Rechtsverbindlichkeit. Ein rechtsverbindlicher Vertrag, aus dem Rechtsansprüche vor Gericht eingeklagt werden können, entsteht nicht. Abweichungen sind jedoch nur in engen Grenzen möglich und müssen gut dokumentiert werden.

Eine BV kann den Zeitraum der Unterbringung verkürzen und die Behandlung wesentlich erleichtern. Voraussetzung ist, dass die Behandlung gut verhandelt wurde! Das kostet Zeit, aber die investierte Zeit lohnt sich. Behandlungsvereinbarungen sind ein Gewinn für unsere Patientinnen und Patienten und für unsere Arbeit.

Verhandeln und behandeln wir!

IV Angehörigen-Verantwortung

Einleitung

Reinhard Peukert

Der Vortrag von Herrn Zechert und der dichte Diskurs im Symposium, kann hier nicht wiedergegeben werden, nur so viel: Der Diskurs hat sehr deutlich werden lassen wie wichtig es ist, in der Angehörigenselbsthilfe einerseits die jeweils besondere Rolle zu betrachten, aber auch die gemeinsamen Hauptlinien – zu denen an erster Stelle der reflektierte Umgang mit der eigenen Verantwortung und der der Mitbeteiligten gehört.

Die Beiträge reflektieren drei Aspekte, um im »Verantwortungsgestrüpp« als Angehörige den Überblick zu behalten:

1. In die Verantwortung genommen werden.
2. Die eigene Verantwortung für das erkrankte Familienmitglied angemessen wahrzunehmen.
3. Die Verantwortung von Angehörigen für andere Angehörige.

Zu 1.: Herr Zechert referiert mit historisch geschärftem Blick, wie Angehörige heute und früher Verantwortung zugeschrieben wurde: als zumindest Mitschuldige an den psychischen Erkrankungen bis hin zur Zuschreiben der Ko-Therapeutenrolle. Im Zentrum seiner Überlegungen dazu steht das wohl nie auflösbare ambivalente Verhältnis zwischen Angehörigen und Professionellen, was sich oft im Bild »des guten« oder »des schlechten« Angehörigen materialisiert. Dem stellt er das Wissen gegenüber: Familien mit psychisch kranken Menschen sind so durchschnittlich und so heterogen wie die umgebende Gesamtgesellschaft.

Zu 2.: Wie die eigene Verantwortung für das erkrankte Familienmitglied angemessen wahrnehmen?

Diese Frage wurde im Symposium intensiv diskutiert und ergänzt um die Frage, ob den unterschiedlichen Familienrollen auch unterschiedliche Verantwortungen zuwachsen.

Dazu war geplant, im Symposium auf unterschiedliche Rollen und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Angehörigen abzuheben: Eltern, Geschwister, Kinder, Partner – aber ausgerechnet im ersten Beitrag hebt Frau Heim nicht die Unterschiede, sondern die Gemeinsamkeiten aller derer hervor, die in einer »engen emotionalen Bindung« zur erkrankten Person

stehen. Ihr geht es vor allem darum, eine andere Differenz herauszuarbeiten: die zwischen rechtlicher und »gefühlter« Verantwortung, um in dieser Dualität u. a. die möglicherweise auftretende »übergriffige Verantwortungsübernahme«, vor allem durch Eltern, sichtbar zu machen.

Sie schlägt zwei selbstbezügliche Fragen vor, um sich selbst vor einer »übergriffigen Verantwortungsübernahme« zu schützen:

Würde ich bei einem guten Freund oder meiner besten Freundin auch so handeln, sie genauso be-handeln? Und: Wie würde ich reagieren, wenn meine Mutter sich hier und heute so verhielte, wie ich es gerade meinem erwachsenen Sohn gegenüber vorhabe?

Diese Fragen helfen aus der »Opferrolle«, und dazu hilft auch der Blick auf die rechtliche Seite: *Eltern (sind) für ihre volljährigen Kinder grundsätzlich nicht mehr verantwortlich und nicht zuständig!*

Frau Heim hebt die Selbstverantwortung der Angehörigen hervor, ihr eigenes Recht auf Gesundheit, und sie warnt davor »der Krankheit viel zu viel Macht ein(zuräumen) und (zu) vergessen, dass jede noch so wohlwollende Hilfe auch die unterschwellige Botschaft vermittelt: Du armes Würstchen, bist so krank und schwach. Du kannst das nicht. Ohne mich wärst Du verloren« – um dann mit Regeln für ein wechselseitig akzeptierenden Umgang miteinander zu schließen.

Ihr Schlusswort kann auch als Quintessenz der gesamten Tagung gelesen werden:

»Alle unmittelbar Involvierten (müssen) ihre Rechte und Pflichten kennen und die jeweils anderen (wie auch sich selbst) mit ihren Kompetenzen und Belastungsgrenzen in den Blick nehmen und respektieren.«

Als Moderator und Autor dieser Zeilen bin ich in meinem Beitrag zu Geschwistern psychisch kranker Menschen eher von den Unterschieden der einzelnen Familienrollen ausgegangen, ebenso wie Frau Dewald, die die besondere Rolle als Kind eines psychisch kranken Elternteils hervorhebt; sie beginnt ihren Beitrag wie folgt: *»Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, übernehmen Kinder, auch die ganz kleinen, automatisch Verantwortung«* – und das beschreibt zugleich den Apell, den sie an die anderen Familienmitglieder sowie die professionellen Helfer richtet: Kinder psychisch Kranker Eltern entlasten! Trotz der besonderen Rolle der Kinder kommt Frau Dewald zum gleichen Ergebnis wie Frau Heim: Die Verantwortung müsse dort bleiben, wo sie hingehöre, eben bei den Erwachsenen, auch wenn sie selbst krank seien.

Dieser Gesichtspunkt wurde im Symposium intensiv diskutiert, denn

schließlich gehöre zum Verständnis psychischer Erkrankungen, dass davon betroffene Personen – zumindest vorübergehend – für sich keine Verantwortung übernehmen könnten, und wie können sie das dann für jemand anderen, und sei es auch das eigene Kind.

Nach der Diskussion stimmten alle Anwesenden mit Frau Dewald überein, denn sie hebt hervor: Zur Verantwortung gehört, dass die professionellen Helfer das erkrankte Familienmitglied dabei unterstützen, ihre Verantwortung wahrnehmen zu können – und im Zweifelsfall dafür zu sorgen, dass sich Dritte um die Bedürfnisse und Belange des Kindes kümmern.

Alle Teilnehmenden des Symposiums, einschließlich der anwesenden Psychiatrie-Erfahrenen waren sich einig:

Die bewusste Übernahme der Verantwortung für sich selbst scheint der herausragende Hebel auf dem Weg, die eigene psychische Erkrankung bzw. deren psycho-sozialen Beeinträchtigungen hinter sich zu lassen.

Ein weiterer Aspekt aus der Diskussion ist die Beobachtung, dass immer wieder jemand versucht, die Verantwortung an sich zu reißen. Dies geschieht häufig auf sehr eigenartige Weise, indem nämlich die Verantwortung für das eigene Wohlergehen anderen aufgehalst wird; dies ist nur ein oberflächlicher Widerspruch, denn in dem oft geäußerten Satz »Mir geht es gut, wenn es unserem kranken Familienmitglied gut geht« ist folgende Botschaft als Sub-Text versteckt: »Mein kranker Angehöriger ist für mein Wohlergehen verantwortlich« Denn: »Wenn es mir gut geht, wenn es meinem Angehörigen gut geht – geht es mir schlecht, wenn es ihm schlecht geht.«

Sowohl in den Beiträgen, aber auch in der Diskussion zeigte sich eine Gemeinsamkeit von Kindern und Geschwistern psychisch erkrankter Menschen: Sie haben ihre Erfahrungen aufgrund der Erkrankung in der Familie nicht als durchgehend belastend wahrgenommen, vielmehr haben in ihren Augen die Erfahrungen zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung wesentlich beigetragen, und zwar in positivem Sinne. In beiden Gruppen gibt es auch eine »gewisse Irritation« darüber, wie oft Eltern-Angehörige die Frage aufwerfen: »Was wird, wenn wir man nicht mehr sind?« Die Basis der Irritation: In der Regel überleben die Geschwister psychisch erkrankter Menschen als Kinder ihre Eltern, für die Kinder psychisch erkrankter Eltern gilt das gleiche.

Zu 3.: Die Verantwortung von Angehörigen für Angehörige

Menschen, die sich in der Angehörigenselbsthilfe organisieren, erleben diesen Verantwortungsaspekt mit enormer Stärke, was deren Engagement in der Selbsthilfebewegung motiviert. Familien, in denen jemand psychisch

erkrankt, profitieren neben der erforderlichen professionellen Hilfe von den Erfahrungen erfahrener Angehöriger.

Allerdings zeichnet sich da ein Problem ab, das Herr Zechert als Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch kranker Menschen nicht verschweigt: Die wechselseitige Stärkung und Information von Angehörigen in Selbsthilfegruppen ist so wichtig wie eh und je, die Selbstvertretung von Angehörigen ebenfalls, aber Letzteres ist gefährdet. Die zunehmende Bereitschaft, Angehörige in Gremien mit einzubeziehen steht im diametralen Gegensatz zur abnehmenden Bereitschaft jüngerer Angehöriger (unter 70 Jahren!), sich in der Selbstvertretung zu organisieren.

Ohne Angehörige, die sich länger- bis langfristig engagieren, kann der Reformprozess der Psychiatrie nicht fortgeführt werden!

Der Plenumsvortrag und das Symposium können künftig als Beleg dafür herangezogen werden wie wichtig und bereichernd es ist, wenn Menschen, die die unterschiedlichen Rollen in einer Familie repräsentieren, in eine offene und ggf. auch kontroverse Diskussion eintreten. Künftig sollten auch die anderen Rollen besetzt werden: Partner und Freunde, letztere werden in den erweiterten Angehörigenbegriff mit eingeschlossen.

Verlässliche Unterstützung in Krisensituationen – die Sicht der Angehörigen

Christian Zechert

Die Verantwortung der Angehörigen: Ausgangslage

Der Begriff der Verantwortung stand schon einmal im Zentrum ethisch-psychiatrischer Betrachtungen. Hans Jonas, der 1993 verstorbene Sozialphilosoph meint mit seinem bekannten Hauptwerk »Das Prinzip Verantwortung« (JONAS 1979), wir Menschen müssen uns gegenüber der Natur, in unserem sozialen Zusammenleben, gegenüber den von uns entwickelten Technologien verantwortlich zeigen. Dies gelinge, wenn wir sie so gestalten, dass wir die Natur und unser Zusammenleben nicht zerstören. Je größer die Macht, die man über sie ausübt, desto mehr habe man für sein Handeln Verantwortung zu übernehmen.

Ende der 1980er Jahre stellten wir uns für die Sozialpsychiatrie im Sinne von Jonas die Frage: »Wer ist hier eigentlich verantwortlich?« Wie müssen wir Psychiatrie gestalten, dass sie keinen vergisst, dass sie verlässlich ist, dass sie verantwortungsvoll gestaltet wird? Gemeint war die Verantwortung der beruflich Tätigen und ihrer Organisationen. Nicht daran gedacht hatte man, dass auch viele Angehörige psychisch erkrankter Menschen Verantwortung Übernehmende, Verlässliche und Mitbetroffene sind. Ähnliches gilt für Psychiatrie-Erfahrene. Die Selbsthilfe, sei es die familiäre oder die organisierte Selbsthilfe in ihren Verbänden stellen einen fundamentalen Teil des Hilfesystems dar, auch wenn die Angehörigen nie eine Ausbildung absolvierten, dafür nie ein Gehalt bezogen, nie Supervision erhielten und niemand sie gefragt hat, ob sie die Rolle eines Angehörigen überhaupt einnehmen wollen (SCHLIEBENER 2006).

Ihre bisherige Erfahrung war, dass sie auf eine ganz andere Art und Weise in die Verantwortung genommen wurden. Sei es die noch immer apodiktisch herumgeisternde schizophrenogene Mutter (FROMM-REICHMANN 1948), sei es die rassistische Medizin und Psychiatrie der NS-Zeit, in der Väter und Mütter von Kindern mit tatsächlich oder vermeintlich bedingten »Erbkrankheiten« für ihre Kinder verantwortlich gemacht und zwangssterilisiert oder als »lebensunwert« etikettiert wurden, um sie dann umbringen zu können. Verantwortlich gemacht wurden wir als Angehörige auch dafür, dass unsere Emotionen bei häuslichen Belastungen immer mal wieder Normwerte übersteigen. Wir sind dann die »high-expressed-emotions« Eltern (siehe wikipedia.org/wiki/Expressed-Emotion-Konzept), die sich gegenüber ihren Kindern

feindselig oder emotional überengagiert verhalten. Und als Mütter werden wir dafür verantwortlich gemacht, unsere chronisch psychisch kranken Kinder nie loszulassen. Und wenn ja, dann haben wir sie zuvor mit »doppelten, widersprüchlichen Botschaften irre gemacht« (BATESON et al. 1969). Andere Angehörige lassen »schwierige Erziehungsstile« erkennen, weil ihnen die professionelle Distanz fehle. Die Liste der Zuschreibungen, wie man Angehörige in die Verantwortung für etwas nimmt, was sie sich selber nie gewünscht haben, ließe sich durchaus weiter fortsetzen. Angehörige sind es gewöhnt, immer wieder Zielscheibe einer Verantwortungszuschreibung zu sein, wenn es darum geht einen Dualismus zwischen »guten Helfern« und »schuldigen Angehörigen« herzustellen. Eine Schleife, die Götz Aly mit dem Buch »Die Belasteten« zur Rolle der Angehörigen der ermordeten Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung auf fatale Art und Weise wiederholt (ALY 2013). Trotz des bekannten »Freispruch der Familie« (DÖRNER et al. 1982) erhalten wir Angehörige bis heute ein zustimmendes Lächeln, wenn wir es selber sagen: Ja, wir können auch schwierig sein. Insbesondere gegenüber den beruflich Tätigen, wenn es in Krisenzeiten des Erkrankten darum geht, gehört zu werden, informiert zu werden, beteiligt zu sein. Dann können wir schwieriger als der Patient sein, weil wir mit unseren Fragen nerven, mit unserer Forderung endlich den Arzt oder Ärztin sprechen zu können. Wenn etwas im Sinne des obigen Themas verlässlich ist, dann ist es das ambivalente Verhältnis zwischen Angehörigen und Professionellen. Das ist die Ausgangslage.

Gegenbewegung

Fast zur gleichen Zeit als das Buch von Frank Fischer »Irrenhäuser« (FISCHER 1969) erschien, Asmus Finzen nannte es 2016 »Unsere Mao-Bibel«, traten die ersten Angehörigen der Nachkriegszeit auf, um sich öffentlich zu Wort melden. Und es waren mal wieder die »nicht loslassenden Mütter«, häufig mit einem unter Psychosen leidenden Kind, die sich auf fachärztlichen Kongressen Gehör verschafften, die dem ärztlichen Publikum erklärten, es gebe auch eine häusliche Situation mit den erkrankten Angehörigen und die fragten: Wer begleitet ihn vor und nach einer stationären Aufnahme? Wer kümmert sich um die finanzielle, rechtliche und soziale Situation, wenn der Betroffene es nicht selber kann? Mit wem können Eltern über ihre eigenen Sorgen, Belastungen aber auch frohen Momente sprechen? Die ersten Selbsthilfegruppen der Angehörigen entstanden. Sie haben bis heute für sie eine unverzichtbare hohe Bedeutung. Nämlich darin, Angehörige nicht

verzweifeln zu lassen, sie aus ihrer Isolation herauszuholen, für Aufklärung zu sorgen. Inzwischen ist in den letzten 30–40 Jahren viel geschehen: Als Selbsthilfeorganisation gehört der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) u. a. der BAG Selbsthilfe und dem Deutschen Behindertenrat an. Angehörigenvereine können Träger von Einrichtungen sein oder eigene Projekte durchführen. Zahlreiche Broschüren mit grundlegenden Informationen wenden sich an Angehörige. Insgesamt 15 Landesverbände mit ca. 8.000 Mitgliedern vertreten die Interessen der Angehörigen in den Bundesländern. Fachpolitisch engagierte Angehörige beziehen bei den laufenden Gesetzgebungsverfahren wie zum BTHG, zum PsychVVG, zu den PsychKGs in den Bundesländern und bei Defiziten in der Versorgung psychisch kranker Menschen Position. Eine der Kernaufgaben der Landesverbände und ihres Bundesverbandes: Sie beraten in den regionalen Vereinen zugleich andere Angehörige und Betroffene in familiären Krisensituationen, wie z. B. durch »Rat und Tat« mit Susanne Heim in Köln. Geschätzt ca. 600 Gruppen sind im Selbsthilfenetz gelistet. Der BApK stellt seit vielen Jahren auch die bundesweite Beratungshotline »SeeleFon« sicher, bei der Angehörige und Betroffene sich durch ebenfalls Angehörige und Betroffene beraten lassen können. Neben den zahlreichen Broschüren ist der Verband mitverantwortlich für die Zeitschrift »Psychosoziale Umschau« (Psychiatrie Verlag). 60 % der Auflage von 5.500 Exemplaren geht an Angehörige. Mitglieder bei den Angehörigen sind auch eine Reihe solidarischer Professioneller sowie Psychiatrie-Erfarene. Ca. 80 % der institutionellen Fördermitglieder kommen aus der klinischen Psychiatrie. Unterrepräsentiert ist bei den Fördermitgliedern jedoch die ambulante Gemeindepsychiatrie, obwohl der Dachverband Gemeindepsychiatrie in den 1980er Jahren erheblich dazu beitrug, dass die Angehörigen sich organisiert haben. Zur Geschichte der »Professionalisierung« der Angehörigenbewegung siehe insbesondere PEUKERT 2005. Aber es muss auch eingeräumt werden: Nur ein kleiner Teil aller Angehörigen trifft sich in Selbsthilfegruppen und engagiert sich in Regionalgruppen und Landesverbänden.

Stimmt das Bild der stetig in Krisensituationen engagierten Angehörigen nicht?

Nein, es stimmt nicht. Ein idealisiertes Bild der guten, zuverlässigen, harmonischen ewig lächelnden Familienangehörigen, so wie es uns die Produktwerbung gerne vorgaukelt, gibt es auch unter den Angehörigen psychisch

erkrankter Menschen nicht. Die Erscheinungsformen von Familie waren und sind auch heute sehr vielfältig, widersprüchlich. Seien es die Patchwork-Familien, geschiedene Partner oder Ein-Eltern Familien. Selbst im 18. und 19. Jahrhundert war Familie alles andere als eine Gemeinschaft, die sich ständig froh und heimelig um den Weihnachtsbaum versammelte. Aber wie sieht es aus in den Familien der Erkrankten? Alles gutwillige, stets um das Wohl des Erkrankten besorgte Väter und Mütter, Geschwister und Brüder? Nein – mitnichten. Denn die Familien, die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen sind keinen Deut besser als der Durchschnitt der Gesellschaft. Sie sind aber genauso keinen Deut schlechter als der Durchschnitt. Sie sind nämlich genau das: ein durchschnittliches, zugleich sehr heterogenes Abbild der sonstigen Gesellschaft. Reiche und Arme, Gutwillige und Desinteressierte, sozial kompetente und isolierte Menschen, Umgängliche und Schwierige, Täter und Opfer, Gebildete und weniger Gebildete, passive und aktive Menschen. Hierzu ein wenig Empirie: Wie sieht es aus in den deutschen Haushalten zur Situation von Familie? 43,1 % der Ehen werden geschieden (2014), Tendenz fallend. Arme Familien: 4,3 Millionen Arbeitslosengeld II Bezieher. Darunter je nach Bundesland 7,3–33,4 % Kinder (2014). 2,4 Millionen alleinerziehende Mütter, 0,4 Mio alleinerziehende Väter (2014), Tendenz bei Vätern steigend. Interventionen der Jugendhilfe: 42.100 Kinder wurden durch die Jugendämter in Obhut genommen (2014), Tendenz steigend. 8.500 Inobhutnahmen darunter auch wegen Vernachlässigung oder Misshandlung. 10.209 Suizide (2014), Tendenz wieder steigend. Missbräuchlicher Konsum: 1.032 Fälle Tod durch illegale Drogen (2014), Tendenz steigend. 6.800 Fälle von Handlungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung, darunter 2.036 Fälle bei Kindern. Mit Tatgeschehen vorwiegend innerhalb der erweiterten Familie (2014), ca. 1.500 Fälle, Tendenz fallend. Verletzung der Unterhaltspflicht (2014), Tendenz fallend sowie verdeckte und unverdeckte Alkoholabhängigkeit, Verschuldungen, Straffälligkeit, Wohnungsverluste, sonstige Straftaten innerhalb der Familie (alle Angaben Destatis 2014). Tausende Rechtsanwälte kümmern sich um die materiellen Interessen von Kindern nach dem Familienrecht; hunderte Kinder- und Jugendpsychologen um die seelischen Auffälligkeiten von Kindern. Die Kinder- und Jugendpsychiatrien sind überlaufen. All dies ist auch ein Spiegel dessen, was in unseren Familien los ist. Aber – und dies ist entscheidend: Es geschieht in erster Linie erst einmal unabhängig davon, ob da jemand in der Familie psychisch krank ist oder nicht.

Was Angehörige begrüßen

Die Notwendigkeit des Einbezugs der Angehöriger als »Dritte Dimension« ist inzwischen bundesweit und auf fast allen Ebenen der Behandlung und Begleitung der Erkrankten anerkannt: Sei es die häufig im klinischen Bereich angebotene Angehörigenvisite, Angehörigensprechstunde, professionell geleitete »Selbsthilfegruppe« für Angehörige, manchmal auch »therapeutische Angehörigengruppe« genannt. Gemeinsame Besuche aus der Einrichtung im Zuhause des Patienten als Maßnahme der Eingliederungshilfe. Sich Zeit nehmende Gespräche mit Arzt/Pflege, gemeinsam mit Patient und Angehörigen. Oder sich Zeit nehmende Gespräche Arzt/Pflege nur mit Angehörigen. Einmal jährlich oder häufigere Einladungen durch die Klinik an den örtlichen Angehörigenverein zu einem Gespräch. Regelmäßige Beteiligung der Angehörigen am Psychoseseminar und Trialog, Tageskliniken mit familientherapeutischem Angebot (KJP), Beratungsverzeichnisse speziell für Angehörige oder Informationsseiten für Angehörige sowie für Patienten auf den Homepages der Kliniken. Unübersehbar ist jedoch auch, dass schon längst nicht mehr überall Angehörigenvereine aktiv sind, dass nicht überall Selbsthilfegruppen bestehen. Die Grenze ihres ehrenamtlichen Engagements und damit die Grenze Verantwortung zu übernehmen, ist unübersehbar.

Grenzen der Angehörigen

Die in Landesverbänden und in ihrem Bundesverband organisierten Angehörigen haben ein ungelöstes Generationsproblem. Ein hoher Teil ihrer Mitglieder ist bereits über 70 Jahre alt. Junge Angehörige sind zumeist dreifach durch Beruf, Familie und Krankheit belastet. Für viele jüngere Menschen stellt die Option Selbsthilfegruppe in Zeiten des Internets nicht mehr. Dazu kommt, dass das ehrenamtliche Engagement der Angehörigen vor allem abends und im Wochenende erfolgt. Dies können und wollen nicht alle zu Lasten ihrer Familie leisten. Wie organisierte Angehörige in 10–20 Jahren die physische und psychische Kraft, das notwendige Wissen, die Zeit und die Fähigkeit zur Arbeit im Verband und in Netzwerken aufbringen, ist unklar. Es gibt mehr Anfragen an Angehörige, sich zu beteiligen als diese in den Beiräten, Anhörungen, Besuchskommissionen, Veranstaltungen leisten können. Auch kennzeichnet eine hohe Heterogenität die Angehörigenlandschaft: vorbildlich Bayern. Finanzierung einer Mitarbeiterinnenstelle durch

sieben Bayrische Bezirke. Ein hohes praktisches und fachliches Engagement von Angehörigen für Angehörige.

Wofür Angehörige Verantwortung tragen

Wir Angehörige haben Verantwortung dafür, dass Angehörigen über sich, ihre Gefühle, ihre Verletzungen, Enttäuschungen und Hoffnungen, sprechen können. Sie haben Verantwortung dafür, dass sie zu unserem erkrankten Angehörigen nicht den Kontakt verlieren, auch wenn sie sich vielleicht für eine bestimmte Phase zurückziehen wollen oder müssen. Verantwortung dafür, dass sie ihre Rolle als Vermittler zwischen den Menschen, die ein Teil von ihnen sind und ihren Behandlern wahrnehmen. Dass sie mit deren Zustimmung über ihre Tochter, die Mutter, den Bruder gegenüber den Behandlern sprechen können. Wie sie ihren erkrankten Angehörigen erlebt haben und was sie mit seinem Einverständnis sagen können. Was sie erfahren haben. Dafür, dass sie Verantwortung für die eigene Partnerschaft haben, was ist, wenn sich alle Gedanken, alle Gefühle auf den Erkrankten beziehen und für den Partner, die Ehefrau, den Bruder, die Schwester, Vater oder Mutter kein Raum mehr bleibt? Keine Zeit mehr ist, kein Empfinden, weil sich alles auf den einen erkrankten Menschen bezieht? Wieviel Enttäuschung, Leerheit bleibt und wie können sie damit umgehen? Wo bleibt deren Ärger, Wut, wenn ihre Bedürfnisse nicht gesehen werden? Dann wird für Angehörige aus dem abstrakten Begriff der »Verantwortung« und ihrer »Zuverlässigkeit« ein sehr realer, persönlicher, raumgreifender Begriff, der nicht automatisch belohnt wird, weil es gerade in Krisenzeiten nicht gelingen kann, stets allen gerecht zu werden.

Was Angehörige zur Sicherstellung von Verantwortung und Zuverlässigkeit derzeit beschäftigt: »Kooperationsvereinbarungen« und »Aufsuchende Hilfen«

Als Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen setzen wir uns auch dafür ein, dass bei der klinischen und ambulanten psychiatrischen Behandlung die Erfahrungen und Sichtweisen von Eltern, Ehe- oder Lebenspartnern oder anderer enger Angehöriger und Vertrauenspersonen *systematisch* einbezogen werden. Systematisch meint, dass regelhaft bei einer Aufnahme geprüft wird, was ist mit den Angehörigen, wie beziehen wir sie schnellst möglich ein? Der Wunsch vieler Angehöriger ist es, eine

auf der Zustimmung des Patienten/der Patientin beruhende Zusammenarbeit aller Beteiligten sicherzustellen. Dazu gehört auch die Kooperation und der Informationsaustausch, selbstverständlich immer im Konsens mit den Erkrankten. Der BApK hat hierfür eine Mustervereinbarung erstellt. Sie richtet sich an ärztliche und nicht ärztliche Leiter und Leiterinnen der Kliniken und Fachabteilungen sowie an die außerklinische Psychiatrie und die örtlichen oder regionalen Vereine der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen als Partner. Hier hat die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer e. V. aus München mit der Entwicklung von Leitlinien zur Kooperation mit Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den kbo-Kliniken (Oberbayern) exemplarisch gezeigt, wohin der Weg führen muss, will man Angehörige auch strukturell einbeziehen. Ziele dieser Leitlinien, so die Aktionsgemeinschaft, sind die inhaltliche Definition und die Gestaltung der Beziehung zwischen den kbo-Kliniken und den Angehörigen psychisch kranker Menschen einschließlich der Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen in forensisch-psychiatrischen Abteilungen (www.apk-muenchen.de/ApKKooperationen/ApK_kbo.pdf). Dem BApK ist bewusst, dass in vielen Kliniken, Abteilungen und Einrichtungen der nicht-klinischen Psychiatrie eine Reihe von Angeboten für Angehörige vorgehalten werden. Wie die Einbindung der Angehörigen in das Stationskonzept, Vorhalten von Informationsangeboten für Angehörige etc. Das Anliegen der Kooperationsvereinbarung ist es jedoch darüber hinauszugehen und die Kooperationsvereinbarung als gegenseitige Willensvereinbarung zum festen Bestandteil der Qualitätsstandards auszubauen und zu integrieren.

Diese Initiative bundesweit aufgreifen will das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geförderte Projekt »Das Verhältnis von Angehörigen und Professionellen – Vereinbarungen zwischen Kliniken und Angehörigen (Verbänden/Vereinen) zur Regelung der vertraglichen Qualitätssicherung in der Psychiatrie«. Eltern, Ehepartner, Geschwister, erwachsene Kinder, weitere Verwandte, Lebenspartner von Patienten, also die in einer Vollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung benannten Vertrauensperson sind aufgrund der gemeinsamen Lebens- und Verantwortungsgemeinschaft in der Regel bereit und einstandswillig, Hilfebedarfe zu decken, die über die Hilfs- und Therapieangebote der Klinik hinausgehen. Ziele dieser gemeinsamen Vereinbarung sind daher die Definition und die prozedurale, konkrete Gestaltung der Beziehung zwischen der Klinik und den Angehörigen der Patienten. Das Ziel ist eine dem Patienten zugutekommende Zusammen-

arbeit aller Beteiligten. Dieser Vereinbarung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gut informierte und regelhaft eingebundene Angehörige oder andere sich um den Patienten kümmernde Personen hilfreiche Partner der Patienten und der professionell Behandelnden sein können.

Die Leitlinien des Kooperationsvertrages (Auszug)

1. *Die fördernde Einbeziehung der Angehörigen ist Teil des Therapiekonzepts und verbindlicher Bestandteil des Qualitätsstandards der Klinik. Sie soll ständig verbessert werden. Hierzu findet mindestens einmal jährlich ein Gespräch zwischen der Klinikleitung und Vertretern der organisierten Angehörigen und der Betroffenen zwecks gemeinsamer Bewertung und Fortentwicklung dieses Konzepts statt.*
2. *Die Klinik eruiert nach der Aufnahme, so rasch es geht, die Angehörigen, die Vertrauensperson bzw. den gesetzlich Bevollmächtigten gemäß der in der Präambel angegebenen Definition. Sie führt zeitnah mit dem Patienten Gespräche bezüglich der Schweigepflichtentbindung gegenüber den o.g. Personen unter Berücksichtigung der »Krisensituation«, in welcher sich der Patient nach Aufnahme in die Klinik befindet, auch unter Berücksichtigung der Wichtigkeit stabiler Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis für den Behandlungserfolg und der Begleitung des Patienten nach der Klinikbehandlung. Eine Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen ist auch dann beim Patienten zu erfragen, wenn dieser unter gesetzlicher Betreuung durch eine/n Berufsbetreuer/in steht.*
3. *Lehnt ein Patient die Schweigepflichtentbindung ab so wird dies dem/den Angehörigen auf Anfrage mitgeteilt. Nach einer angemessenen Zeit soll erneut das Gespräch mit dem Patienten gesucht und die Entscheidung nochmals überprüft werden.*
4. *Die Schweigepflichtentbindung kann auch Teilaspekte umfassen. Diese können im Einzelnen Informationen über Aufnahme, Verlegung bzw. Entlassung, über die Erkrankung und den Zustand des Patienten und auch ein gemeinsamer Austausch über Behandlungs- und Zielplanung sein.*
5. *Bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung durch den Patienten oder einer Betreuungs- oder Patientenverfügung sollen die Angehörigen bzw. die eingesetzten Personen in die im folgenden beschriebenen Maßnahmen einbezogen werden:*
6. *Die Angehörigen werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert, welcher Arzt/Psychologe im Normalfall Ansprechpartner ist und vor kurzfristig geplanter Ausgangserlaubnis oder Entlassung befragt, ob aus Sicht der Angehörigen zwingende Gründe dagegen stehen.*

7. *Zeitnah zur Aufnahme und Entlassung findet ein Gespräch mit dem Patienten und den benannten Angehörigen bzw. eingesetzten Personen statt.*
8. *Im gemeinsamen Gespräch werden u. a. geklärt: ob minderjährige Kinder vorhanden und versorgt sind, geplante bzw. getroffene Maßnahmen, ggf. Regelungen bezüglich gesetzlicher Betreuungspersonen, Entlassungs- und Verlegungsmodalitäten, initiierte Anbindung an ambulant-komplementäre Strukturen, nachstationäre Wohn- und Arbeitssituation.*
9. *Lebt der Patient in einer häuslichen Gemeinschaft mit Angehörigen, werden diese in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.*
10. *Fremdanamnestic Angaben durch Angehörige werden in der Krankengeschichte und im Arztbrief gesondert gekennzeichnet. Es soll darauf geachtet werden, dass diese Angaben nur im Interesse der Angehörigen und des Patienten verwendet werden.*
11. *Die Klinik hält regelmäßige Informationsangebote für Angehörige und Patienten vor und weist auf die Angebote der organisierten Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen hin.*
12. *Die Klinik gibt der organisierten Selbsthilfe von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen Gelegenheit, in den Räumen der Klinik über ihre Angebote zu informieren.*
13. *Von dieser Vereinbarung werden die Mitarbeiter der Klinik, der örtlich zuständige Verein der Angehörigen sowie der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker (LVApK) in Kenntnis gesetzt.*

Abrufbar als PDF unter: www.psychiatrie.de/bapk/Kooperationsvereinbarungen. Diese oder ähnlich lautende gegenseitig unterzeichnete Willensvereinbarungen werden 2017 in ca. 15 Kliniken umgesetzt. Hierzu gehören die kbo-Kliniken des Regierungsbezirks Oberbayern, siehe: www.apk-muenchen.de/ApKKooperationen/ApK_kbo.pdf sowie das Bezirkskrankenhaus Lohr a. Main/Unterfranken, das Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Schloss Werneck, das Universitätsklinikum Würzburg, das Klinikum Ingolstadt u. a. wie in Hamburg. In weiteren Kliniken stehen entsprechende Vereinbarungen vor dem Abschluss oder werden in 2017/2018 unterzeichnet. Welche Bedeutung die Kooperation mit der Familie hat, verdeutlicht ein systematisches internationales Review von 43 Studien zur trialogischen (tripartite) Kommunikation von Professionellen, Angehörigen oder anderen nicht bezahlten Pflegenden sowie erwachsenen Patienten. Gefordert wird u. a., dass es gemeinsames Ziel sein muss den Einbezug der Angehörigen zu stärken. Hierfür bedarf es auch entsprechender Schulungen

bei den professionellen Mitarbeitenden, um diesen Einbezug sicherzustellen (EASSOM et al. 2014).

»Aufsuchende Hilfen«. Das Engagement des LV der ApK Hamburg (Dr. H. J. Meyer)

Um was es geht: Eine Fallbeschreibung

Als wir merkten, dass unsere Tochter in ihrer Wohnung nicht mehr klar kam, der Abwasch türmte sich, es wurde versucht zu kochen, der Herd war von eingebrannten Speisen verunreinigt, nahmen wir Kontakt zu ihrem behandelnden Arzt auf. Dieser vereinbarte einen Termin und hat ihr eine höhere Dosis verschrieben. Die Situation wurde trotz Medikamentenerhöhung von Tag zu Tag schlimmer. Wir – mein Mann und ich – wurden aus ihrer Wohnung geworfen und durften nicht mehr rein. Sie sagte uns, wir sollten sie in Ruhe lassen. Wir schickten einen Freund von uns hin, der früher selber bei der Polizei war und den sie auch mag. Dieser konnte sie auch nicht überreden in die Klinik zu gehen. Ihm hatte sie gesagt, wir sollten sie in Ruhe lassen. Sie hätte ihre eigene Wohnung und wir auch.

Daraufhin setzten wir uns mit dem Notärztlichen Dienst in Verbindung. Dieser sagte uns, die Polizei wäre zuständig. Wir haben uns mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Verbindung gesetzt. Dort riet man die Polizei einzuschalten, was wir dann auch gemacht haben. Wir schilderten den Zustand der Wohnung und sagten, dass von ihrem Tisch Kerzenwachs bis auf den Teppich gelaufen sei und dass sie sich und andere gefährdet. Außerdem hätte sie schon mal einen Suizidversuch vor sieben Jahren gemacht.

Darauf sagte man uns, dass es in der Adventszeit häufiger passiert, dass Kerzenwachs überläuft, und dass Eltern mit den Kindern im Streit wären. Man fügte außerdem hinzu, sie müsse selber ins Krankenhaus wollen oder aber, wenn sie entmündigt wäre, würde sie geholt werden. Eine Entmündigung lag nicht vor. Also passierte nichts.

Für den nächsten Tag baten wir, dass unsere ältere Tochter sie aufsuchen sollte, um mit ihr über eine Einweisung ins Krankenhaus zu sprechen, weil wir ihr eine Zwangseinweisung ersparen wollten. Ihre Schwester fand sie dann am nächsten Tag in einer total verräucherten Wohnung vor. Sie hatte eine Kerze über Nacht brennen lassen und war eingeschlafen. Die Tischplatte war total eingebrannt und die Wohnung roch stark nach Rauch. Rauchmelder waren zu dem Zeitpunkt noch nicht vorhanden. Nachbarn waren wohl ausgeflogen, da Feiertag (3. Oktober) war. Es war ein Wunder, dass sie noch lebte. Unsere ältere Tochter machte ein Foto mit ihrem Handy von der eingebrannten Tischplatte. Mit diesem Foto fuhren wir zur

Polizei und nur dadurch konnten wir die Polizei bewegen, sich die Situation vor Ort anzuschauen, was dann endlich auch geschah. Unsere Tochter ließ sich auf Anraten der Polizei von ihrem Vater und ihrem Schwager ins Krankenhaus bringen. Das war noch mal Glück im Unglück. Es hätte lichterloh in ihrer Wohnung brennen können. Nachbarn hätten ums Leben kommen können. Sie selbst hat sich und andere in Gefahr gebracht.

Hier fragt man sich:

Warum hört man nicht auf Angehörige? Warum bekommt man in einer solchen Situation keine professionelle Hilfe? Was ist falsch gelaufen? Warum musste erst Schlimmeres, d.h. Lebensgefährdendes passieren, eh reagiert bzw. agiert wurde? Wir hatten Kontakt zu ihrem behandelnden Arzt, zu ihrer Psychotherapeutin, zu dem Sozialpsychiatrischen Dienst und zur Polizei aufgenommen. (Dokumentationen von Krisensituationen, Hamburg o. J.)

»Menschenwürde wahren, Zwangseinweisung vermeiden, aufsuchende Hilfen stärken«. Die zentrale Forderung des Aufrufs des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Hamburg wurde bundesweit von über 1.400 Personen unterzeichnet. Darunter viele beruflich Tätige aus klinischer und ambulanter Versorgung, Repräsentanten nahezu aller Fachorganisationen, zahlreiche Familienangehörige und auch Psychiatrie-Erfarene. Der Grundaussage wird zugestimmt: Unser insgesamt gut ausgebautes psychiatrisches Versorgungssystem weist für bestimmte Erkrankte gravierende Lücken auf. Das betrifft besonders die schwerkranken Menschen, die in einer Phase ihrer Erkrankung ihre Hilfsbedürftigkeit nicht mehr erkennen können oder krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, Hilfen einzufordern und anzunehmen. Sie werden – wie das obige Beispiel exemplarisch zeigt – vom Versorgungssystem nicht erreicht, auch weil man ihr Grundrecht auf autonome Entscheidungen über ihre Gesundheit nicht verletzen will. Die hier engagierten Angehörige sagen aber, dies führt zum Gegenteil von Autonomie: Es kommt eher zu Zwangseinweisungen, häufiger zu Aufnahmen in die Forensik oder den Strafvollzug, zu Wohnungslosigkeit sowie zu schweren Schäden an der materiellen oder sozialen Situation bei den Betroffenen und auch zu Schäden gegenüber Dritten. Trotz Sozialpsychiatrischer Dienste, trotz regional auch vorhandener Krisendienste stellt sich die Frage, welche Strukturen brauchen wir, was hat sich in Modellversuchen schon bewährt, brauchen wir neue Modellversuche aufsuchender Hilfen, was kann man daraus für Forderungen an die Regelversorgung ableiten?

Und die ethische Frage, welche Einstellungen der handelnden Personen zum Spannungsfeld: Autonomie versus Fürsorge sollen gelten? Nicht nur

als juristische Fragestellung, sondern die Frage ist, wie und mit welcher Einstellung handeln psychiatrische Fachkräfte innerhalb des durch Gesetz und Rechtsprechung derzeit vorgegebenen Rahmens? Dies ist damit auch letztlich eine ethische Fragestellung: Nutze ich vorhandene Spielräume im Sinne von Schutz und Fürsorge für einen psychisch erkrankten Menschen aus oder stelle ich mich auf den Standpunkt, eine Willensäußerung eines schwerkranken Menschen sei unhinterfragt zu respektieren, auch unter Inkraftnahme sämtlicher Konsequenzen für den erkrankten Menschen (MEYER 2016)? Diesen Fragen wurde u. a. am 27.04.2017 bei einer entsprechenden Fachveranstaltung des LV ApK Hamburg mit dem BApK und dem Rauen Haus Hamburg nachgegangen. Weiterführende Literatur zu dem Thema siehe: www.lapk-hamburg.de/index.php/aufruf-aufsuchende-behandlungstaerken/veroeffentlichungen

Aussichten

Es soll nicht verschwiegen werden, auch positive Entwicklungen im Sinne der Angehörigen und ihrer erkrankten Familienmitglieder gibt es: In Oberbayern werden in 2017 sukzessive flächendeckend psychiatrische Krisendienste installiert. Der von Volkmar Aderhold implementierte »Open dialogue« erfährt viel Aufmerksamkeit. In 20 % der häuslichen Gespräche sind Kinder und Jugendliche involviert. Insgesamt gibt es eine hohe Angehörigenzufriedenheit bei den Beteiligten (mündliche Mitteilung Volkmar Aderhold, Saarbrücken 2016). Hoffen auf häusliche Behandlung durch »krankenhausersetzende Leistungen« – wie realistisch sind sie in Kriseninterventionen? Klar ist, diese finden im sozialen Umfeld des Betroffenen statt, damit häufig auch in Gegenwart von Partnern, Eltern, Geschwistern oder eigenen Kindern. Hier wird die Praxis einer »Krankenhausbehandlung ohne Bett« langfristig zeigen müssen, dass sie die Angehörigen substantiell einbezieht, dass Angehörige nicht Störende sind, sondern diejenigen die Türen öffnen.

Zum Schluss zwei Bitten

Wir Angehörige wünschen uns mehr öffentliche Eingeständnisse von beruflich in der Psychiatrie Tätigen, wenn sie ebenfalls Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen waren oder sind: Dass sie als Bruder, Schwester, Partner, als Mutter oder Vater, als Sohn oder Tochter eines Menschen, der psychisch leidet oder gelitten hat, die häusliche und familiäre Situation selber

aus Erfahrung kennen. Dass sie ihre Sorge, stigmatisiert zu werden, ablegen. Dass ihnen klar wird, dass nicht wenige beruflich Tätige genau deswegen ihre Tätigkeit in der Psychiatrie gesucht und gefunden haben. Dass sie darin nicht einen Nachteil, sondern eine höhere Kompetenz erkennen. So wie es die Kölner Bürgermeisterin anlässlich der Feier 40 Jahre Dachverband Gemeindepsychiatrie getan hat. Laut und öffentlich zu erklären, dass es auch in ihrer Familie ein psychisch erkranktes Familienmitglied gibt. Was sie im Publikum erzeugte war Respekt. Auf den Rollenkonflikt, sowohl beruflich Tätige als auch Angehörige zu sein, waren z. B. Asmus Finzen schon Anfang der 1970er Jahre und Luc Ciompi allerdings erst nach seiner Emeritierung eingegangen. Beide zitiert Reinhard Peukert in »40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz der Angehörigen« mit dem Hinweis, dass diese sich zunächst nicht als Angehörige empfanden und sich erst mit Beginn der 1980er Jahre auch als Angehörige erkannten. Hierzu bedurfte es aber einer Überwindung und Ablegung von Scham, wie es Peukert im Zitat von Ciompi zeigt: »Ich habe immer noch aus dem gleichen, von der Kindheit herstammenden Gemisch aus Hemmung, Scham, und Gefühl von Familienschande so lange nicht offen über meine schizophreniekranke Mutter zu sprechen gewagt. Seit ich das immer freier tue, stelle ich fest, dass dies offenbar auch auf manche andere Angehörige befreiend und beruhigend wirkt« (CIOMPI in PEUKERT 2015, S. 78).

Und wenn in ihrem klinischen Flyer steht: »Wir beziehen Angehörige frühzeitig ein«, dann streichen sie es durch und schreiben hin: »Wir beziehen Angehörige immer ein«, »Wir hören ihnen gerne zu«, »Wir sind neugierig auf das, was sie uns sagen«, »Wir wollen, dass sie hier einen Platz haben«. Stellen sie einen Tisch auf die Station mit zwei oder drei Stühlen und schreiben sie darüber »Angehörigentisch«. Sicher wird es eine Zeit dauern, bis Angehörige dort auch mal Platz nehmen, aber leisten sie sich diese Symbolik, Angehörigen auch räumlich einen festen Ort auf der Station zu verschaffen.

Literatur

- ALY, G. (2013): Die Belasteten. »Euthanasie« 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt am Main.
- BATESON, G./ JACKSON, D.D./HALEY, J. u. a. (1969): Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen Theorie. Frankfurt am Main.
- Destatis: Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Alle Daten aus 2014. www.destatis.de.
- Dokumentation von Krisensituationen. Zur Notwendigkeit eines Krisendienstes berichtet von Angehörigen. Angehörige psychisch Kranker Landesverband Hamburg. Hamburg, o. J.; www.lapk-hamburg.de.

- DÖRNER, K./EGETMEYER, A./KOENNING, K. (1982): Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. Wunstorf.
- EASSOM E./GIACCO D./DIRIK A./PRIEBE S. (2014): Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. 2014 Oct 3;4(10):e006108. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006108.
- FISCHER, F. (1969): Irrenhäuser. Kranke klagen an. München. Neuauflage Bonn 2016.
- FROMM-REICHMANN, F. (1948): Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. In: *Psychiatry* 11, 263–273.
- JONAS, H. (1979): Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt am Main.
- Kooperationsvereinbarungen. Siehe www.psychiatrie.de/bapk/kooperationsvereinbarungen und www.apk-muenchen.de/ApKKooperationen/ApK_kbo.pdf. Abruf 2017.
- PEUKERT, R. (2005): Die Angehörigenselbsthilfe in der Psychiatrie Das immer wieder neue Selbstverständnis der Angehörigenselbsthilfe in Deutschland. *Kerbe* 3, 4–9.
- PEUKERT R.: 40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz der Angehörigen. In: ARMBRUSTER J./DIETERICH A./HAHN D./RATZKE, K. (Hg.) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln, S. 76–89.
- SCHLIEBENER, G. (2012): 20 Jahre Angehörigenbewegung in NRW. Festvortrag zum 25-jährigen Vereinsjubiläum der ApK Lippe in Detmold. www.apk-lippe.de/index.php?id=121#c240. Abruf 2017. Das vollständige Zitat lautet: »Es gibt ganz verschiedene Möglichkeiten, Angehöriger zu werden, und diese Möglichkeiten gibt es auch in jedem Lebensalter. Als Kind kann man Angehöriger eines psychisch kranken Elternteils werden, als junger Mensch Bruder oder Schwester eines psychisch kranken Menschen, später dann Elternteil eines psychisch kranken Jugendlichen und noch später Kind eines gerontopsychiatrisch erkrankten, evtl. dementen Menschen. Keine dieser Möglichkeiten hat sich jemand von uns freiwillig ausgewählt. Wir wurden hineingesetzt in diese Situation, ohne Vorbereitung, ohne Schulung, ohne fachliche Begleitung, ohne Supervision«.

Verantwortung und Überverantwortung durch Eltern

Susanne Heim

Am Vormittag ging es vor allem um die Strukturen unseres Gesundheitswesens, um die Verantwortung von Politik und (Selbst-)Verwaltung, Institutionen und Berufsgruppen. Die Rahmenbedingungen für die Angehörigen als wesentliche Träger der außerstationären Versorgung waren dabei kein Thema. Krisen sind ja letztlich nur die spektakuläre Spitze des Eisbergs. Sie fallen in der Regel nicht vom Himmel. Sie haben eine oft lange Vorgeschiede, die von der zunehmend verunsicherten Familie irgendwie bewältigt werden muss. Nicht nur bei einer Ersterkrankung wird die Not von psychiatrisch Tätigen selten wahrgenommen, solange das Kind noch nicht in den Brunnen gefallen ist. Und selbst dann sind »bedarfsgerechte und flexible Hilfen« immer noch Mangelware. Deshalb bin ich mit dem vorgegebenen Titel meines Beitrags gar nicht glücklich. Alle reden von Trialog und Inklusion – da sollten wir Angehörigen uns nicht auseinander dividieren und in Untergruppen aufsplintern (lassen). Zumal wenn es um die Klärung der Frage geht, wer bei der Begleitung eines psychisch erkrankten Menschen wofür zuständig und verantwortlich ist. Heißt es doch in der Einführung zum Tagungsprogramm: *»Wenn die Verantwortlichen identifiziert sind, wissen wir auch, wo man auf Verbesserungen hinwirken kann.«*

Eltern, insbesondere von längerfristig Erkrankten, mögen als größte Gruppe erscheinen – zu den Angehörigen zählen aber ebenso Geschwister, Kinder (jeden Alters), Partner/Lebensgefährten, auch »Wahlverwandte«, Freunde, WG-Mitbewohner etc. Pro Psychiatrie Qualität (PPQ) bringt es so auf den Punkt: *»Angehörige sind Bezugspersonen, die aufgrund ihrer engen emotionalen Bindung von der psychischen Erkrankung eines ihnen nahestehenden Menschen mitbetroffen sind, unabhängig von Verwandtschaftsgrad und Familienstand.«* (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. 2009, S. 158)

Wenn wir die Pluralität im Blick behalten, fällt uns die Unterscheidung zwischen rechtlicher, gesetzlich verankerter Verantwortung und »gefühlter« Verantwortung leichter. So können wir auch die Bereitschaft zu eigenmächtiger, übergreifiger Verantwortungsübernahme durch Familienangehörige, insbesondere Eltern, besser erkennen. Um der unbedachten »Überverantwortung« nicht zu verfallen, habe ich mir z. B. angewöhnt, immer erst einmal innezuhalten und mich zu fragen: Würde ich bei einem guten Freund oder

meiner besten Freundin auch so handeln, sie genauso be-handeln? Und: Wie würde ich reagieren, wenn meine Mutter sich hier und heute so verhielte, wie ich es gerade meinem erwachsenen Sohn gegenüber vorhabe?

Dieses Verfahren hilft auch – übrigens allen Beteiligten – die »Opferrolle« zu überwinden, den eigenen Spielraum wahrzunehmen und zu nutzen: Ich bin den Herausforderungen des Schicksals nicht ohnmächtig ausgeliefert. Ich entscheide, wofür ich wie viel Verantwortung übernehme. Denn ich habe, wie alle anderen, das Recht, mich (auch) um mein eigenes Wohl zu bekümmern.

Das Gesetz billigt jeder volljährigen Person das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu. Folglich sind Eltern für ihre volljährigen Kinder grundsätzlich nicht mehr verantwortlich und nicht zuständig!

In der Psychiatrie wird das ja ganz besonders ernst genommen und hochgehalten, wenn es um die »Schweigepflicht« geht – bei Versorgungsansprüchen ist man da weniger pingelig. Von wegen Doublebind! Angehörige sollen sich aus allem heraushalten und gleichzeitig für jeden Notfall zur Verfügung stehen. Deshalb tun Eltern gut daran, sich im Zweifel daran zu erinnern, dass sie ihren volljährigen Sprösslingen nur noch beschränkt unterhaltspflichtig sind. Es ist und bleibt also ihre Entscheidung, was sie sich über ihre gesetzlichen Pflichten hinaus zumuten (lassen) wollen.

Selbstfürsorge, gern als »Egoismus« diffamiert, ist ein Menschenrecht! Jeder hat ein eigenes, eigenständiges Recht auf Wohlergehen, und zwar nicht nur zwecks Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Einsatzbereitschaft. Dem entsprechend haben auch Angehörige Anspruch auf Schutz vor krankmachender Überbelastung, genauso wie Profis Anspruch haben auf geregelte Arbeitszeiten und Schutz vor Überforderung – nicht nur deshalb, weil überlastete, gereizte Mitarbeiter für die Patienten und deren Genesungsprozess nicht besonders förderlich sind, ungeachtet ihres theoretischen Wissensstandes und ihrer praktischen Kompetenzen.

Selbst-lose Angehörige, die sich »aufopfern«, die ihre Interessen und Gewohnheiten aufgeben, außerfamiliäre Kontakte vernachlässigen, um ihr Zuhause in ein Privatsanatorium zu verwandeln behindern den Entwicklungsprozess (bei sich selbst und den Erkrankten) mehr als sie ihn fördern. Sie räumen der Krankheit viel zu viel Macht ein und vergessen, dass jede noch so wohlwollende Hilfe auch die unterschwellige Botschaft vermittelt: Du armes Würstchen, bist so krank und schwach. Du kannst das nicht. Ohne mich wärs Du verloren.

Gleichzeitig laden sie – verrückterweise! – aus lauter Liebe und Fürsorge die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit, ihr eigenes Wohlergehen

ausgerechnet *dem* Familienmitglied auf, das sie als besonders schutz- und schonungsbedürftig einschätzen. Mal unter uns: Möchten Sie, dass jemand sich für Sie aufopfert? Sich verausgabt bis zur Erschöpfung und am Ende noch selber schlapp macht? Wie würden Sie sich da fühlen?

Wer krank ist, ist niemals *nur* krank! Selbst in akuten Psychosen gibt es Inseln der Klarheit. Wir müssen sie nur wahrnehmen – *für* wahr nehmen, wertschätzen und fördern!

Ein gedeihliches respektvolles Miteinander auf Augenhöhe setzt voraus, dass wir

1. die Verantwortlichkeiten definieren und auseinander dividieren,
2. die Verantwortung miteinander teilen = untereinander aufteilen,
3. aber auch die notwendige Information miteinander teilen!

Das tangiert die Schweigepflicht keineswegs, denn gefragt sind nicht Inhalte therapeutischer Gespräche, sondern eine tragfähige Basis für Kooperation.

Egal, ob als Betroffener, Angehöriger, beruflich oder ehrenamtlich Helfer: Um beim Genesungsprozess verantwortungsvoll mitwirken und hilfreich sein zu können, muss ich

- das Ziel kennen
- und wissen, welche Schritte dahin führen sollen,
- welche Maßnahmen welchem Zweck dienen sollen
- und welche Aufgabe mir zukommt.

Ob und von wem die Gesundung wie gefördert oder behindert wird, hängt davon ab, wie wir miteinander verhandeln (können): über unsere jeweiligen Bedürfnisse ebenso wie über unsere Ressourcen/Potentiale.

Weil alle das gleiche Recht auf Schutz und Selbstbestimmung haben, ist ein gedeihliches Zusammenwirken nur möglich, wenn alle Beteiligten sich miteinander verständigen und aufeinander abstimmen.

Das setzt voraus, dass alle unmittelbar Involvierten ihre Rechte und Pflichten kennen und die jeweils anderen (wie auch sich selbst) mit ihren Kompetenzen und Belastungsgrenzen in den Blick nehmen und respektieren.

Literatur

Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (Hg.) (2009): ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement.

Kinder psychisch erkrankter Eltern von der Verantwortung entlasten

Iris Dewald

Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, übernehmen Kinder, auch die ganz kleinen, automatisch Verantwortung: für die Erkrankung, für den erkrankten Elternteil, für den gesunden Elternteil falls vorhanden, für Geschwister. Sie können noch nicht über Rechte und Pflichten reflektieren. Dies geschieht in einer Weise, deren Ausmaß wir Erwachsenen oft nicht übersehen und zu einem Zeitpunkt, wo die Kinder selber abhängig von ihren Eltern und deren Zuwendung sind.

Deshalb nenne ich meinen Beitrag »Kinder psychisch erkrankter Eltern von der Verantwortung entlasten«.

»Das ist toll, wie du das machst, wie du dich um deine Eltern kümmerst.«

Ich würde mir wünschen, dass stattdessen gesagt wird: »Das ist ehrenwert, wie du dich kümmerst, du kannst das im Rahmen deiner Möglichkeiten auch tun, aber wie geht es Dir dabei, ist das nicht zu viel für dich, was brauchst du, was wünschst du dir an Hilfe?«

Die Verantwortung sollte dort bleiben, wo sie hingehört, bei den Erwachsenen, den Eltern – auch wenn sie krank sind.

Wenn psychisch Erkrankte Kinder haben, sind sie verantwortlich dafür, ihre Krankheit oder Gesundheit so zu managen, dass die Kinder so wenig wie möglich beeinträchtigt werden. Verantwortungsvolles Handeln kann auch bedeuten, die Verantwortung an Dritte zu übertragen und das Kind gehen zu lassen. Da erteile ich keine Entlastung. Im Nachhinein kann ich sagen, es hatte auch etwas Positives. Die Erkrankung der Eltern hat auch gute Eigenschaften in mir geweckt und mich zu dem gemacht, der ich bin. Aber als Kind fühlt es sich ganz anders an und wirklich gebraucht hätte ich es auch nicht.

Ich wünsche mir, dass die Hilfesysteme den Familien, den kranken und gesunden Eltern und den Kindern die Hilfen bereitstellen, damit die Verantwortung bei den Eltern bleibt – das kann auch bedeuten, sie zu teilen oder abzugeben – und Kinder möglichst unbeschwert aufwachsen können.

Hier ist zum einen die Erwachsenenpsychiatrie gefragt, die ihre Patienten, wenn sie Kinder haben, immer auch als Eltern sehen und verstehen sollten. Das ist in die Behandlung mit einzubeziehen. Ich wünsche mir hier Familiensprechstunden, damit die Familien eine Sprache über das Unfassbare, was die Erkrankung mit ihnen macht, entwickeln können und das Schweigen

gerade auch gegenüber den Kindern brechen. Wo der Handlungsraum der Erwachsenenpsychiatrie aufhört, würde ich mir wünschen, dass die Erwachsenenpsychiatrie sich als Wegweiser in das Hilfesystem anbietet. Voraussetzung dafür ist, die sozialpsychiatrische Landschaft vor Ort zu kennen und die Bereitschaft zur Kooperation.

Die Eltern sind nicht ohne ihre Kinder und die Kinder nicht ohne ihre Eltern zu sehen.

Das gilt auch für die Familienhilfe. Spezialisierte Angebote für psychisch erkrankte Eltern gibt es punktuell. Diese sollten weiterentwickelt und ausgebaut werden. Erstrebenswert wäre, dass die an einer psychischen Störung erkrankten Eltern sich dabei einbringen und dass sie gefragt werden, was sie sich an Hilfen wünschen.

Die Kinder brauchen verlässliche Ansprechpartner außerhalb der Familie, umso mehr dann, wenn der gesunde Elternteil sich verabschiedet hat. Ich finde die Patenschaftsprojekte für Kinder psychisch erkrankter Eltern wunderbar. Hier übernehmen Paten Verantwortung und kranke Eltern teilen Verantwortung für ihr Kind. Die Patenschaftsprojekte sollten von zeitlich befristeten Projekten in eine dauerhafte Finanzierung überführt werden.

Auch erwachsene Kinder brauchen Unterstützung.

In einer Studie mit erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern schreiben Katharina Wirth und Johannes Jungbauer: »Eine andere Teilnehmerin schrieb: `

Der größte Kampf war wohl zum einen das Loswerden meiner Schuldgefühle und zum anderen die ›Rückumkehrung‹ der Parentifizierung.`« Es ist schwierig sich aus der Kralle der Verantwortung zu lösen, wenn dieselbe immer wieder auf einen zu gekrochen kommt. WIRTH und JUNGBAUER (2016, S. 39) schreiben weiter: » Die meisten Studienteilnehmer wünschen sich die Möglichkeit einer Einzelberatung oder Gruppenangebote speziell für erwachsene Kinder, zum Teil mit der Möglichkeit, Kindheitserfahrungen therapeutisch aufzuarbeiten. Als Fazit lässt sich festhalten, dass die erwachsenen Kinder in Forschung und Praxis endlich angemessen wahrgenommen werden müssen, denn – um es mit den Worten einer Studienteilnehmerin zu sagen – `oftmals sind die Spuren tiefer, als sie aus der Entfernung scheinen.`«

1 WIRTH, K./JUNGBAUER, J. (2016): »Ihre Krankheit beeinflusst mich jeden Tag – ob positiv oder negativ«. Ergebnisse einer Studie mit erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern. Psychosoziale Umschau, 3, S. 39

2 ebd.

Literatur:

JUNGBAUER, J./WIRTH, K. (2016): Der lange Schatten der Kindheit: Erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern. FORUM sozialarbeit+gesundheit, 4, 44–47.

WIRTH, K./JUNGBAUER, J. (2016): »Ihre Krankheit beeinflusst mich jeden Tag – ob positiv oder negativ«. Ergebnisse einer Studie mit erwachsenen Kindern psychisch erkrankter Eltern. Psychosoziale Umschau, 3, 38–39.

Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters

Reinhard Peukert

Das Thema wird zunächst aus einer subjektiven Perspektive betrachtet, in die Gespräche mit anderen Geschwistern eingegangen sind. Damit ist der Beitrag alles andere als wissenschaftlich fundiert, was sich u. a. auch an der nur spärlich verfügbaren Literatur abbildet – wobei sich in der Literatur und den Gesprächen deutliche Parallelitäten abzeichnen, auf die hingewiesen wird.

Ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Studien sowie meiner Gespräche vorne weg:

Die Geschwister psychisch erkrankter Schwestern und Brüder fühlen sich häufig in ihren Herkunftsfamilien übersehen, aber auch in gemischten Angehörigengruppen; im Umgang mit professionellen Helfern geht die Einschätzung von »übersehen« bis zu »missachtet«. (SCHMIDT u. a. 2006, S. 182; SCHRANK u. a. 2007, S. 221; BOCK u. a. 2008, S. 31) – und dies angesichts einer Belastung, die zu Beginn häufig in völliger Erschöpfung terminiert.

»Ich bin mit der Situation derzeit völlig überfordert und suche Ansprechpartner, die mir in meiner Situation helfen können und mit denen ich Erfahrungen austauschen kann über mögliche Therapien und natürlich ganz wichtig für mich, wie weiter umgehen mit der Situation. Inzwischen bin ich am Ende und kann, nach den letzten sechs Monaten, in denen die Betreuung meines Bruders meine ganze Kraft in Anspruch genommen hat, nicht mehr alleine weiter.« (Aus einer an den Autor am 8. Juli 2006 gerichtete Mail einer Schwester).

Dabei beläuft sich allein die Gruppe der Geschwister von an Schizophrenien erkrankten Menschen in Deutschland auf ca. 1 Mill. (siehe BOCK u. a. 2008, S. 28)

Aufwachsen mit einem psychisch kranken Bruder

Mein Bruder Ingo ist fast genau zwei Jahre älter als ich, wir verlebten eine gemeinsame Kindheit auf dem Lande.

In seiner späten Kindheit und frühen Jugend ist er zweifellos sozial aktiver als ich, wir ziehen wegen eines Stellungswechsels unseres Vaters vom Land in die Stadt Wiesbaden, er ist 16, ich bin 14 Jahre alt – und ich beginne eine neue Lebensphase, ohne Probleme des Einlebens.

Meinem Bruder Ingo gelingt das, glaube ich, nicht ganz so gut. Er hat mehr in Salzderhelden, wo wir vorher wohnten, zurück gelassen als ich: mehr Freunde, bereits erste Liebschaften und unsern Großvater auf dem Friedhof, mit dem ihn so viel verband, u. a. die Passion für Fußball (was mich gar nicht interessierte).

Ich begann ein Jungendlichen-Leben in der Stadt, mehr oder weniger an Schule und Elternhaus vorbei; er büffelte irgendwann fürs Abitur, schummelte, fiel dabei auf – und verweigerte die Chance, es beim nächsten mal erneut anzustreben!

Er wurde noch ein wenig in sich gekehrter, wie mir meine Mutter später erzählte, und der Hausarzt empfahl mangels anderer Perspektiven und als Kur zur Stärkung der Persönlichkeit: die Bundeswehr (ausgerechnet)!

Auch da fiel er auf, was ihm hin und wieder Kerker einbrachte.

Als er mal wieder aus dem Kerker kam, besuchten meine Frau und ich ihn in der Kaserne – irgendwie hatte ich ihn anders in Erinnerung gehabt: als großen, starken Bruder; ein Meter fünfundneunzig maß er immer noch.

Er absolvierte anschließend eine Lehre bei den Farbwerken Höchst, war sehr liebevoll zu meinem Sohn, den ich mit knapp 20 Jahren bekommen hatte und unterstützte unsere junge Familie.

Er sagte, er fühle sich dazu verantwortlich und er wolle die Versäumnisse unserer Eltern ausgleichen. Deren Engagement empfand er als sehr defizitär: So wie sie sich heute meiner Familie gegenüber verhalten würden hätten sie sich auch immer ihm gegenüber gezeigt. Ich wunderte mich über ihn, aber damals dachte ich nicht weiter darüber nach.

Mit der Zeit wurde es allerdings zu einem immer wieder kehrenden Thema: sein Gefühl, nicht geliebt worden zu sein.

Es schaffte die Lehrabschlussprüfung als Industriekaufmann, bekam eine Festanstellung, aber wurde immer wieder krank mit Diagnosen von der Sorte: Infekt, vegetative Dysfunktion etc. Immer häufiger konnte er den Arbeitsanforderungen seines Arbeitsplatzes nicht genügen, er begann irgendwann Nächte lang Skat um Geld zu spielen.

Auch war er fest davon überzeugt, die Verbrechen der Farbwerke im Nationalsozialismus den Kunden von Höchst gegenüber hervorheben zu müssen – auch gegen deren eindeutig geäußertes Desinteresse an solchen Fakten.

Er meinte auch, er müsse sich darum kümmern, dass die unfähigen Vorgesetzten und Abteilungsleiter entfernt würden und er eine seinen Fähigkeiten und seinem Engagement gemäße Führungsposition übernehmen solle.

Da war dann irgendwann die große Toleranz und Fürsorglichkeit seines Vorgesetzten und der Personalabteilung erschöpft, man bat ihn, die Firma zu verlassen – und er fuhr schnurstracks nach Hamburg, da auf der Reeperbahn um höhere Einsätze Skat gespielt werde; auch befände er sich ja auf der Siegerstrasse, zumindest versuchte er sich und anderen diesen Eindruck zu vermitteln.

Als er kein Geld mehr hatte suchte er einen Geschäftsfreund unseres Vaters auf, der ihm bereitwillig aushalf. Nach dem dritten Besuch von Ingo mit der Bitte um Geld rief er unseren Vater an – der war hilflos.

Schließlich endete der Aus- und Höhenflug – nach einem Eklat in einer Bar – auf einer psychiatrischen Station in Wiesbaden.

Sein Bruder, nämlich ich, habe davon nur am Rande etwas mit bekommen, denn ich war mit meiner kleinen Familie und dem Studium voll beschäftigt – in dem ich mich aber bezeichnender Weise mit psychoanalytisch orientierter sowie bindungstheoretisch fundierter Kleinkindforschung und theoretisch mit soziologischen Theorien zu psychischen Erkrankungen beschäftigte, was zu jener Zeit keinesfalls exotisch war.

Nach seinem ersten Krankenhausaufenthalt wurde mein Bruder Ingo immer wieder psychisch krank – mit der Diagnose schizo-affektive Psychose, und unsere enge Beziehung aus früher Kindheit lebte irgendwann wieder auf, mit der Zeit wurden wir füreinander wichtige Gesprächspartner. Gemeinsames Aufwachsen, Abstand voneinander, Re-Intensivierung der Beziehung nach Ausbruch der Krankheit ist eine Stufenfolge, über die viele Geschwister berichten (siehe unten).

Der berichtete Zeitraum liegt zum Teil viele Jahre zurück und dennoch sind mir heute viele Situationen noch so präsent wie damals. Das betrifft sowohl seine Erzählungen zum Erleben seiner Kindheit und Jugend – wobei ich ihn damals ganz anders wahrgenommen hatte; und auch an die schweren Momente in unserem gemeinsamen Leben kann ich mich erinnern, als sei es gestern gewesen. So z. B. daran, als ich ihn nach vielem hin und her und trotz anhaltendem Zweifel an der per Beschluss erfolgende Einweisung in die Klinik begleitete, mich an der Niederkämpfung dieses großen Kerls beteiligte und er mir – während er die gut gemeinte Spritze bekam – mit den Worten »Auch Du, mein Sohn Brutus!« in die Augen sah!

So vergingen seine bewegten Krankheitsjahre mit maniformen und manischen Zeiten, in denen er mich an seinem Glück teilhaben lassen wollte und er meinte, wir sollten unsere Eltern doch endlich »in den Wind schießen«, wie er sich ausdrückte.

Es gab aber auch sehr traurige und beklemmende Zeiten, in denen er sich vor Angst bibbernd nicht aus dem Bett traute, wochenlang provisorisch in der Wohnung meiner Eltern lebte und meine Mutter ihm fast Tag und Nacht die Hand hielt, da er meinte, sonst sterben zu müssen.

Er hatte Mitte der Siebziger des vergangenen Jahrhunderts mit einigen engagierten Frauen den Club 75, einen Patientenclub, ins Leben gerufen, nachdem er den für ihn richtigen Psychiater gefunden hatte und die Eruptionen nicht mehr ganz so dramatisch verliefen.

Ich betrieb beruflich Jahre lang Jugend-, Arbeits- und Schulforschung, bis mich mein Bruder durch seine Erzählungen und Klagen über die Versorgungsbedingungen dazu brachte, mich für Psychiatrie zu interessieren – gerade zu dem Zeitpunkt, als die Gemeindepsychiatrie in Hessen sich zu entwickeln begann.

Zwei Erfahrungen aus dieser Anfangszeit der Gemeindepsychiatrie haben mit meinem Bruder zu tun. Über viele Jahre hinweg war ich in Wiesbaden nicht Reinhard, Reinhard Peukert oder Dr. Reinhard Peukert für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, sondern ganz einfach »Der Bruder von Ingo«. Das hat wahrscheinlich ohne eigenes Zutun das Vertrauen geschaffen, das für Betreuungsbeziehungen so bedeutsam ist!

Als es ihm mal wieder schlechter ging und er per Zwangseinweisung in die Klinik musste, er jedoch nach einigen Tagen mit mir und meiner Frau einen Spaziergang mit anschließendem Restaurantbesuch erlaubt bekam, kam es zu einer weiteren Erfahrung, die ich nicht missen möchte. Offensichtlich hatte ich inzwischen unbemerkt »Profi-Attitüden« angenommen – denn bei einem aus meiner Sicht fachlich ausgewogenen und auf guter Beziehung ruhenden Gespräch, mit ihm sagte er auf einmal: »Ich brauche keinen weiteren Profi, ich brauche Dich als Bruder!« Über diese Situation haben wir noch oft gemeinsam nachgedacht und gesprochen.

Geschwister beeinflussen die eigene Biographie

Auf eine gemeinsame Kindheit folgte die Erkrankung des Bruders, und der Kontakt war nur beiläufig. Es kam zu einer Re-Intensivierung der Beziehung im Verlauf der Erkrankung, der unterschwellig eine Beschäftigung mit der Thematik voraus ging.

Die von Bock u. a. befragten Geschwister berichten ebenfalls von Geschwisterbeziehungen, die sie »durch die Psychose noch dichter« erlebt haben (Bock u. a. 2007, S. 29).

Dann wird die Erkrankung des Bruders entscheidend für die Berufswahl: statt sich weiter um eine forschungsbezogene Karriere zu mühen fällt die Entscheidung für die Rolle des praktisch orientierten Gemeindepsychiatrie-Profis!

Dazwischen lag eine bewegte Phase; in einer aus heutiger Sicht grandiosen Selbstüberschätzung meinte ich, ihn durch Nähe, ständige Anwesenheit in Krisen und Abfangen von Belastungen unmittelbar und vor allem gesundheitswirksam hilfreich sein zu können. Gemäß des Studienberichtes von Bock u. a. bin nicht ich allein dieser Phantasie verfallen.

Nun war ich also auf dem Weg zu einem Professionellen in der Gemeindepsychiatrie – mit Sympathie und kleinen Unterstützungsaktionen für die Angehörigenbewegung im Aufbruch, aber erst vor wenigen Jahren habe ich erkannt, dass ich ja primär Angehöriger bin!

Was musste ich in den Jahren der abstrakten Beschäftigung mit dem Thema als Student, in der alleinigen Profi-Tätigkeit in der Gemeindepsychiatrie und wahrscheinlich auch trotz der engen Beziehung zu meinem Bruder Ingo zunächst verstecken und dann langsam verarbeiten, bis ich mir selbst schließlich als Angehöriger begegnen konnte?

Vielleicht wollte ich das heraus bekommen, als ich schon vor einigen Jahren auf die Idee kam, mich zum ersten Mal mit Geschwistern zu treffen; einige der folgende Überlegungen und »Erkenntnisse« beruhen auf den Gesprächen bei diesem und weiteren Treffen von Geschwistern.

Was sich Geschwister zu erzählen haben

Die erste Erkenntnis ist die eines jeden Angehörigen in einer Angehörigengruppe:

Die Erkenntnis, die eigenen, so völlig einmalig-subjektiven Erlebnisse und Verarbeitungen – sie sind alles andere als einmalig!

Andere Geschwister haben Vergleichbares erlebt, das hat mich nun nicht so sehr gewundert – aber dass es Menschen mit einer strukturell nahezu identischen Biographie gibt, das hätte ich mir nicht träumen lassen:

Gemeinsame Kindheit

Erkrankung des Geschwisters und nur beiläufiger Kontakt

- *Ich habe mir die Beiläufigkeit mit dem eigenen Bemühen um Familie und Studium erklärt, aber ist das ggf. eine Mystifizierung, wie meine Frau sagt: Ich hätte verdammt viel Zeit für politische Umtriebigkeit eingesetzt.*

- *Andere Geschwister erzählten davon, wie sie sich bewusst und aktiv von der Herkunftsfamilie mitsamt dem kranken Bruder bzw. der kranken Schwester zurückgezogen haben.*
- *Schrank, Sibitz, Schaffer, Amering berichten in ihrer Studie von »dem Wunsch zu fliehen bei gleichzeitiger Identifikation mit dem/r erkrankten Bruder/Schwester und dem Gefühl von Liebe und Verbundenheit« (2007, S. 217).*

Re-Intensivierung der Beziehung, zumeist aus freien Stücken

Auch den nächsten biographischen Abschnitt teilen noch eine ganze Reihe der Geschwister:

zunächst unerschwellige Beschäftigung mit der Thematik – die dann berufswahlentscheidend wird, bis dahin, dass auch sie »Gemeindepsychiatrie-Profis« wurden (andere wählten weniger spezifisch Psychologie als Studienfach, sahen darin aber eine deutliche Parallele).

Gemäß der Studie von Bock u. a. »erleben viele Geschwister die eigene Situation im Nachhinein auch als positive Herausforderung; dazu passt, dass ein relativ großer Anteil später einen sozialen Beruf ergreift.« (Bock u. a. 2008, S. 31)

Auch ich entdeckte, seit mir der Einfluss meines Bruders bei meiner Berufswahl deutlich wurde, in allen Berufsgruppen immer mehr Profis, die Geschwister psychisch Erkrankter sind, die ihr Geschwister-Sein heute als Geschenk wahrnehmen, und die während ihrer beruflichen Tätigkeit die besondere Geschwisterrolle eher nicht verschweigen mussten oder wollten, anders als Kinder psychisch kranker Mütter oder Väter (siehe z. B. die Selbstausage von Prof. Dr. Luc CIOMPI in PEUKERT 2015, S. 78).

Daneben gibt es viele Geschwister, die sich von dem Erkrankten völlig losgelöst und abgewandt haben, was für das gemeinsame, zugewandte Geschwister zusätzliches Leid bedeutet. (Siehe hierzu den Dokumentarfilm von Stella Tinbergen: »Simon, mein schizophrener Bruder« u. a. ausgestrahlt 1977 in der Reihe 38 Grad)

Ein Moratorium vor der Verantwortungsübernahme – oder: Kann man der Geschwisterrolle erfolgreich entfliehen?

Mit der Berufswahl ist das Leben mit dem Geschwister nicht zu Ende: Geschwister überleben in der Regel ihre Eltern, und daraus entstehen oft ungewollte Verantwortlichkeiten!

Eltern psychisch kranker Menschen kümmern sich häufig ein Leben lang

um das nicht voll funktionsfähige »Kind«, unabhängig von dessen Alter und offensichtlich auch unabhängig von weiteren Geschwisterkindern.

Aber irgendwann taucht für diese Geschwisterkinder die nicht zu umgehende Frage auf: Welche Verpflichtungen erwachsen für mich als Bruder oder Schwester, wenn das elterliche Kümmeren um die/den Erkrankte/n entfällt? Muss ich ihn oder sie einmal betreuen oder finanziell unterstützen?

In der gemeinsamen Kindheit und Jugend war eine ähnliche Frage virulent: Muss ich Rücksicht nehmen? Viele Geschwister scheinen sich zunächst durch »Flucht aus der Primärfamilie« ein Moratorium zu gönnen, um den unangenehmen Fragen an sich selbst, gepaart mit Schuldgefühlen, zu entgehen.

In der Gesprächsgruppe, von der ich einleitend berichtete, waren junge Menschen im Alter ab 25 Jahren zugegen, die sich schon heute mit dieser Frage beschäftigten – so wie mich diese Frage ein halbes Leben lang begleitete: Für mich und meine Frau war ganz klar, dass mein Bruder einmal in unserer Nähe, wenn nicht mit uns unter einem gemeinsamen Dach leben können sollte.

(Bezeichnender Weise war für uns diese Vorstellung keinesfalls bedrängend oder beängstigend – ganz im Gegenteil zu meinen Eltern, die große Angst vor einer Rückkehr meines Bruders in deren Wohnung hatten).

Eine andere Teilnehmerin war mit ca. 50 Jahren unfreiwillig in die Verantwortung geraten – und hochgradig hilflos und verzweifelt, und sie hatte gehofft, in der »Geschwistertagung« erlösende Wege aufgezeigt zu bekommen. Sie war außer eigener Hilflosigkeit und Verzweiflung voller Hoffnungen und Ansprüche dem Versorgungssystem gegenüber, das ihr die Last abnehmen könne oder würde.

Mein eigenes Erleben und Gespräche mit Geschwistern haben bei mir die Überzeugung (vielleicht nur das Vorurteil?) wachsen lassen: Eine frühe produktive Auseinandersetzung mit dieser Frage, ohne die (selbsttrügerische?) Hoffnung auf gesund-machende und/oder befreiende Segnungen des professionellen Systems kann vor der beschriebenen Situation von Hilflosigkeit, Verzweiflung und trügerischen Hoffnungen bewahren.

Wenn Geschwister Hilfen benötigen, dann Hilfe zur frühzeitigen individuellen Auseinandersetzung mit dem Thema bzw. mit den besonderen Herausforderungen und Chancen der Rolle als Schwester oder Bruder eines psychisch kranken Geschwisters.

Das ist ja alles noch sehr subjektiv – aber erfreulicher Weise hat sich die Psychologin Rita Schmid aus dem Bezirksklinikum Regensburg dieser

Frage angenommen – und sie hat mir freundlicher Weise einige Ergebnisse zur subjektiv erlebten Belastung von Geschwistern zur Verfügung gestellt.

Einige ihrer Ergebnisse – ergänzt um die aus den Studien von BOCK u. a. (2008) sowie SCHRANK u. a. (2007) – stelle ich einigen Aussagen zu erlebten Belastungen der Eltern gegenüber.

Subjektiv erlebte Belastungen – von Eltern vs. Geschwistern

Eltern erleben vorrangig die Defizite der Versorgung als Belastungen.

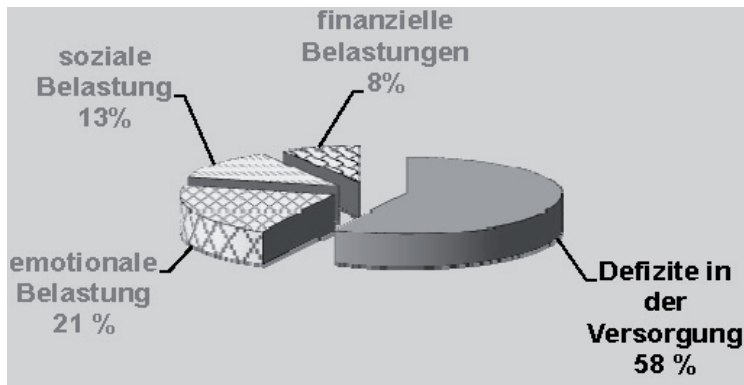


Abb. 1: Ergebnisse BApK-Tagung »Zukunftswerkstatt« 2000

Hier werden die Ergebnisse der Tagung »Zukunftswerkstatt« des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker im Jahre 2000 herangezogen, da in allen wissenschaftlichen Studien akribisch subjektive und objektive Belastungen der Angehörigen erhoben haben, mit ihrer empiristischen Perspektive aber die für Angehörige zentrale Frage, unter welchen der Belastungen sie besonders leiden würden, nicht gestellt haben; daher tauchen in den Ergebnissen vieler wissenschaftlichen Studien Belastungen aufgrund der Defizite in der Versorgung überhaupt nicht auf.

Aufgrund des jeweiligen Studiendesigns treten subjektiv erlebte gesundheitliche Beeinträchtigungen der Angehörigen besonders in den Blick, die in der Studie von FRANZ (2000) anhand des General Health Questionnaire nach Goldberg verobjektiviert wurden. Nach dieser Skala findet sich in der Normalbevölkerung ein Wert von 3,7, bei Angehörigen psychisch kranker Menschen 8,2 – nur knapp niedriger als der Wert bei Medizinstudenten vor dem 1. Staatsexamen: 8,9 (jeweils Mittelwerte). Die relativ niedrige Bewer-

tung der finanziellen Belastungen durch die Eltern ist eher überraschend, denn eine eigene Berechnung der finanziellen Belastung der Familien mit den indirekten Krankheitskosten für Schizophrenie betrug für die 90er Jahre ca. 15.750 DM, nämlich 50 % der gesamten indirekten Kosten! (PEUKERT in DIEKRS 2001, S. 32. Berechnung auf Basis von SALIZE u. a. 1996 sowie GOLDBERG 1991).

Der Gesundheitsökonom Oberender bestätigte den 50 %-Anteil der Angehörigenlast, berechnete die Durchschnittskosten nur unwesentlich höher (nämlich 20.000 DM indirekte Kostenlast der Familien je Jahr).¹

FRANZ (2000) fragte direkt nach den Ausgaben für den Angehörigen in den letzten vier Wochen, also nach direkten Krankheitskosten in den Familien.

22,1 % der Befragten gaben Ausgaben zwischen 200 und 500, 10,7 % zwischen 500 und 1.000 und 14,3 % von mehr als 1.000 an (in DM).

Belastungen der Geschwister

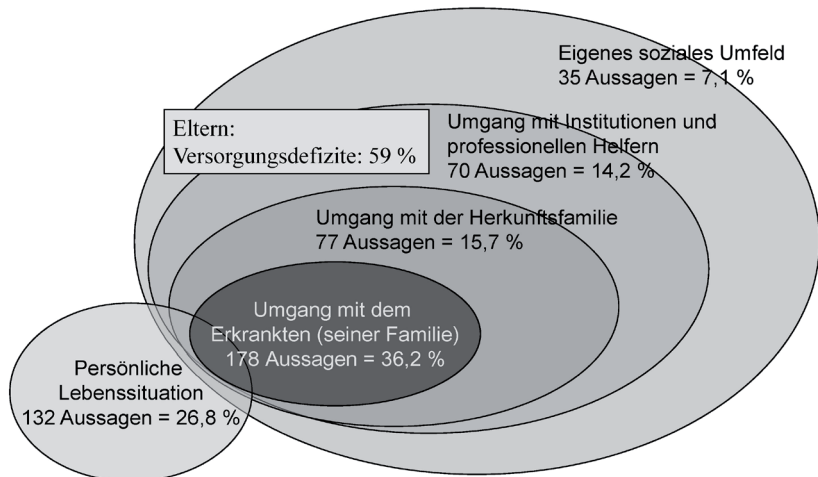


Abb. 2: 5 Kategorien der Belastung

- 1 Mündliche Mitteilung im Rahmen der Diskussion anlässlich der Tagung: »Psychiatrie zwischen Fortschritt und Rationierung. Die ambulante Versorgung schizophrener Erkrankter« am 4. April 2001 in Berlin. Die Tagungsbeiträge und die Zusammenfassung gesundheitsökonomischer Studien durch: OBERENDER und CLOTH (2001).

Diese und die folgenden Kästen wurden mir zur Verfügung gestellt von R. Schmid, H. Spießl und C. Cording, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirkskrankenhaus Regensburg und T. Schielein, Institut für Psychologie der Universität Regensburg aus ihrem Vortrag »Außen vor und doch mitten drin« – Die Situation von Geschwistern schizophrener Erkrankter.²

Im Gegensatz zu den Eltern wird von Geschwistern die Versorgung nicht als zentrale Belastung wahrgenommen (14,2 %: Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern).

Dafür spielt der Umgang mit der persönlichen Lebenssituation und dem Erkrankten eine wesentliche Rolle, wobei der Umgang mit der Herkunftsfamilie nur unwesentlich bedeutsamer zu sein scheint als die Belastungen aus dem Umgang mit Institutionen und professionellen Helfern.

Warum scheinen diese Belastungskategorien für Eltern keine Rolle zu spielen? Eltern sind sehr wohl Belastungen der eigenen persönlichen Lebenssituation und aus dem Umgang mit dem Erkrankten ausgesetzt (21 % emotionale Belastungen) – sie scheinen aber eher als die Geschwister bereit, diese klaglos zu ertragen: jede befragte Schwester und jeder befragte Bruder benannte emotionale Belastungen! (Abbildungen 3 und 4, S. 178)

Die oben als Interviewaussagen formulierten Erfahrungen entsprechen denen, die nahezu alle Geschwister erleben, und die die Ähnlichkeiten (z. B. die erlebte Hilflosigkeit), aber auch die Besonderheiten der geschwisterlichen Erfahrung reflektieren. Sind es bei den Eltern »Verursachungs-Schuldgefühle«, erleben Geschwister eher »Solidaritäts-Schuldigkeit«: die in anderen Familien eher nicht auftretende Verpflichtung, für ein Geschwister verfügbar sein zu müssen (was für Eltern selbstverständlich zu sein scheint).

In der Diskussion während des Symposiums waren sich alle Anwesenden mit den unmittelbar Betroffenen einig: Kinder psychisch erkrankter Eltern

-
- 2 In der Angehörigen- (vornehmlich Eltern-)Befragung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) im Rahmen einer Zukunftswerkstatt als auch in der mündlichen Befragung von Geschwistern durch Schmid u. a. wurden alle von den Teilnehmenden erfolgten Äußerungen zu erlebten Belastungen kategorial geordnet. Von Schmid u. a. konnten 37 Geschwister (= 41,6 % der volljährigen Geschwister von stationär aufgenommenen Patienten) befragt werden (siehe SCHMID u. a. 2004 sowie 2005). Aufgrund der sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen bei den Befragungen und der Auswahl der Probanden (Tagungsteilnehmer vs. Geschwister von stationär an einem Stichtag aufgenommenen Patienten) dürfen die Daten nur im Sinne einer groben Relation zueinander interpretiert werden.

Aussage	Häufigkeit (n) (%)	
Emotionale Belastungen	37	100,0
Zeitlicher / Organisatorischer Aufwand	27	73,0
Eigene gesundheitliche Belastungen	19	51,4
Belast. für die eigene Partnerschaft/Familie	18	48,7
Berufliche Belastungen	17	46,0
Finanzielle Belastungen	14	37,8
Mehrfachnennungen möglich, n= 37		

Abb. 3: Belastungen für die persönliche Lebenssituation der gesunden Geschwister

Schuldgefühle

„Eine Zeitlang habe ich Schuldgefühle gehabt, starke Schuldgefühle. Dass ich nicht helfen kann! Und die Anderen ... – halt Schuldgefühle eingeredet haben: ‚Du musst das machen, ist doch dein Bruder!‘ – Na ja, das war schon schwierig!“

Hilflosigkeit und Ohnmachtgefühle

„Und das Schlimmste ist eigentlich die Hilflosigkeit. Dass man nicht weiß, wie man helfen kann. Da sitzt man dort und versucht ihr gut zuzureden, aber eigentlich kannst Du ihr gar nicht helfen!“

Angst vor eigener Erkrankung

„Ich habe dann auch immer Angst gehabt – ich bin dasselbe Sternzeichen wie mein Bruder – und na ja, selbes Sternzeichen – wer weiß, ob ich dann nicht auch so etwas kriegen könnte!“

Abb. 4: Belastungen der persönlichen Lebenssituation – Textbeispiele

erleben ebenfalls Verursachung-Schuldgefühle, sie fühlen sich verantwortlich und schuldig für das, was ihrem kranken Elternteil widerfährt.

Die Angst, selbst psychisch zu erkranken kennen alle Geschwister, mit denen ich sprach – unabhängig vom Sternzeichen. Diese Angst erleben auch alle Kinder, wie sich in der Diskussion während des Symposiums herausstellte. Diese Angst setzt sich fort in der Befürchtung, die eigenen Kinder könnten sich aufgrund einer genetischen Anlage nicht gesund entwickeln.

Die Erkrankung des Bruders oder der Schwester verändern die Familiensituation grundlegend: die Rollen, die bestehenden Verpflichtungen und die bis dahin geltenden Sicherheiten im wechselseitigen Verstehen kommen durcheinander.

SCHRANK u. a. betonen, dass »sich durch den Ausbruch der Erkrankung zwar alle Beziehungen der PatientInnen verändern, ihre Beziehung zu den Geschwistern (sei) jedoch am stärksten betroffen« (2007, S. 223).

Eine den gesunden Geschwistern zuwachsende Rolle scheint besonders belastend zu sein. In einem meiner Geschwistergespräche wurde es als die Zumutung formuliert, »die kleine schwache starke Schwester« sein zu müssen, sich selbst noch als Kind und schwach zu empfinden – aber als »die Starke« unter den Geschwistern angesehen zu werden und diese Rolle spielen zu müssen. Bei den Befragten von Bock u. a. wird Vergleichbares als »Sonnscheinchen« erlebt, auch als »Familiendiplomatin« (Bock u. a. 2008, S. 29).

Einen Teil dieser Aspekte reflektieren die Interviewaussagen zu den Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister:

Umkehrung der normativen Geschwisterrollen

„Der Hauptaspekt ist eigentlich der, dass man in eine Rolle hineinrutscht, unvorbereitet, ohne Rücktrittsrecht und wo man dann nicht mehr raus kommt!“

Abgrenzungsprobleme

„Eine Zeitlang habe ich gesagt, das ist mir scheiß egal, ich möchte jetzt nicht mehr ... Aber dann kommt wieder das ‚Nein, das kannst du nicht machen‘, also versuchst Du es wieder...“

Mad or Bad-Problematik

„... er nimmt sich dann auch sehr viele Sachen raus. Also ich denke, er zieht, wenn er kann, einen Nutzen daraus! ... das nagt auch an mir ziemlich stark!“

Abb. 5: Belastungen im Umgang mit dem erkrankten Geschwister – Textbeispiele

Die Belastungen im Umgang mit den Institutionen und den professionellen Helfern könnten wortgleich von Eltern stammen!

Informationsdefizite

„Also, was ich als sehr negativ empfunden habe, jetzt insgesamt von Ärzten und Polizei und so weiter, also .. Wie das ja losgegangen ist ...hat ja keiner gewusst, was mit ihm los ist ... und Information war sehr schwierig zu kriegen ...!“

Mangel an institutioneller Unterstützung

„Als mein Bruder halt dann ausgerastet ist ... war es sehr schwer gewesen, dass man keine Möglichkeit gehabt hat, dass er dann in eine Behandlung kommt. Also da ist uns gesagt worden: Wenn, dann muss erst etwas ganz Gravierendes passieren, dass er halt da hin muss ...Und in dem Fall von meinem Bruder war es dann auch so ... er ist eingewiesen worden, weil er halt meinen Vater angegriffen hat. ... Und ich habe mich dann schon gefragt: Also, warum muss eigentlich erst so Schlimmes passieren, dass, dass dann irgendwie etwas geht?“

Abb. 6: Belastungen im Umgang mit Institutionen/prof. Helfern – Textbeispiele

Die Belastungen im eigenen sozialen Umfeld spielen zwar mengenmäßig in Relation zu den anderen geäußerten Belastungen die geringste Rolle – aber mehr als jeder zweite hat bereits Unverständnis und Ablehnung erfahren, und jeder dritte befürchtet Stigmatisierung!

Aussage	Häufigkeit	
	(n)	(%)
Erfahrungen von Unverständnis und Ablehnung	21	56,8
Angst vor Stigmatisierung / eigene Hemmungen bei (neuen) Kontakten	14	37,8
Mehrfachnennungen möglich, n= 37		

Abb. 7: Belastungen im eigenen sozialen Umfeld

Soviel zu den Ergebnissen der Studie von Schmid u. a.

Die Geschwister trifft es unterschiedlich

Einige der Ergebnisse der Befragung von Renate Schmid haben meine Aufmerksamkeit auf meinen »kleinen Bruder« gerichtet, und im Rückblick muss ich feststellen, dass ich von uns drei Brüdern wohl am besten dabei weg gekommen bin, indem ich in einer sehr kritischen Zeit meine Herkunftsfamilie verließ, da ich – aufgrund des erst wenige Monate später einsetzenden Pillenknicks – bereits selbst Vater und »Familienoberhaupt« wurde.

Helge, unser »kleiner Bruder« ist ein Nachzügler; er war noch mitten in seiner kindlichen Entwicklung, als die Ressourcen meiner Mutter – mein Vater konzentrierte sich auf seine Berufstätigkeit als Direktor in einem Industrieunternehmen – sehr oft von unserem kranken Bruder gebunden waren.

Die emotionalen Bedürfnisse »meines kleinen Bruders« sind sicherlich hin und wieder ignoriert worden – zumindest unsere Mutter sah das so und meinte, ihm deshalb in vielen Dingen nachgeben, Marotten zulassen, ihn wohl auch ein wenig verwöhnen zu müssen.

Es gab immer wieder Zeiten, in denen mein Bruder Ingo genau das kaum ertragen konnte: »Was bekommt der alles an Aufmerksamkeit und Materiellem ›in den Hintern geblasen‹ – und was bekam ich, als ich so alt war?« fragte er sich und mich mehr als einmal.

Vielleicht erlebten beide eine verworrene Konkurrenzsituation um aktuelle und um verlorene Aufmerksamkeit, die – wie ich glaube – beiden nicht sehr zuträglich war.

In der Studie von Bock u. a. erlebt ein größerer Teil der Geschwister in der Kindheit Eltern, die für sie wenig verfügbar sind und sie fühlen sich eher als allein gelassen und fühlen Eifersucht angesichts der Absorption elterlicher Aufmerksamkeit durch das erkrankte Geschwister. Aus dieser Konstellation heraus sehen sich einige als Rivalin, nicht selten als Rebellin (Bock u. a. 2008, S. 29).

Die psychische Erkrankung löst Familienkonflikte aus – mit Langzeiteffekten für alle Geschwister

An unserem kleinen Bruder musste Ingo auch die angesprochene »Umkehrung der normativen Geschwisterrolle« erleiden: der »Kleine« und in seinem Verhalten manchmal reichlich »Unmögliche« hat ihn überholt, was aber – wie ich weiß – auch »dem Kleinen« vorübergehend Probleme bereitete.

Mein kleiner Bruder musste wohl auch den Kelch der »kompensato-

rischen Erfüllung der enttäuschten Erwartungen« austrinken, der an mir vorüber ging.

Ich war – zu meinem Glück – das Dummchen der Familie, schlecht in der Schule – aber es machte mir nichts aus: ein rechter Unterrichtsverweigerer, für den die Schule dazu diente, Leute zu treffen und die unterrichtsfreie Zeit zu organisieren, die Schule gleich ganz zu schwänzen war noch nicht »in«. So war ich ein sehr schlechter Schüler, der nur mit viel Überredung der Eltern, kleinen Bestechungen, auf Umwegen und letztlich per Zufall Abitur machte.

Noch heute sehe ich das verdutzte Gesicht meines Vaters, als ich ihm erzählte, ich sei zum Professor berufen; ich glaube, er guckte genauso wie damals, als ich ihm die Tage zuvor erfolgte Geburt meines Sohnes eröffnete.

Aber auf Helge, »den Kleinen«, wurden alle die Erwartungen gesetzt, die der offensichtlich Intelligenteste von uns Dreien – Ingo – aufgrund seiner Krankheit und der Begleiterscheinungen nun nicht mehr erfüllen konnte. Helge hat mehrere Studien abgeschlossen, ist mehrfach promoviert und Professor mit internationaler Anerkennung.

In der Befragung von Bock u. a. berichten viele der Geschwister von »einem besonderen ›Druck zum Erfolg« (Bock u. a. 2008, S. 29); nahezu wortgleich die Ergebnisse bei SCHRANK u. a. (2007, S. 223).

Wahn – ein transpersonales Ereignis in Familien?

Trotz des großen Altersunterschiedes zu Ingo hat auch Helge eine Erfahrung machen müssen:

Wahn und die Ko-Evolution familiärer Biographien.

Ein Wahn kann viele Bedeutungen haben und das Faktum wird so oder so erklärt.

Wahnhalte sind aber sehr häufig – wenn nicht immer – auch die spezifische Komprimierung biographischer Erfahrungen, und Familien haben gemeinsame Biographien.

Genauer gesagt: Familienmitglieder haben aufeinander bezogene Biographien, und für Geschwister gilt dies ganz besonders: sie haben quasi Parallel-Biographien.

Wird also die Biographie eines Familienmitgliedes wahnhaft verdichtet, so werden andere Familienmitglieder in den Wahn hineingezogen.

Sie werden nicht im landläufigen Sinne in den Wahn passiv eingebaut, indem der Wahnkranke seiner Mutter oder seinem Bruder eine ganz be-

stimmte Rolle in seinem wahnhaften Drama zuweist. Vielmehr geschieht mit der Mutter bzw. dem Bruder selbst etwas, denn der Wahnhalt des kranken Familienmitgliedes hat auch etwas mit der je eigenen Biographie zu tun: Der Wahn des Kranken spielt symbolisch auf die eigenen biographischen Erfahrungen an.

Konkret sah das bei uns so aus: Mein Bruder hat sich in seinen beginnenden Psychosen manchmal als Täter, manchmal als Opfer von Nazi-Gewalt gesehen.

Das war ein Ausdruck der Erfahrung, dass unser Vater Zeit seines Lebens die Zeit der Nazi-Herrschaft und seine damalige Rolle in Ordnung fand; meine Mutter hatte sich inzwischen deutlich abgewandt, und meine Brüder und ich teilen die Nachkriegsbiographie der heute 60- bis 75-Jährigen, in die in der Regel ein vehementer Antifaschismus eingebrannt ist.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass damals die psychotische Thematisierung und Dramatisierung der Nazizeit in der Jetzt-Zeit immer wieder, bis mehr als 50 Jahre nach Beendigung des Naziterrors, schwere innere Konflikte bei meiner Mutter und bei uns beiden Brüdern ausgelöst haben: für uns alle hat die nicht-verarbeitete Nazizeit meines Vaters große biographische Bedeutung gehabt, solange er lebte.

Es waren innere Konflikte, für deren Verarbeitung gar keine Zeit war, als von meinem Bruder Ingo in seinen Psychosen darauf angespielt wurde: Wir waren, jeder auf seine Weise, mit der sozialen Bewältigung der Psychose beschäftigt!

Sind spezielle Hilfen für Geschwister erforderlich oder sinnvoll?

Geschwister stehen unter besonderen Belastungen, die – wenn sie auch von ihnen selbst als Herausforderungen verstanden und angenommen werden können – Bewältigungsprozesse einleiten, die ihnen als besondere Qualifikationen zuwachsen, Qualifikationen für ihr Alltagsleben, aber auch im beruflichen Kontext.

Wird den Geschwistern vom Hilfesystem frühzeitig und angemessen Aufmerksamkeit geschenkt, so kann dieser salutogene Prozess gestärkt, und potentiell pathogene Aspekte können konterkariert werden. Dafür sollten sowohl in den Kliniken als auch in der Gemeindepsychiatrie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die salutogenen und die pathogenen Aspekte der Geschwisterexistenz sensibilisiert sein oder werden.

Hier besteht ein deutlicher Mangel, wie SCHRANK u. a. (2007, S. 223 f)

aus ihren eigenen Daten und denen internationaler Studien schließen müssen.

Zunächst jedoch sollten wir Geschwister uns noch möglichst häufig treffen und genau hinschauen, was für die einen hilfreich – für die anderen belastend und schädigend war. Das spricht nicht gegen Forschung, sondern für teilhabende, qualitative Methoden – unter Mitwirkung der »Forschungsobjekte«.

Im Hinblick auf unsere »nachwachsenden Mitgeschwister«, also diejenigen, deren Bruder oder Schwester gerade erst erkrankte, wissen wir schon heute, was wir uns für sie wünschen:

1. Beratung für die Eltern, damit sie familiengerechte Antworten auf die eigene eingeschränkte Verfügbarkeit für das gesunde Geschwister finden können, u. a.:
 - Vermeidung emotionaler Defizite beim gesunden Geschwister.
 - Unterstützung des gesunden Geschwisters beim Verstehen der besonderen Herausforderungen für die Eltern aus der Erkrankung der Schwester oder des Bruders.
 - Schutzvorkehrungen treffen gegen ihre überhöhten kompensatorischen Leistungserwartungen, die sie ggf. gegenüber den gesunden Kindern hegen.
2. Vor allem aber sollten die Eltern dabei unterstützt werden, die gesunden Geschwister offen in die eigene konflikthafte Auseinandersetzung mit der Erkrankung einzubeziehen, und von Schutzmaßnahmen abzusehen. *Kinder bekommen alles irgendwie mit, und alles, was nicht offen angesprochen wird, bleibt mystisch, geheimnisvoll, ggf. bedrohlich – und verunsichert; so kann es die nahe liegende Vermutung: »vielleicht werde ich psychisch krank – oder bin ich es schon?« verstärken.*
3. Man sollte Eltern schon recht früh mitteilen: Ihre anderen Kinder werden (wenn der/die Erkrankte selbst nicht Elternteil ist oder wird) diejenigen sein, deren Beziehung zu der bzw. dem Erkrankten in der Regel am beständigsten und am längsten (was die Lebenszeit betrifft) andauern wird, und darauf sollten sie, die Kinder, vorbereitet sein.

Aus der Perspektive von Geschwistern ist das unter Eltern »beliebte« Thema (es drückt natürlich das Bedürfnis der Eltern aus, sich kümmern zu wollen und zu müssen!): »Was wird, wenn wir mal nicht mehr sind?« eher befremdlich: Werden auch hierbei die gesunden Geschwister übersehen?

Aus meiner Sicht könnten und sollten die Eltern unabhängig vom Alter der Kinder selbst aktiv werden und dies mit ihren gesunden Kindern besprechen. Der letztmögliche Zeitpunkt dafür ist wahrscheinlich der, an

dem das jeweilige gesunde Geschwister (mehr oder weniger engagiert) in die Familie zurück kehrt; wie oben ausgeführt scheinen sich Geschwister überzufällig vorübergehend aus der Herkunftsfamilie zu verabschieden. In dieser »Rückkehr-Situation« kann die Thematisierung ihrer besonderen Rolle als Herausforderung, nicht als Belastung erlebt werden – vorausgesetzt, dies beruht auf der Achtung der Kompetenzen des gesunden Geschwisters seitens der Eltern und es gelingt der Falle zu entgehen, wonach die gesunden Geschwister nun so weiter zu machen hätten wie die Eltern.

4. Eltern sollten auch Trost finden, wenn gesunde Kinder zu »Familien-Fliehern« werden.

Vielleicht kann man das den Eltern in den Worten eines als Geschwister erfahrenen Gruppenmitgliedes sagen:

»Wir Geschwister können wo weit weg rennen, wie wir wollen, wir können uns so weit abwenden, wie wir wollen, unser kranker Bruder oder Schwester wird letztlich immer bei uns sein und uns immer auf dem Rücken sitzen« – und er fügte hinzu: »Und das ist gut so!«

Ich möchte ergänzen:

»Spätestens, wenn die Eltern alt oder verstorben sind steigt der Bruder oder die Schwester vom Rücken herab und steht mit fragendem Blick vor seinem Geschwister.«

Kann man oder frau darauf vorbereitet werden?

Man kann von seinen Eltern darauf vorbereitet werden (siehe oben), und man kann dabei unterstützt werden, sich sehr individuell darauf vorzubereiten und sich den Herausforderungen produktiv stellen – wohl am ehesten gemeinsam in Geschwistergruppen mit einem breiten biographischen Spektrum.

Also: Für die »frühen« Geschwister spielt die Information der Eltern und deren Handeln die wesentliche Rolle – und diese Eltern sind selbst noch »frühe Eltern«: Die Erkrankung erfolgte gerade erst.

Die Helfer sollten auch die gesunden Geschwister unabdingbar mitberücksichtigen, um den Blick auf die gesamte Familie zu öffnen. Die Eltern sollten ermutigt werden, mit den gesunden Geschwistern auch über die Erkrankung und deren Auswirkungen zu sprechen.

Bei den »späten«, den »erfahrenen« Geschwistern ist voraussichtlich die Unterstützung der Selbstreflexion in Geschwistergruppen und die Bereitstellung eines Rahmens dafür hilfreich.

Was erwarten Geschwister von den professionellen Helfern?

Diese an die Eltern gerichteten Ansprüche können diese voraussichtlich nur dann einlösen, wenn sie im professionellen Hilfesystem die Unterstützung bekommen, derer sie bedürfen: nur dann werden sie dazu überhaupt in der Lage sein – angesichts der starken Belastungen, unter denen sie selbst stehen!

Die professionellen Helfer müssen auch aufhören, die Geschwister zu übersehen bzw. ihren professionellen Blick auch auf die Geschwister werfen. Schrank u. a. haben in ihrer Studie dem Verhältnis zwischen Geschwistern und professionellen Helfern besondere Aufmerksamkeit geschenkt und kommen zu folgenden Ergebnis:

»Besonders wichtig erscheint es, an einer Verbesserung der Kommunikation zwischen professionellen HelferInnen und Geschwistern zu arbeiten. Dazu ist es wichtig, dass sich professionelle HelferInnen der besonders komplexen und schwierigen Situation der Geschwister ... (von) PatientInnen bewusst sind.« (SCHRANK u. a. 2007, S. 224)

Heute grenzt es an eine »Binsenwahrheit«:

Bei allen Behandlungen, Therapien und Betreuungen müssen immer auch die Angehörigen mit berücksichtigt werden, das ist das »trialogischen Prinzip« (BOMBOSCH 2004). Das ist nicht neu und sollte längst zum Standard gehören – so wie die »Erkenntnis«, dass nicht allein die Eltern Angehörige sind; es gibt möglicherweise einen Partner oder eine Partnerin, die Kinder und eben auch die Geschwister, und sie alle haben einen anderen möglichen Bedarf an Unterstützung. In dem Maße, in dem sie diese bekommen, können sie in ihrer je spezifischen Rolle für die Erkrankten hilfreich sein.

Geschwister und Angehörigenbewegung

Alle verfügbaren Studien, die Gespräche des Autors in den Geschwistergruppen, die Erfahrungen von Geschwistern in Deutschland, die zunächst in eine gemischte Angehörigengruppe gingen und dann eine Geschwistergruppe bildeten, sowie die verfügbaren internationalen Erfahrungen (in Griechenland gibt es z. B. einen landesweit organisierten Zusammenhalt von Geschwistergruppen) legen nahe: Geschwistergruppen sind am ehesten in der Lage, der besonders komplexen Situation von Schwestern und Brüdern psychisch erkrankter Menschen gerecht zu werden.

Höchst wünschenswert wäre aus heutiger Sicht, mit und für Geschwister

Peer-Beratung zu initiieren. Die Ergebnisse der Hamburger Pilotstudie zur Peer-Begleitung von Angehörigen, an der neben 91 Eltern, 41 Partnern und 10 Kindern auch 13 Geschwister beteiligt waren; über alle Gruppen hinweg wurde eine signifikante Reduzierung der Belastungen erzielt. (siehe HEUMANN u. a. 2016)

Epilog

Nach – insbesondere für meine Eltern – aufreibenden Jahre lebte Ingo eine ganze Reihe von Jahren ruhig und eher mäßig zufrieden in selbst gewählter Einschränkung in einer Partnerschaft vor sich hin, bis ihn Experimente mit Atypika zu neuem Leben und sogar wieder neuer und junger Liebe erweckten: Er befreite sich aus den Fesseln von Angst vor dem Leben, von Sicherheit durch Abhängigkeit, von Rückzug um der Vermeidung von Krankheitsrisiken willen. (So ähnlich drückte er sich selbst aus).

Die Anstrengung dazu war für ihn so gewaltig, dass er sie nur mit einem Schluck aus der Manie-Flasche zu bewältigen glaubte – worauf aber leider, wie in seinen jüngeren Jahren, Niedergeschlagenheit folgte, sowie Angst, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit: Der neu gewonnenen Lebenslust folgte für ihn ein Lebensgefühl – und damit ein subjektives Leben – das er so nicht leben zu können glaubte.

Seine behandelnde Ärztin war für ihn immer ansprechbar, unsere noch rüstige Mutter war wieder für ihn da, meine eigene Familie hat sich bemüht, auch eine ehemalige Lebenspartnerin aus früheren und schlimmen Tagen, die Klinik, die Tagesklinik und die Institutsambulanz – aber niemand konnte ihm die Menge oder Qualität von Hoffnung geben, die es ihm erlaubt hätte, an eine Veränderung dieses Lebens zu glauben, das er nicht mehr aushalten wollte bzw. konnte.

Er nutzte die Medikamente, die ihm Leben helfen sollten, um sich das Leben zu nehmen.

Irgendwann habe ich seinen Suizid für mich als seine letzte Lektion erlebt: Die schwere Erfahrung hat mich endgültig demütiger werden lassen: nicht alles ist machbar und beherrschbar, das Schicksal ist Wirklichkeit.

Daneben treibt mich etwas auch heute noch um, was ich auch nicht vergessen will, denn darin liegt vielleicht auch eine Botschaft, die mir mein Bruder Ingo mit gegeben hat.

Er hat in den letzten Wochen vor seinem Suizid wiederholt davon gesprochen, dass er sich nicht nur überflüssig und nutzlos in dieser geschäftigen

Welt vorkomme – sondern dass es ihn sehr bedrücke, wie belastend er für alle Menschen sei, die sich für ihn noch interessieren würden.

Er sah sich als enorme Belastung für seine Angehörigen, für die – von ihm durchweg als gutwillig wahrgenommenen – Profis und er sah sich als Belastung für das Sozialsystem.

Was machen wir – die Angehörigen und die Profis – oder was machen wir **nicht**, dass solche Ideen aufkommen können?

Klaus Dörner würde in seiner unnachahmlichen Ausdrucksweise sagen:

Bei meinem Bruder Ingo sei die »Anreicherung seiner Person an Bedeutung für Andere« nicht gelungen. Er konnte sich prima auf Kinder und deren Lerntempo einstellen – welch` eine »Anreicherung von Bedeutung« für lernschwache Kinder aus unserer Nachbarschaft hätte man daraus machen können!

Kann man jemanden auf den möglichen Suizid des kranken Geschwisters vorbereiten?

Immerhin wird voraussichtlich jeder Zehnte davon betroffen!

Ich glaube kaum; aber vielleicht wäre ein Gesprächsangebot hilfreich – und nicht die abgeschmackte Rede, mitleidvoll vorgetragen: »Wer sich das Leben nehmen will, der findet einen Weg«.

Das mag Menschen beruhigen und trösten, die keinen nahen Angehörigen durch Suizid verloren haben; aber Geschwister wissen: Er oder sie wollte nicht tot sein – er oder sie wollte und konnte nicht länger so leben – und das lässt die Geschwister und die anderen Angehörigen unweigerlich mit Fragen zurück.

Spekulative Gegenüberstellung von Verarbeitungsmechanismen bei Eltern vs. Geschwistern

Schuldproblematik

Verursachungs-Schuld

Verpflichtung zu Solidarität

»Solidaritäts-Schuld(igkeit)«

»Verhaltens-Stereotyp«

Vorsichtiger, von Schutz und
Fürsorge getragener Umgangsstil
(wird in Angehörigengruppen
»abtrainiert«)

Direkter, alltäglicher, »normaler« Umgangs-
stil – mit höherer Kritikbereitschaft bei
gleichzeitig positiverer Einstellung dem
Geschwister gegenüber im Vergleich zu den
Eltern (SCHRANK u. a. 2007, S. 223)

Bei hoher situativer Belastung

Hoher Druck, starke Bedürfnisse
nach Fremdintervention

Miterleben der Situation und starke
Hilfeimpulse – oder Flucht

Bei Dauerbelastung

Psychosomatische Erkrankungen

können durch »Distanzierung bei Nähe«
reduziert werden

Erlebte Hilfebedürftigkeit

Elterliche Fürsorgeverpflichtung,
»Aufopferung«

erlebte Hilflosigkeit und
starke Hilfeimpulse

Einschätzung des Hilfesystems

Eher hohe Erwartungen an
klassische Hilfen
Hoffnungen und Forderungen
an das Hilfesystem

Eher Bereitschaft, die kritischen Positionen
des Geschwisters zu teilen
Bereitschaft bzw. Neigung, die Trennung
zwischen Hilfesystem und eigenen Akti-
vitäten zu durchlöchern: Erträumen klei-
ner, um das Geschwister gestalteter
Projekte

Findet sich zunehmend auch bei
Eltern!

Präferenz für Erklärungen

Eher für medizinische

Eher für psychodynamische und syste-
mische

Literatur

- BOCK, T./FRITZ-KRIGER, S./STIELOW, K. (2008): Belastungen und Herausforderungen. Situation und Perspektive von Geschwistern schizophrener Patienten. In: Sozialpsychiatrische Information 38/1 2008, S. 23–31.
- FRANZ, M. (2000): Neue Befunde aus der Belastungsforschung. In: PEUKERT, R. (Hrsg.): Stand und Perspektiven der Psychiatriereform in Hessen. Hessischer Psychiatrietag – Ein sozialmedizinischer Dialog. Wiesbaden und Offenbach (zu beziehen über: peukert@sozialwesen.fh-wiesbaden.de).
- GOLDBERG, D. (1991): Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia. In: Schizophrenia Bulletin 17, 453–459.
- HEUMANN, K./LANSEN, L./RUPPELT, F./MAHLKE, C./SIELAFF, G./BOCK, T. (2016): Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität. Eine Pilotstudie. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 64, S. 45–53
- OBERENDER, P./CLOUTH, J. (2001): Falsche Sparsamkeit – Ergebnisse aktueller gesundheitsökonomischer Studien In: Recht und Politik im Gesundheitswesen (7) Sonderheft: Psychiatrie zwischen Fortschritt und Rationierung. Die ambulante Versorgung schizophrener Erkrankter, S. 5–9.
- PEUKERT, R. (2001): Innovative Schizophrenietherapie für alle Patientengruppen oder: Psychisch kranke Menschen – Patienten zweiter Klasse? Chronisch psychisch kranke Patienten – Patienten dritter Klasse? In: DIERKS, C. (Hrsg.): Innovationen in der Therapie der Schizophrenie. Schattauer, Stuttgart und New York, S. 24–42.
- PEUKERT R. (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz der Angehörigen. In: ARM-BRUSTER, J./DIETERICH, A./HAHN, D./RATZKE, K.: 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Bonn, S. 76–87.
- SALIZE, H.-J./RÖSSLER, W./REINHARD, I. (1996): Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. In: Gesundheitswesen (58), S. 10–14.
- SCHMID, R./SPIESSL H./CORDING, C. (2004): »Außen vor und doch mitten drin« – Die Situation von Geschwistern schizophrener Erkrankter. Vortragsfolien.
- SCHMIDT, R./SPIESSL, H./PEUKERT, R.: (2004): »Außen vor und doch mitten drin« – Die Situation von Geschwistern psychisch Kranker. In: Psychiatrische Praxis 2004 31, S. 225–227.
- SCHMID, R./SCHIELEIN, T./ SPIESSL, H./CORDING, C. (2006): Belastungen von Geschwistern schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis 2006 33, S. 177–183.
- SCHRANK, B./SIBITZ I./SCHAFER, M./AMERING M. (2007): Zu Unrecht vernachlässigt: Geschwister von Menschen mit schizophrenen Psychosen. In: Neuropsychiatrie 21, S. 216–225.
- TINBERGEN, S. (1977): Siegfried, mein schizophrener Bruder. Dokumentarfilm, ausgestrahlt in 3Sat und der Reihe 37 Grad. Zu beziehen über www.tinbergen.de.

V Psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Verantwortung übernehmen – Verantwortung überlassen: Verlässliche Hilfen bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Jörg M. Fegert, Michael Kölch

Die elterliche Verantwortung für ein Kind besteht von Anfang an und ist naturrechtlich gegeben (vgl. Artikel 6 GG und § 1626 BGB elterliche Sorge). Kinder stehen von Anfang an unter dem besonderen Schutz und der Fürsorge ihrer Eltern und generell wird davon ausgegangen, dass Eltern die Interessen ihrer Kinder auf natürliche Weise am besten vertreten. Artikel 6 GG beschreibt die Familie als besonders schützenswerten Raum und schützt diese auch vor staatlichen Eingriffen.

Gleichzeitig wird eine andere Schutzebene angesprochen, der Schutz des Kindes vor Kindeswohlgefährdung. Dabei wird die Bedeutung des Wächteramts der staatlichen Gemeinschaft hervorgehoben. Betreuung und Fürsorge für die Kinder ist zuvörderst die Pflicht der Eltern. Droht dem Kind in seiner weiteren Entwicklung aber durch Vernachlässigung, Miss-handlung, sexuellen Missbrauch eine erhebliche Beeinträchtigung im Sinne einer Kindeswohlgefährdung, ist die Eingriffsschwelle auch in familiäre Verantwortungskbereiche erreicht. Einschränkungen der elterlichen Sorge sind nur bei einer Gefährdung des Kindeswohls, auf der Basis einer gerichtlichen Entscheidung möglich (§ 1666 BGB und § 1666 a BGB). »Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur aufgrund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen«, so lautet wörtlich Artikel 6 Abs. 3 GG. Nun hängt das Ausmaß der elterlichen Verantwortungsübernahme z. B. bei Behandlungsentscheidungen auch vom Entwicklungsstand, vom möglichen Erkrankungszustand eines Kindes, seiner kognitiven Entwicklung und seiner kognitiven Fähigkeit ab. In § 1626 Abs. 2 BGB wird betont, dass Eltern bei der Pflege und Erziehung ihrer Kinder die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem, verantwortungsbewussten Handeln berücksichtigen sollen. Wörtlich heißt es »Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.« Mit wachsendem Entwicklungsalter und Verständnis sind

also Kinder gerade auch in Behandlungsentscheidungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, entsprechend ihrer Möglichkeiten, einzubeziehen. Dabei wird Verantwortungsübernahme durch die Kinder selbst als ein Kontinuum beschrieben, angestrebt werden konsensuelle Entscheidungen, die von den betroffenen Kindern und den Eltern gemeinsam getragen werden. Bei vielen aktuellen Vorstellungsanlässen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann es aber so sein, dass mal die Eltern, mal die Jugendlichen selbst, stärker an einer Vorstellung interessiert sind und diese angestrebte Konsensfindung durchaus problematisch ist.

Eine solche Konsensfindung kann nicht durch klare Regeln oder Altersgrenzen vorgegeben werden. Gerade wenn psychisch kranke Kinder und Jugendliche für ihre Krankheit und Lebenssituation Verantwortung übernehmen sollen, benötigen sie selbst, wie Kinder mit einer chronischen körperlichen Erkrankung, Psychoedukation und sie brauchen auch Entscheidungsspielräume in Bezug auf ihre Behandlung, um in verantwortlichem Rahmen zu experimentieren. Dies kann auch Entscheidungen über medikamentöse Therapien betreffen. Aus der Transitionsmedizin und Transitionspsychiatrie (vgl. FEGERT 2016) ist bekannt, dass Jugendliche und junge Erwachsene nicht unhinterfragt Therapiekonzepte und bisher von ihren Eltern gestaltete Arztkontakte übernehmen und weiterführen. Eine große Herausforderung ist es die jungen Menschen dabei zu begleiten, eine eigene Einstellung zur eigenen Erkrankung zu bekommen und selbst eine Therapiemotivation, ohne den Druck der Eltern, aufzubauen. Selbstbestimmungsrechte, schon vor der Erlangung der Volljährigkeit oder auch vor dem 16. Lebensjahr, haben im Familienrecht einen deutlichen Bedeutungszuwachs erfahren (vgl. STAUDINGER und PESCHEL-GUTZEIT Kommentar zum BGB in § 1626 Rn. 83, 88 ff). Einzelne Fälle, die beim Zeitungsleser oder in den Online-Medien erhebliche Empörung erzeugen, können deutlich machen, wie schwierig das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und elterlichem Schutz sich manchmal gestaltet. So hat ein Urteil des brandenburgischen Oberlandesgerichts (AZ 9UF 132/15) auch die Arbeitsgemeinschaft Familienrecht des Deutschen Anwaltsvereins (DAV) auf den Plan gerufen. Ein Mädchen im Teenageralter hatte mit einem 30 Jahre älteren, verheirateten Mann aus der Verwandtschaft eine Beziehung aufgenommen und die Eltern wollten das Kind durch ein Umgangsverbot mit diesem Mann vor der ungleichen Beziehung schützen. Mit Bezug auf das Kindeswohl stellte das OLG fest, dass das Kindeswohl gefährdet sei, wenn die tatsächlich verliebte Jugendliche, die vom Gericht angehört wurde, von

ihren Eltern daran gehindert werde, eine intime Beziehung zu dem deutlich älteren Mann zu haben. Das Gericht betonte, dass dies selbstverständlich keine Bewertung dieser seltsamen Beziehungskonstellation sei, sondern dass die Entscheidung sich am Kindeswohl und am altersentsprechenden Selbstbestimmungsrecht des Kindes orientiere.

Noch vor vergleichsweise wenigen Jahren waren in der Medizin Abtreibungsfragen bei jugendlich schwanger gewordenen Mädchen umstritten in Bezug auf die Einwilligung zum Eingriff. Aus heutiger Sicht absurd wurde damals diskutiert, ob Eltern für oder gegen eine Abtreibung, gegen den Willen der werdenden Mutter entscheiden können.

Wer entscheidet wann? Das ist eine Frage, die nicht nur psychisch kranke Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung betrifft, sondern es geht um Grundsatzkonflikte zwischen Eltern und Jugendlichen, die in der Adoleszenz nicht selten auftreten und die idealer Weise partnerschaftlich gelöst werden sollen.

Verantwortungskonflikte: Wer entscheidet wann?

Neben den hoch emotionalen Fragen des Schwangerschaftsabbruchs bei Jugendlichen spielen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und sexualmedizinischen Begleitung zunehmend auch Wünsche nach Geschlechtsumwandlung bzw. Vorbereitung zur Geschlechtsumwandlung schon während des Jugendalters eine Rolle. Noch sorgeberechtigte Eltern sind hier häufig extrem zurückhaltend bis entsetzt und die Persönlichkeitsentwicklung bei vielen Jugendlichen ist noch nicht abgeschlossen, so dass die Frage »Wer entscheidet wann?« immer eine Frage ist, die hier im Einzelfall geklärt werden muss. Aus gutem Grund hat der Gesetzgeber in § 1631 c BGB Sterilisationsentscheidungen Eltern grundsätzlich verboten. Beendet wurde dadurch ein jahrzehntelanger Schwebezustand in der Nachkriegszeit, wo auf Wunsch vieler Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung, teilweise auch auf Anraten der betreuenden Ärzte, weiter sterilisiert wurde. Zwar war dies im Prinzip auch nach damaligem Recht eine Körperverletzung, es hat aber keine dementsprechenden Verurteilungen gegeben. Im Zuge der Aufarbeitung der Sterilisationsgesetzgebung durch die Nationalsozialisten und der Debatte um die Rolle der Medizin in der Nazizeit und Kontinuitäten in der Nachkriegszeit hat man sich dann zu diesem eindeutigen Verbot gegenüber den Eltern entschieden hier anstelle ihrer Kinder irreversible Entscheidungen zu treffen.

Genau den umgekehrten Weg ist der Gesetzgeber beim § 1631 d BGB gegangen, indem er die Knabenbeschneidung, z. B. die Säuglingsbeschneidung im jüdischen Kontext, klar als aus dem Elternrecht abgeleitete Entscheidung der Sorgeberechtigten erlaubt hat. Auch hier war aufgrund der deutschen Vorgeschichte die Debatte im Parlament und den Ausschüssen, auch bei den Anhörungen der medizinischen Fachgesellschaften, sehr emotional geführt worden. Bedauerlich ist, dass trotz der Rücksichtnahme auf die Vorstellungen zur religiösen Erziehung, die ja unbestritten zum Kindeswohl gehört, der Gesetzgeber sich entschlossen hat, die Norm quasi aus Vermeidung historischer Diskriminierung nicht an religiöse Rahmenbedingungen zu koppeln. Somit ist die Knabenbeschneidung generell eine mögliche Elternentscheidung und hat laut Angaben von Betroffenenverbänden, wie MOGiS e. V. seit Einführung des §1631 d BGB deutlich zugenommen.

Zugegebenermaßen sind diese Festlegungen in Bezug auf Sterilisation und Beschneidung ziemlich widersprüchlich. Weder das prinzipielle Aufbewahren von Entscheidungen bis ins Erwachsenenalter oder in ein Alter wo ein Kind selbst entscheiden kann, noch die generelle Übertragung der Entscheidungsbezugnis auf die Eltern, scheint bei irreversiblen Eingriffen eine ideale Lösung zu sein. Entwicklungspsychologisch wurde argumentiert, dass das Aufbewahren der Entscheidung für eine religiöse Erziehung bis nach der Pubertät entwicklungspsychologisch undenkbar ist, gleichzeitig argumentieren auch einzelne jüdische und islamische Autoren für das Selbstbestimmungsrecht der Kinder und betonen, dass die Beschneidung keine »conditio-sine-qua-non« für eine religiöse Erziehung und ein religiöses Leben darstelle. Klar ist, dass Kinder nicht als »Tabula rasa« bis zur autonomen Entscheidungsfähigkeit aufbewahrt werden können, sondern dass Eltern in jedem Fall einen starken Einfluss auf die Entscheidungen von Kindern haben. Gerade im Jugendalter entwickeln sich der eigene Wille, die Autonomie, eigene Vorstellungen von Normen und Haltungen, vor allem in der Auseinandersetzung mit der elterlichen Wertewelt und teilweise mit den in der Schule vermittelten Werten. Nur in diesen manchmal nicht enden wollenden anstrengenden erzieherischen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kindern wird Autonomieentwicklung, hin zu selbstbestimmten Entscheidungen befördert, nicht durch ein »anything goes« oder ein komplettes Laissez-Fair, ebenso wenig durch ein striktes »solange du deine Beine unter meinen Tisch streckst, wird gemacht was ich sage«. Schon Schleiermacher hat 1826 betont: »Man darf den Willen nicht unterdrücken, denn je schwächer er sich entwickelt, desto weniger kann er nachher erkannt werden« (SUTER und SCHLEIERMACHER 2000).

Ein Modethema sind derzeit schon von Jugendlichen gewünschte Schönheitsoperationen und die Einwilligung in Gesichtsveränderungen, Nasenveränderungen, Brustvergrößerungen und -verkleinerungen durch Jugendliche z. B. im Kontext von Castingshows und einem allgemeinen Selbstdarstellungshype in den sozialen Medien. Auch hier kommt es nicht selten zu Dissens zwischen Sorgeberechtigten und Jugendlichen in Bezug auf diese medizinisch nicht indizierten Eingriffe. Häufig werden hier psychiatrisch/psychotherapeutische Argumente wie herabgesetzter Selbstwert, Dysmorphophobie etc. aufgeführt, um den gewünschten Interventionen eine scheinbar kurative Bedeutung zu geben (KÖLCH und IZAT 2015).

Die Aufzählung die noch beliebig erweitert werden könnte zeigt, dass Verantwortungskonflikte um die Frage wer entscheidet welche Frage in welchem Alter zwischen Jugendlichen und ihren Eltern nicht nur im Kontext der jugendpsychiatrischen Behandlung entstehen. Natürlich stellt im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die medikamentöse Behandlung, z. B. die Fortführung einer Behandlung einer ADHS mit Methylphenidat im Jugendalter, ein häufiger Streitgegenstand zwischen Eltern und Jugendlichen dar. Gleichzeitig ist zwar von einem leicht erhöhten Unfallrisiko, von einem drohenden Scheitern in der Schule etc. auszugehen, es besteht aber keine direkt drohende vitale Gefahr beim Absetzen dieser Medikation, im Gegensatz zur häufig auch zwischen Eltern und Jugendlichen umstrittenen Einnahme von Insulin bei Typ I Diabetikern etc. Insofern gibt es auch keinen Anlass, hier gerichtliche Entscheidungen herbeizuführen. Anders ist es bei Fragen der Medikation unter Zwang oder der Zwangsernährung im Rahmen von anderen vital bedrohlichen Krankheitsbildern, die mit akuter Selbst- und Fremdgefährdung einhergehen. Behandlung mit Zwang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freiheitsentzug oder therapeutische Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedikation, Sondenernährung gegen den Willen der Betroffenen, parenterale Ernährung oder mechanische Zwangsmaßnahmen, wie Fixierung und Isolierung, sind spezifische Konfliktfelder, welche nicht nur die Arzt-/Patientenbeziehung, die Beziehung mit dem Pflege- und Erziehungsdienst, sondern auch die Kind-Eltern-Beziehung massiv beeinträchtigen und noch lange über den akuten Anlass hinaus abschreckend und beeinträchtigend wirken können. Während im Erwachsenenalter die Einwilligung ganz einfach durch das klassische »informed consent« Paradigma: Arzt gibt Informationen, Patient gibt im Gegenzug seine aufgeklärte Einwilligung zum Eingriff und macht diesen dadurch zu einem Heileingriff statt einer Körperverletzung, wird im Kindes- und Jugendalter immer in einem Dreieck (Kind – Eltern –

Arzt) entschieden (vgl. FEGERT 2016 und FEGERT 2015). Technisch zu unterscheiden sind in der Terminologie der entsprechenden EU-Regulation der »Assent« von Kindern und Jugendlichen, d.h. ihre nicht rechtskräftige Zustimmung und der »Consent« der Eltern, die rechtskräftige Einwilligung der Sorgeberechtigten. Ist der Jugendliche aufgrund seiner Entwicklung in der Lage die Tragweite der jeweiligen Entscheidung selbständig abzuschätzen, kann er auch vor dem 18. Geburtstag schon rechtskräftig seine Einwilligung (Consent) erteilen. Der Assent betrifft nur Kinder, die nicht einwilligungsfähig sind und ist dennoch im Sinne des § 1626 BGB von Bedeutung, da der Gesetzgeber wünscht und empfiehlt, dass solche Entscheidungen in der Regel im Einvernehmen zwischen Kindern und Eltern getroffen werden.

Für die psychiatrische Forschung sieht die EU-Regulation Assent und Consent als notwendige Voraussetzung an. Es reicht also nicht, dass Eltern allein einer Medikamentenstudie oder einer Interventionsstudie zustimmen, sondern auch die Kinder müssen informiert werden und müssen ihre nicht rechtsverbindliche Zustimmung geben. Dies soll sicherstellen, dass Kinder in jedem Fall altersgerecht informiert werden und auch darüber Bescheid wissen, dass sie entsprechende Studien jederzeit auf ihren Wunsch hin abbrechen können. Werden durch Fremd- und Selbstgefährdung dringende Entscheidungen notwendig und gibt es hier einen Dissens oder geht es derzeit um die Freiheitsentziehung nach § 1631 b BGB kommen als weitere zentrale Entscheider die Familiengerichte und teilweise auch die Jugendämter hinzu.

Sonderfall: Geschlossene Unterbringung und Zwangsmaßnahmen Reformbedarf bei § 1631 b BGB

Im Akutfall mit Selbst- und Fremdgefährdung ist zunächst die Beherrschung der lebensbedrohlichen Situation vorrangig. Insofern sind auch Freiheitsbeschränkungen und eine indizierte Behandlung, notfalls auch mit Zwang, initial im Rahmen einer stationären Aufnahmesituation, auf einer geschlossenen Station, bei Gefahr im Verzug möglich. Das Familiengericht muss, ebenso wie die Sorgeberechtigten, unverzüglich darüber informiert werden. Auch bei konkreten, während der Behandlung entstehenden Konflikten, zum Beispiel auf einer jugendlichen Station, kann nicht abgewartet werden, bis gegebenenfalls die Sorgeberechtigten Entscheidungen getroffen haben. Die Sorgeberechtigten sind aber über eingreifende Maßnahmen/Zwang stets zu informieren. Kommt es regelmäßig zu Sanktionen oder wird eine Bedarfsmedikation zum Beispiel zur Beruhigung angesetzt, muss diese mit dem

betroffenen Patienten beziehungsweise der betroffenen Patientin und den Sorgeberechtigten vorbesprochen werden.

Dies gilt auch für verhaltenstherapeutische Regimes mit der Nutzung von sogenannten »time-out-Räumen«. Time-out als Behandlungstechnik in der Verhaltenstherapie, auch im familiären Rahmen als Intervention zum Beispiel im Rahmen des Triple P-Programms hat eine lange, zum Teil aber auch durchaus umstrittene empirische Evidenz der Wirksamkeit. In der Praxis werden »time-out-Konzepte« oft nicht tatsächlich nur in einem verhaltenstherapeutischen Rahmen angewendet, sondern sogenannte »time-out-Räume« werden eigentlich wie Isolationszellen, teilweise auch für längere Zeit, eine halbe Stunde, eine Stunde oder noch länger, genutzt. Dies wurde immer wieder quasi als Spitze des Eisbergs bei haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen und medizinrechtlichen Auseinandersetzungen über »time-out-Räume« in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich. Wenige Kliniken, wie zum Beispiel auch die Klinik in Ulm, verzichten deshalb generell auf solche Räume, was mit dem Nachteil verbunden ist, wenn es wirklich zu einer Einschränkung des Patienten kommen muss, dass dann eigentlich nur die Möglichkeit zur Fixierung bleibt. Verhaltenstherapeutisches »time-out« wird durch Absondern von der Gruppe, Auszeiten auf dem Patientenzimmer etc. im stationären Kontext realisiert. Es gibt zwar zunehmend auch in den Leitliniendebatten eine Auseinandersetzung zu Risiken, Grenzen und Wert von »time-out« als Technik, doch bleibt der Einsatz in den Fachverbänden und Fachgesellschaften umstritten, weshalb es wünschenswert wäre, sich mit dieser Frage, insbesondere der empirischen Studienlage und der Realität der Umsetzung in Deutschland näher auseinanderzusetzen.

Das Psych-KHG Baden-Württemberg sieht in einer Absprache mit der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft zum Beispiel eine Dokumentation auch solcher Maßnahmen vor, sodass in den nächsten Jahren die empirische Basis zur Einschätzung der »time-out-Nutzung« anwachsen wird. Deutlich wird schon an der Debatte über »time-out«, dass es neben der geschlossenen Unterbringung mit Zwang, also freiheitsentziehenden Maßnahmen, unterschiedliche Handlungsweisen im Grenzbereich gibt. Hierzu gehören Freiheitseinschränkungen, wenn Kindern zu Beginn einer Behandlung der Verbleib auf Station angeordnet wird, sie diese Station nur in Begleitung verlassen dürfen oder zum Beispiel bei anorektischen Patientinnen und Patienten zu Beginn Bettruhe angeordnet wird. Der ganze Komplex Isolierung, Zelle vs. »time-out« wurde schon angesprochen. Körperliche direkte Gewaltanwendung, z. B. beim oder durch festhalten und Fixierung,

gehört ebenso zum Handlungsrepertoire im Grenzbereich, wie die Gabe einer Spritze gegen den Willen des Betroffenen, gleichzeitigem Festhalten oder generell die medikamentöse »Ruhigstellung«. Weniger auffällig, von den Jugendlichen aber oft stark beklagt, sind restriktive Maßnahmen, wie Kontaktsperren, Gratifikationsentzug und die Einschränkung der Freiheit im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Verstärkerplänen, wo gewisse Freiheiten dann als Verstärker im Rahmen eines Stufenplans gewährt werden. Auch diagnostische Maßnahmen müssen zum Teil gegen den Willen betroffener Kinder erfolgen. Ich denke hier zum Beispiel an Kinder und Jugendliche mit Trennungsangststörungen, die teilweise durch die damit einhergehende massive körperliche Vernachlässigung ausgedehnte zahnmedizinische Befunde haben. Hier kann es notwendig sein, mit Zwang eine zahnärztliche Diagnostik durchzuführen, um notfalls mit Zwang oder unter Vollnarkose eine entsprechende Sanierung zu veranlassen, um Streuherde, die den Patienten, zum Beispiel bei kardialen Ablagerungen, wiederum vital gefährden könnten, auszuräumen. Schließlich kommen im Kontext der Essstörungen gerade bei nicht Volljährigen auch Maßnahmen zur Zwangsernährung, zur Sondierung gegen den Willen der Betroffenen etc. vor.

Jeder Einzelfall bedarf einer Güterabwägung zu den Maßnahmen. Alle Maßnahmen müssen hinsichtlich der Risiken und Nutzen mit den betroffenen Kinder und Jugendlichen und den sorgeberechtigten Eltern besprochen werden und dennoch sind die Sorgeberechtigten häufig mit den betreffenden Entscheidungen überfordert und ziehen in Konflikten mit ihren behandlungsbedürftigen Kindern sehr viel negative Emotionen auf sich. Seit der höchstrichterlichen Entscheidung des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen vom 07. August 2013 können die Vorschriften aus dem Erwachsenenrecht (§ 1906 Absatz 4 BGB) grundsätzlich im Kindschaftsrecht nicht analog angewendet werden. Das heißt, dass zum Beispiel eine nächtliche Fixierung oder eine Zwangsernährung, wie soeben geschildert, keine genehmigungsbedürftigen Unterbringungsmaßnahmen im Sinne des §1631 b BGB darstellen und alleine die sorgeberechtigten Eltern über die Durchführung solcher Maßnahmen entscheiden. Die drei kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände (DGKJP, BAG KJP und BKJPP) hatten sich wegen dieser Rechtslage, die Kinder als besonders vulnerable Patienten in eine besondere Gefährdungssituation bringt, an das BMJV gewandt, und hatten hier dringend Reformbedarf im § 1631 b BGB angemahnt. Am 16. Juni 2015 kam es daraufhin zu einem Expertengespräch in BMJV. Am 17. Juni 2016 hat die Ethikkommission der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände

eine Stellungnahme zur ethischen Problematik dieser Situation abgegeben (http://dgkjp.de/images/files/dgkjp/ethikkommission/Ethik_geschlossene-Unterbringung_letztVersion.pdf).

Schließlich hat auch der zweite Workshop des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekts zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK), unter Beteiligung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), die Diskussion vorangebracht, sodass im Herbst 2016 ein Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz für den Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehalts für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern vorgelegt wurde. Gleichzeitig wurde ein weitergehender Entwurf der Fraktion Grünen (Bundestagsdrucksache 18/9804) vorgelegt, der ausdrücklich auch auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen gegenüber Kindern und auch auf die Frage der Zwangsbehandlung eingeht. Zum Referentenentwurf der Bundesregierung hat sich die Kinderrechtekommission des Deutschen Familiengerichtstags (DFGT), die Lebenshilfe, das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychiatrie (DGKJP) geäußert. Eine Übersicht zur aktuellen Debatte mit einem exemplarischen Fallbeispiel des Übergangs ins Transitionsalter vor und nach dem 18. Geburtstag ist in der Zeitschrift »Psychotherapeut« in einem Themenheft zum Thema Transition erschienen (MÜLLER et al. 2017). Zu unterscheiden sind aus fachlicher Sicht bei den Zwangsmaßnahmen, die hier zur Debatte stehen, sogenannte »freiheitsentziehende Maßnahmen«, wie die freiheitsentziehende Unterbringung, die schon jetzt in § 1631 b BGB geregelt ist, als auch der Einschluss in eine Zelle oder »time-out-Raum« etc. Des Weiteren unterbringungsähnliche Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung wie festhalten, Fixierung, Isolierung in Raum ohne Einschluss, Videoüberwachung, 1:1 Betreuung und Sedierung (»chemical restraint«).

Der für den Gesetzgeber schwierigste Bereich ist der Bereich der Zwangsbehandlungen, z. B. Zwangsmedikation zur Behandlung der Grunderkrankung. Hier gibt es besonderen Regelungsbedarf, da ja die angewandten Medikamente, z. B. viele modernere Antipsychotika im Kindes- und Jugendalter off-label verordnet werden, so dass solche Behandlungsentscheidungen auch für die sorgeberechtigten Eltern keine Entscheidungen des täglichen Lebens darstellen. Zu den medizinischen bzw. heilberuflichen Zwangsmaßnahmen gehören des Weiteren die erwähnte Zwangsernährung, Diagnostik

unter Zwang oder auch Maßnahmen zur Sicherung einer Körperhygiene unter Zwang. Nachdem das Bundeskabinett noch vor Weihnachten 2016 den Regierungsentwurf verabschiedet hat, besteht noch Hoffnung, dass eine entsprechende Regelung, die die komplexen Konflikte im Rahmen der manchmal notwendigen Behandlung von Jugendlichen mit Zwang besser aufgreift und wieder eine familiengerichtliche Kontrolle realisiert, noch in dieser Legislaturperiode getroffen wird.

Verantwortung für Kinder und Jugendliche in der stationären und teilstationären Krankenversorgung

Sowohl nach der UN-Kinderrechtskonvention, als auch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hat das Kindeswohl bzw. im englischen Original »the best interests of the child« die vorrangige Bedeutung als Entscheidungsgrundlage. Die so genannte »Kindeswohlmaxime« ist also der Grutmesser für verantwortliche Behandlungsbedingungen und -entscheidungen. Institutionell untergebrachte und behandelte Kinder haben einen Anspruch nicht nur auf eine entsprechende Heilbehandlung, sondern auch auf Erziehung. Dies unterscheidet auch die Personalsituation im so genannten »Pflege- und Erziehungsdienst« von der Situation der Erwachsenenpsychiatrie. Die immer noch geltende Psychatriepersonalverordnung (PsychPV) hat neben dem pflegerischen Bedarf, auch den erzieherischen Bedarf von Kindern und Jugendlichen anerkannt und in für bestimmte Altersgruppen adäquater Weise abgedeckt. Jedes vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorzuschlagende neue System zur Sicherung der Strukturqualität muss diesen spezifischen Bedürfnissen im Kindes- und Jugendalter – im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie –, gezielt Rechnung tragen, wenn es nicht gegen die »best interests of the child« verstoßen soll.

Greift man auf die PEPP (Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik)-Angaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu Personalkosten und Sachkosten zurück, so ist das Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie und zur Psychosomatik, das Fach mit dem höchsten Personalkostenanteil. Hier zeigt sich noch einmal ganz klar, dass kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ganz besonders personalintensive Beziehungs- und Erziehungsarbeit ist. Der prozentuale Anteil der Sachkosten, z. B. Arzneimittel und medizinischer Bedarf ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Geringste. Deshalb ist gerade die

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ein Frühwarnsystem für das Kollabieren des Gesamtsystems der psychiatrischen Krankenversorgung bei insuffizienter Personalausstattung. Denn hier machen sich Einsparungen im Personalbereich besonders schnell und besonders drastisch bemerkbar. Die Schere in der Lohnkostenentwicklung und den vereinbarten Pflegesätzen geht am schnellsten auseinander und Kompensationsmöglichkeiten durch andere Rationalisierungseffekte und Einsparungen z. B. bei der Beschaffung von Sachmitteln sind kaum zu erzielen, da eben der Löwenanteil aller Kosten nur aus Personalkosten besteht.

Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass der Gesetzgeber des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) noch in letzter Minute direkt im Gesetz festgeschrieben hat, dass die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigt werden müssen. Wir hatten in der Anhörung deutlich machen können, dass ethische Imperative und der Minderheitenschutz solche normativen Regelungen für den Personaleinsatz und für die Kostentransparenz im Klinikvergleich erzwingen. Transparenz und Vergleiche sind absolut sinnvoll, gerade auch zum Wohle von Patienten und ihrer flächendeckend guten Versorgung. Jedoch müssen regionale Besonderheiten auf jeden Fall Berücksichtigung finden. Die notwendige Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen muss möglichst familiennah erfolgen, da der Erfolg der Behandlung von einer guten Zusammenarbeit mit den Familien – wie dieser ganze Beitrag zeigt – bei jeder Entscheidungsfindung und damit jeder Krankenbehandlung abhängt. Schon jetzt sind in der Regel die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsgebiete dreimal so groß wie die Versorgungsgebiete erwachsenenpsychiatrischer Kliniken, da aufgrund des fürsorglichen Einsatzes vieler Eltern zum Teil Krankheitsbilder, die im Erwachsenenalter schon stationär behandelt würden, noch ambulant, zuhause behandelt werden können. Natürlich ist es in größeren Klinikeinheiten einfacher, bestimmte administrative Einsparungen und Einsparungen bei den notwendigen Dienstregelungen durchzusetzen. Dies könnte zu einem erneuten Trend zu kinder- und jugendpsychiatrischen Großkliniken führen, die in den letzten Jahren eher erfolgreich reduziert worden sind. Eine solche Entwicklung unter einem Wirtschaftlichkeitsdiktat widerspricht dem ethischen Imperativ der regional erreichbaren Versorgung zur Einbindung der Sorgeberechtigten und der ganzen Familie. Insofern war es wichtig, dass der Gesetzgeber die altersspezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bei der Gesundheitsgesetzgebung explizit erwähnt

hat, indem er entsprechende Zusätze in der Bundespflegesatzverordnung vorgenommen hat.

Leider kommt es immer wieder vor, dass in ersten Papieren aus der Politik die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Problemen und behandlungsbedürftigen Störungen weitgehend oder komplett vergessen werden. Jüngst geschah dies bei der Vorlage der Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (vgl. FEGERT 2016). Während derzeit ein differenziertes Behandlungssystem mit speziell ausgebildeten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland flächendeckend besteht, wird in den Eckpunkten nur an einer Stelle von altersentsprechenden Kenntnissen gesprochen und man kann vermuten, dass eine spezifische kinder- und jugendpsychotherapeutische Grundausbildung beim immer stärker umstrittenen Modell der grundständigen Ausbildung gar nicht hinreichend realisiert werden kann. Die Hausspitze des BMG hat, entgegen den Äußerungen des zuständigen Referats, nun bei mehreren offiziellen Anlässen angedeutet, dass mit einem Gesetzgebungsverfahren in diesem Bereich in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu rechnen ist.

Die APK, die sich in den letzten Jahren stärker im kinder- und jugendpsychiatrisch, psychotherapeutischen Bereich profiliert hat und vom BMG auch spezifisch mit der Einschätzung der Ausgangssituation der Versorgung von Kindern mit psychischen Problemen, im Rahmen eines Projektes, beauftragt wurde, sollte auch in der Zukunft dezidiert auf die Besonderheiten des Entwicklungsalters hinweisen. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist regelhaft nur in guter Kooperation und unter Einbeziehung der sorgeberechtigten Eltern und anderer Erziehungspersonen möglich. Dies erfordert auch vom Gesetzgeber die Berücksichtigung der familientypischen Spezifika. Es ist unstrittig, dass die Familie eine der wichtigsten Ressourcen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen darstellt, selbst wenn teilweise aus den Herkunftsfamilien auch erhebliche Risiken abzuleiten sind. Psychiatriegesetzgebung im Kindes- und Jugendalter muss stets die familialen Aspekte berücksichtigen. Im Gegensatz zu den pädiatrischen Fachverbänden, die organisiert in der Akademie für Kinder- und Jugendheilkunde, seit mehreren Jahren u. a. auch mit einer Petition die Einsetzung eines Kinderbeauftragten im Bundestag fordern, hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie diesen Ansatz als »Alibistruktur« eher kritisiert und befürchtet, dass bisher bewährte Strukturen wie die Kinderkommission des Deutschen Bundestages eher durch eine solche zusätzliche Ernennung geschwächt würden. Wir sind

aber durchaus der Auffassung, dass weitergehende Vorschläge, nämlich z. B. eine regelhafte Normenkontrolle im Bundeskanzleramt, wie sie derzeit nur für Gender- und Umweltfragen üblich ist, auch für Gesetzesauswirkungen in allen Bereichen, auf Familien und Kinder notwendig wäre. Dies ist vielleicht weniger spektakulär als ein Beauftragter, wäre aber gerade bei vielen hoch komplexen Gesetzgebungsverfahren eine Vorgehensweise, die regelmäßig dazu führen würde, dass eine Gesetzesfolgenabschätzung in Bezug auf die Auswirkungen für Familien und Kinder berücksichtigt wird.

Fazit

Ziel verantwortungsbewussten Handelns muss die größtmögliche Teilhabe der betroffenen, psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen sein. Verantwortung kann deshalb nie »gleiches Recht für alle« bedeuten, weder auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station, noch bei der Beschulung unter inklusiven Bedingungen. »Equality« kann nicht der Anspruch sein, sondern es geht um »Equity«. Jedem muss die Förderung, die Unterstützung gewährt werden, die er/sie benötigt, um möglichst selbstbestimmt zu partizipieren. Deshalb ist die Frage der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Inklusion im schulischen Bereich, das Ringen um gute, individuelle Lösungen, die sicherstellen, dass Kinder in ihrem Alltagsleben »dazugehören« können und sich auch dazugehörig fühlen, ein zentrales Thema für Elternverbände und für die Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat deshalb unter meiner Kongresspräsidentschaft den XXXV. Kongress 2017 unter das Motto »Dazugehören! Bessere Teilhabe für traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche« gestellt. Gerade in einem Moment, wo im Erwachsenenbereich ein Bundesteilhabegesetz den betroffenen Erwachsenen ermöglicht stärker Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und sich durch Assistenz im Alltag entsprechend ihres Willens unterstützen zu lassen, müssen wir darauf hinweisen, dass das mögliche Scheitern einer SGB VIII-Reform und einer Neuregelung der bisherigen Eingliederungshilfe im Kinder- und Jugendbereich verlässliche Hilfen für seelisch behinderte oder mehrfach behinderte Kinder im Vergleich zum Erwachsenenalter schwerer machen.

Verantwortung übernehmen – Verantwortung überlassen, ist eine zentrale Dimension bei für die Teilhabe relevanten Entscheidungen. Teilhabe ist ein Konstrukt, welches per se eine eigene Bereitschaft zur Verantwortungs-

übernahme, eigene Interessen und eigenes Engagement voraussetzt (vgl. FEGERT und KÖLCH im Druck). Insofern sind auch immer Diskussionen über den artikulierten Willen bzw. den mutmaßlichen Willen der betroffenen Patientinnen und Patienten und die dem Kindeswohl am ehesten entsprechenden Lösungen erforderlich. Immer dann, wenn solche Entscheidungskonflikte nicht mehr in der Hoffnung auf Konsens ausgehandelt werden können, sondern wenn Zwang zum Schutz bei vital bedrohlichen Situationen gegen Kinder und Jugendliche eingesetzt werden muss, bedarf es auch zur Unterstützung der Eltern in ihrer Beziehung zu ihren Kindern gerichtliche Kontrolle und Unterstützung bei diesen Entscheidungen.

Literatur:

- FEGERT, J. M. (2016): »Die Bedeutung von ›Selbsthilfe‹ für psychisch kranke Kinder und Jugendliche« Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation, Herausgeber: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn, pp. 223.
- FEGERT, J. M. (2015): »Aspekte guter Qualität«. In: Qualität therapeutischer Beziehung – Tagungsdokumentation Berlin, 24./25. September 2014, Herausgeber: AKTION PSYCHISCH KRANKE/P. WEISS/A. HEINZ, 1st edn, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn, pp. 14-30.
- FEGERT, J. M. (2016): »Der Berg kreiste... und ignoriert die Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie«. In: Psychotherapeut. DOI: 10.1007/s00278-016-0152-x.
- FEGERT, J. M./FREYBERGER, H. J. (2017): »Grenzbereich zwischen Jugend- und Erwachsenenalter – Psychotherapeutische Aspekte«. In: Psychotherapeut. DOI: 10.1007/s00278-016-0151-y.
- FEGERT, J. M./KÖLCH (im Druck): »Dazugehören! Bessere Teilhabe von Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen.« In: Nervenheilkunde. Schattauer Stuttgart.
- KÖLCH, M./IZAT, Y. (2015). Ästhetisch-plastische Operationen bei Kindern – Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Handchir Mikrochir Plast Chir 47(6):343–7.
- MÜLLER, S./SALGO, L./KÖLCH, M./ FEGERT, J. M. (2017): »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung – Transition im Spannungsfeld von elterlicher Sorge und Selbstverantwortung des jungen Menschen«. In: Psychotherapeut. DOI: 10.1007/s00278-016-0156-6.
- SUTER, A./SCHLEIERMACHER, F. (2000): Texte zur Pädagogik. Kommentierte Studienausgabe. Herausgegeben von Michael Winkler und Jens Brachmann. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. Bd. 1.

VI Verantwortliche Psychiatrische Pflege

Einleitung

Klaus Obert

Über die Wichtigkeit, Bedeutung, über Aufgaben und Funktion der psychiatrischen Pflege ambulant wie stationär wurde schon sehr viel reflektiert und auch geschrieben. Deren Unverzichtbarkeit wurde und wird immer wieder herausgestellt und betont.

Und nach wie vor scheint mir die Diskussion von einer Ambivalenz begleitet zu sein: Auf der einen Seite die Anerkennung der Wichtigkeit in der konzeptionellen/theoretischen Debatte. Auf der anderen Seite kommt Psychiatrische Pflege in der stationären Behandlung noch nicht genügend aus dem Schatten medizinischer Hegemonie heraus, oft entgegen fundierter Erfahrungen und besseren Wissens. Noch immer wird m. E. die Psychiatrische Pflege als eigenständige Disziplin zu wenig gleichberechtigt in den stationären Einrichtungen anerkannt, von zwischenzeitlich sicher zahlreichen Ausnahmen natürlich abgesehen. Im ambulanten Feld ist die Gemengelage teilweise schwierig bis unübersichtlich: Defizitäre gesetzliche Rahmenbedingungen, prekäre Verdienstmöglichkeiten des Pflegepersonals, nicht unbedeutende Überschneidungen und Gemeinsamkeiten in der täglichen Arbeit vor Ort, in der Häuslichkeit mit den psychosozialen Disziplinen.

Die Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE wollte und sollte dazu beitragen, sich mit diesen Rahmenbedingungen der psychiatrischen Pflege auseinanderzusetzen und vor allem weitergehende Entwicklungsmöglichkeiten in der Alltagsarbeit auszutauschen und zu fördern. Deshalb ist es aus meiner Sicht nur allzu verständlich, dass die beiden Referent/-innen Dorothea Sauter und Hilde Schädle-Deininger in ihren Beiträgen auf die weitere Anerkennung und Stärkung des Status und der Identität der Psychiatrischen Pflege durch die Fachwelt wie die Politik setzen und gleichzeitig u. a. auch deshalb das hohe Lied auf die wissenschaftliche Anerkennung der Pflege anstimmen. Ohne Zweifel können und müssen diese Bestrebungen weiter ausgebaut und verfolgt werden, wenn die Bedeutung der Pflege in der Fachöffentlichkeit wie bei den politisch Verantwortlichen und den Kostenträgern anerkannt und entsprechend honoriert und ausgebaut wird. Ohne Wenn und Aber muss das Profil der psychiatrischen Pflege geschärft und weiter im Sinne von Gleichberechtigung etabliert werden.

Doch scheint mir vor dem Hintergrund von fast vierzig Jahren eigener Erfahrungen in der (ambulanten) sozialpsychiatrischen Arbeit, d.h. im Auf- und Ausbau gemeindepsychiatrischer Dienste und Einrichtungen, und dabei auch in der Verwirklichung und Umsetzung eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes seit 1995, eine andere Dimension von vorrangigerer Bedeutung zu sein als ihre wissenschaftliche Reputation. In der Unabdingbarkeit der Zusammenarbeit und Vernetzung von psychosozialem, medizinischem und pflegerischem Paradigma geht es in erster Linie um das Primat der Praxis, in der alltäglichen Pragmatik von gegenseitiger Bereicherung und Befruchtung auf gleicher Augenhöhe. Es kommt primär darauf an, gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Umsetzung in den Richtlinien so auszugestalten, dass Ambulante Psychiatrische Pflege breiter und langfristig flächendeckend umgesetzt werden kann. Die momentane gesetzliche Grundlage (Ambulante Psychiatrische Pflege nach § 27 Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege im SGB V) bedeuten zweifellos einen richtigen Schritt in Richtung Gleichstellung körperlich und seelisch kranker Menschen. Allerdings hat dies nicht dazu geführt, dass trotz der zwischenzeitlich bald zehn Jahre bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen es zu einem breiten, länderübergreifenden Anstieg der Anzahl psychiatrischer Pflegedienste gekommen wäre. Dafür entsprechen die doch stark reglementierten Richtlinien nicht in angemessener Weise den Anforderungen ambulanter psychiatrischer Pflege unter der Vorgabe, diese als solche fachlich auch angemessen verantworten zu können. Wenn auch die Möglichkeiten, die sich seit Januar 2017 aus dem Pflegestärkungsgesetz (PSG) III ergeben, ausdrücklich die Betreuung und Pflege psychisch und demenziell erkrankter Menschen deutlich stärken, wird es nicht einfach sein, Ambulante Psychiatrische Pflege als notwendiger Baustein in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) sicher und auf wirtschaftlich tragfähigen Füßen flächendeckend zu implementieren.

In diesem Zusammenhang sind die Anstrengungen und das intensive Engagement der Protagonisten (ambulanter) psychiatrischer Pflege, wie z. B. der beiden Referentinnen des Symposiums oder der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) unabdingbar und unverzichtbar, um der theoretischen Bedeutung und Selbstvergewisserung, vor allem aber der praktischen Umsetzung ambulanter psychiatrischer Pflege Vorschub zu leisten, damit ihre Bedeutung und ihre Aufgabe im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu ihrem Recht kommt. Ambulante Psychiatrische Pflege heißt die enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit den anderen Bausteinen und Disziplinen im Hinblick auf das »sozialpsychiatrische Gesamt-

projekt«, d. h. durch die intensive Pflege und Begleitung psychisch kranker Menschen in akuten Krisensituationen aber auch aufgrund eines häufig über Jahre hinweg bestehenden intensiven Betreuungs- und Pflegebedarfs ein Leben zuhause, im Gemeinwesen, Alltags- und Lebensweltorientiert zu ermöglichen und sicherzustellen (regionale Versorgungsverpflichtung und gelingenderer Alltag).

Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege

Dorothea Sauter

Die Pflege ist nach Anzahl der Akteure wohl die größte Dienstleisterin im Gesundheitswesen, gleichzeitig gibt es immer wieder Unklarheiten oder Konflikte, wenn es um die Benennung ihrer Aufgaben und Kompetenzen geht. Dieser Text versucht zu konkretisieren, an welchen Stellen und wie die Pflege eine »verlässliche Hilfe bei psychischen Erkrankungen« ist, wo sie es sein könnte und was erforderliche Bedingungen für gute Pflegearbeit sind. Hierfür beschreiben Professionsmerkmale die Anforderungen. Die Praxis der Verantwortungsübernahme wird für den stationären und ambulanten Bereich skizziert. Alle Beschreibungen in diesem Beitrag werden sich auf Deutschland beziehen, da sich die Situation international sehr unterschiedlich darstellt. Vorab wird betont, dass auch die Pflege einen klaren Arbeitsauftrag hinsichtlich der Förderung der Eigenverantwortung des Pflegeempfängers hat. Im Fazit können einige Forderungen nicht ausbleiben.

Pflegeauftrag Klientenautonomie

Wie alle Helferberufe will auch die Pflege grundsätzlich dem Hilfeempfänger zur »Selbsthilfe« verhelfen. Wie alle Helferberufe hat auch sie ein Dilemma, wenn Autonomie und Fürsorge im Widerspruch stehen. Grundsätzlich ist die Autonomieförderung und die »Rückgabe von Verantwortung an den Pflegeempfänger« ein sehr zentraler Baustein fast aller Theorien, Konzeptualisierungen und Ethikbeschreibungen der Pflege (z. B. ABDERHALDEN 2011; ABDERHALDEN et al. 2011). Doch Autonomieziele dürfen nicht verabsolutiert werden. Denn auch das »Angewiesensein« ist ein fester Bestandteil des menschlichen Lebens; und das nicht nur am Lebensanfang und am Lebensende (PILLEN 2006). Das Autonomieparadigma darf nicht dazu führen, nicht-autonomen Daseinsformen Wert abzusprechen (ebd.; SAUTER 2011).

Pflege ist umso intensiver erforderlich, je weniger autonom die Lebensführung eines Menschen gelingt und sie hat auch einen Handlungsauftrag, wenn sich keine Erhöhung der Selbständigkeit mehr herbeiführen lässt, z. B. in palliativen und terminalen Situationen. Auch und gerade in diesen Situationen müssen Pflegehandlungen im Einklang mit dem Patientenwillen stehen. Bei deutlichen Einschränkungen von Kognition und/oder Ausdrucksfähigkeit muss dieser sorgsam ermittelt werden. Mit hohen Pflegekompetenzen,

viel Erfahrungswissen, einer fürsorglichen und engagierten Grundhaltung sowie durch die Übernahme der Betroffenenperspektive können Pflegefachpersonen das leisten und so den Willen selbst schwerstpflegebedürftiger Menschen erfüllen (vgl. z. B. BENNER et al. 2000).

In anderen Pflegesituationen ist der Auftrag der Autonomieförderung und der Empowermentunterstützung viel offensichtlicher. Gerade Pflegebedarfe, die im Kontext der Auseinandersetzung mit Krankheit entstehen, erfordern die Förderung von Selbst-, Symptom- und Therapiemanagement, die Erhöhung von Gesundheitskompetenzen und die Unterstützung von Recoveryprozessen.

An dieser Stelle soll nicht nach Gründen gesucht werden, warum hierzulande die Pflege im öffentlichen Bild vorrangig mit kompensatorischen und supportiven Pflegehandlungen gesehen wird. Der Blick in die Klassifikation der Pflegeinterventionen (Nursing Intervention Classification NIC; BULECHEK et al. 2016) zeigt, wie breit das Handlungsspektrum der Pflege ist; die Pflegeergebnisklassifikation (Nursing Outcome Classification NOC; MOORHEAD et al. 2013) belegt, dass viele angestrebte Pflegeergebnisse auf die Erhöhung der Eigenverantwortung des Patienten zielen.

Die berufliche Verantwortung der Pflege

Die Pflegerische Verantwortung bezieht sich auf den Nachweis der rechtmäßigen Pflege – »es wird also im besten Sinne des Patienten gehandelt« (TEWES 2002). Die Bereiche eigenverantwortlichen Handelns in der Pflege gibt das Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 in §3 Abs. 2 vor: die Verantwortung für den Pflegeprozess und die Pflegeevaluation, sowie für die Beratung, Anleitung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen (u. a.).

2015 verfasste der Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP) eine Expertise zum Verantwortungsbereich der Pflege (ein Projekt des Schweizer Bundesamts für Gesundheit). Im Einklang mit der deutschen Gesetzgebung wurde die Verantwortung für den Pflegeprozess als Kerngeschäft professioneller Pflege definiert. Die wissenschaftliche Fundierung und die konkrete Beschreibung der Einzelaktivitäten der Pflege sehen die Autoren der Expertise in den vorliegenden Pflegeklassifikationen abgebildet (MÜLLER-STAUß et al. 2015): den Pflegediagnosen der NANDA (HERDMAN und KAMITSURU 2016) sowie den bereits erwähnten Pflegeinterventionen NIC (BULECHEK et al. 2016) und Pflegeoutcomes NOC (MOORHEAD et al. 2013).

Der Pflegeprozess ist ein Instrument für kritisches Denken und zur Entscheidungsfindung (ALFARO-LEFEVRE und MÜLLER-STAUß 2013), seine Anwendung basiert auf der professionellen Beziehung zum Pflegeempfänger (MÜLLER-STAUß et al. 2015). Darüber hinaus sind im Pflegealltag viele situative Entscheidungen zu treffen, für die ebenfalls Expertise erforderlich ist (BENNER et al. 2000; BENNER 1994; REUSCHENBACH 2008).

Was zunächst einfach klingt muss im Alltag präzisiert werden. Pflege ist komplex und die Pflegeverantwortung ist kontextgebunden. Sie beinhaltet sowohl individuelle als auch kollektive Aspekte. Eine exakte Eingrenzung des Verantwortungsbereichs ist damit kaum möglich (Robert Bosch Stiftung 1996; TEWES 2002). Außerdem ist Pflegen eine Alltagstätigkeit. Professionelle Pflege muss auch von der »Alltagshandlung Pflegen« abgegrenzt werden, auch hier sind Grenzen fließend.

Die Pflege hat vielfältige Anstrengungen unternommen, um die Inhalte des Pflegeauftrags zu konkretisieren. Dies geschieht in Definitionen von Pflege (SPICHTER et al. 2006) und bildet sich in Lehrbüchern (für die Psychiatrische Pflege siehe u. a. SAUTER et al. 2011; SCHÄDLE-DEININGER 2010) oder Arbeitspapieren von Berufsorganisationen (z. B. WARD 2011) ab. Übereinstimmung herrscht, dass Pflege Individuen und Gruppen in der Auseinandersetzung »mit menschlichen Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen in Zusammenhang mit Lebensprozessen, Lebensereignissen und aktuellen oder potenziellen Gesundheitsproblemen unterstützt« (ABDERHALDEN et al. 2011; MÜLLER-STAUß et al. 2015). Nicht das Krankheitsgeschehen ist das primäre Thema der Pflege, sondern die Folgen von Krankheits- und andere Prozessen im Lebensalltag. Professionelles Handeln wird erforderlich, wenn »Selbstpflegedefizite« vorliegen, also die Handlungsmöglichkeiten von Patienten und deren Familien den krankheits- oder entwicklungsbedingten Selbstpflegetherfordernissen nicht gerecht werden (TAYLOR et al. 2013).

Die Pflegeverantwortung geht über die Verantwortung für den Patienten hinaus und umfasst Aspekte wie die eigene Entwicklung, die Entwicklung von Forschung und Pflegepraxis, die Kollegen und die Organisation sowie die Mitwirkung an der Gestaltung der Versorgung (zusammenfassend siehe SAUTER und RIXE 2016 sowie MÜLLER-STAUß et al. 2015).

Verantwortungsbereiche der Psychiatrischen Pflege

Psychiatrische Pflege unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der »allgemeinen Pflege«. Die beschriebene Konzeptualisierung und Definition von Pflege ist nicht an ein Setting oder eine Klientelgruppe gebunden und gilt folglich auch in psychiatrischen Handlungsfeldern. Anscheinend hat die Psychiatrische Pflege dennoch Probleme ihren Auftrag klar zu fassen (STAUDACHER und KOZEL 2011). Die eigene berufliche Geschichte der psychiatrischen Pflege (vgl. KONRAD 1986), die sehr späte Akademisierung (SCHULZ und SAUTER 2015) und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit (STAUDACHER und KOZEL 2011) mögen dazu beitragen. Außerdem ist der ordnungspolitische Auftrag spezifisch für die Psychiatrie und erfordert Handlungen, die sich (auch) in der Pflege nicht immer deren Grundlagen decken. Die Besonderheiten psychiatrischer Hilfebedarfe erfordern im Regelfall eine Fokussierung des Beziehungsprozesses, dies betonen die konzeptuellen Modelle der psychiatrischen Pflege (am bekanntesten: PEPLAU 2009; BARKER und BUCHANAN-BARKER 2013).

Die unterschiedlichen Pflegebedarfe psychiatrischer Patienten machen das Aufgabenfeld der Pflegefachpersonen sehr breit und herausfordernd. Frauenfelder et al. analysierten systematisch die für die stationäre Psychiatrische Pflege beschriebenen Pflegeanlässe und Pflegeinterventionen und stellten fest, dass die Pflegethemen über die Pflegediagnosen NANDA (FRAUENFELDER et al. 2016) und die Pflegehandlungen über die Tätigkeitskatalog NIC (FRAUENFELDER et al. 2013) hinausgehen. Für die stationäre Pflege in der Schweiz identifizierten SCHOPPMANN und LÜTHI (2009) die häufigsten Pflegeaufgaben. Sie kategorisierten die Ergebnisse in die Gruppen »Creating the Ward Milieu, Interdisciplinary Collaboration, Medical Care, Shaping Nursing Situations, Planned Nursing Interventions, Cooperation with other Wards and Institutions, Documentation and Information, Having an Eye for the Whole Thing, Teaching and Learning, Shaping Relationships, Reflection and Humour«. Die Autorinnen fanden, dass die von Pflegefachpersonen genannten Aufgaben insgesamt mit den Inhalten der Lehrbücher übereinstimmen und somit einem »basic framework of psychiatric nursing« entsprechen zu scheinen (ebd.). Für Deutschland existiert eine solche Erhebung bislang nicht.

Zu den Tätigkeiten der ambulanten psychiatrischen Pflege (im Folgenden APP) gibt es eine aktuelle länderübergreifende Studie von WEISSFLOG et al. (2016). Ambulant tätige Pflegefachpersonen beschreiben die Beziehungsge-

staltung und den Pflegeprozess als Basis ihrer Arbeit und nennen als häufige Aufgaben das Training von Alltagsfertigkeiten, sozialen Kompetenzen und kognitiven Fähigkeiten, das Management von akuten Krisen, die Gesundheitsförderung und Prävention, das Unterstützen der ärztlichen Behandlung sowie die Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten, das Management somatischer Begleiterkrankungen, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Vermittlung von Hilfen und Netzwerkbildung, Kooperationen und Koordination, außerdem die Öffentlichkeitsarbeit und die Qualitätssicherung. WEISSFLOG et al. (2016) nehmen Bezug auf eine Metasynthese der Tätigkeiten der APP (RICHTER und HAHN 2009) und betonen, dass die Praxis der APP in der Schweiz und in Deutschland international anschlussfähig ist.

Voraussetzung Professionsstatus und Professionsethik

Professionen können über Merkmale definiert werden, z. B. die Gemeinwohlorientierung, das besondere (wissenschaftliche) Wissen, die Existenz einer Berufsethik, die berufliche Selbstregulierung, ein Handlungskompetenzmonopol und die Handlungsautonomie (WEIDNER 1995). Andere Erklärungsmodelle nehmen den Professionalisierungsprozess und das professionelle Handeln in den Fokus, z. B. OEVERMANN (1978; vgl. WEIDNER 1995). Demnach ist professionelles Handeln eine Kombination aus der Anwendung von Regeln (die auf wissenschaftlichem Wissen basieren) und dem besonderen Verstehen des jeweiligen Falls (»hermeneutisches Fallverstehen«). Nach Oevermann lässt sich professionelles Handeln nur teilweise standardisieren, das wissenschaftliche Regelwissen muss mit der Situation und den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten in Verbindung gebracht werden. Dieser Ansatz wird auch von BEHRENS (2004) aufgegriffen, der über Evidenz-based Nursing eine Chance für die Professionalisierung sieht. Professionelles Pflegehandeln besteht auf der Grundlage eines Arbeitsbündnisses zum Patienten in der Kunst, »externe Evidenz« mit der patientenbezogenen »internen Evidenz« (Erfahrungswissen des Patienten und der Pflegefachpersonen) zu verknüpfen.

Die Pflege erfüllt das Professionsmerkmal der Gemeinwohlorientierung unstrittig, andere Punkte bedürfen genauerer Betrachtung.

Eigenständiges Wissen

Die Beschreibung des eigenständigen Wissenskörpers sieht der Schweizer Expertenbericht zur Pflegeverantwortung durch die Pflegeklassifikationen als erfüllt an (MÜLLER-STAUß et al. 2015), doch muss eingeräumt werden, dass das Evidenzlevel bei den Pflegeklassifikationen nicht hoch ist. In der Entwicklung von empirischem Wissen ist die Pflege auf dem Weg (dies zeigt sich vor allem in internationalen Publikationen), allerdings kann in Deutschland »nicht mal ansatzweise von einer strukturierten Impementierung die Rede sein« (MEYER et al. 2013). Aufgrund des deutschen Sonderwegs in der Pflegebildung (HOFMANN 2012) und der verspätet eingesetzten und nicht flächendeckenden Akademisierung hat die (Psychiatrische) Pflege hierzu enorme Nachholbedarf, wenn sie international auch nur im Ansatz anschlussfähig sein will (SCHULZ und SAUTER 2015).

Professionswissen muss an entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen der Handelnden gekoppelt sein, siehe daher ergänzend die Ausführungen von Hilde Schädle-Deininger in diesem Band.

Berufsethik

Pflegeverantwortung ist an ethische Normen gebunden; die Berufsethik der Pflege bildet sich in vielen national und international ausformulierten Ethik-Kodizes für Pflegenden ab (Zusammenfassung in ARNDT (1996), sehr bekannt ist der ICN-Code (<http://icn.ch/ethics.htm>; vgl. FRY 1995). Allerdings sind solche Kodizes Pflegepraktikern oft nicht genügend bekannt oder zu abstrakt, um für konkrete Handlungssituationen Hilfe zu bieten (LAY 2012). Die Pflegeethik ist u. a. geprägt vom feministischer Ethik und der Ethik der Achtsamkeit, sie versteht sich auch als Ethik der Bezogenheit und sieht als Paradigmen die Themen Wohlbefinden, Autonomie, Gerechtigkeit, Aufrichtigkeit und dialogische Verständigung (ebd.). Rechtlich und praktisch treffen Ärzte in der Regel die ethischen Entscheidungen; sie folgen meist den Paradigmen von Beauchamp und Childress (autonomy, non-maleficence, beneficence und justice). Eine eigene Pflegeethik scheint im klinischen Alltag nicht zu existieren (ebd.) und die Pflegeprinzipien sind damit ohne Relevanz. 2008 waren nur in 10 % der Ethikkommissionen deutscher Kliniken Pflegefachpersonen vertreten (RABE 2008, zitiert in LAY 2012, S. 66).

Handlungsautonomie und Handlungsmonopol

Berufliche Handlungsautonomie bedeutet, dass die Berufsangehörigen ihr eigenes Handeln autonom kontrollieren und Rechenschaft ablegen. Pflegefachpersonen sind nicht nur verantwortlich für die individuelle Pflege sondern auch für die Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung. Sowohl Klienten als auch die beschäftigende Organisationen müssen den Pflegenden in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkennen (MÜLLER-STAUß et al. 2015).

Leider haben andere Entscheidungsträger (u. a. die Finanzierer, die Sozialgesetzgebung und die Leitungspersonen in Organisationen) in aller Regel »rudimentärere« Vorstellungen vom Auftrag der Pflege (HOFMANN 2012). Dies wirkt sich auf die Gesetzgebung einschließlich der Regelungen zur Pflegebildung und auf die Stellenbemessung/Finanzierungsmodelle aus. Die Pflegebildung ist weder für die Berufspraxis noch im internationalen Vergleich ausreichend (Verbändedialog Psychiatrische Pflege 2016). Bezüglich pflegerischer Besetzung geben vorliegende Zahlen Hinweise, dass Deutschland innerhalb Europas zu den Ländern mit der schlechtesten Pflege-Patienten-Relation zählt. So versorgen in Deutschland im Schnitt 12,3 Pflegekräfte (Pflegefachpersonen und Hilfskräfte) 100 Krankenhauspatienten. In Polen sind dies 15,2, in Spanien 18,2, in England 22,5 und in Norwegen 42,9 Pflegekräfte, um nur ein paar Beispiele zu nennen (SIMON 2015). Erforderliche Pflegeleistungen müssen hierzulande oft rationiert werden, am ehesten vernachlässigt werden Tätigkeiten im Zusammenhang mit psychosozialer Versorgung und Zuwendung (ZANDER et al. 2014). Auch in der Psychiatrie ist von einer deutlichen Unterbesetzung der Pflege auszugehen (LÖHR et al. 2014).

Zur beruflichen Handlungsautonomie gehört auch die berufliche Selbstregulierung. Seit über 20 Jahren kämpfen Pflegeorganisationen in Deutschland für die hierfür erforderliche Verkammerung. Ende 2016 haben erst 3 von 16 Bundesländern entsprechende Gesetze auf den Weg gebracht, in etlichen Bundesländern wird die Verkammerung der Pflege weiter strikt abgelehnt (siehe www.pflegekammer-jetzt.de). Die Pflege in Deutschland ist politisch ohnmächtig (HOFMANN 2012).

Voraussetzungen in Organisationen

Im Hilfesgeschehen haben die Akteure der multiprofessionellen Teams vor Ort ihre Aufgaben abzustimmen. Da sich viele Inhalte der verschiedenen Berufsgruppen überschneiden, sind Diskussionen unvermeidlich. Im klinischen Bereich wird die Diskussion aufgrund der geplanten Neudefinition der Personalmindestbesetzung aktuell viel breiter und schärfer geführt. Bislang orientiert sich die Personalbemessung im stationären Bereich an Regelaufgaben, die für jede Berufsgruppe beschrieben sind (KUNZE et al. 2010). Zur Zeit hat jede Berufsgruppe also hohes Interesse ihren eigenen Verantwortungsbereich möglichst breit (und den der anderen Berufsgruppen entsprechend schmaler) zu definieren und die Wirksamkeit ihres Handelns mit Evidenz zu belegen (vgl. z. B. LÖHR et al. 2016).

Im Geltungsbereich des SGB V stehen pflegerische Handlungen unter ärztlicher Gesamtverantwortung, das heißt, dass sie »vom Arzt angeordnet und überwacht werden« (IGL 1998, zit. in TEWES 2002, S. 48). Die Folge sind Abgrenzungsprobleme pflegerischer Verantwortung und Frustrationen bei Pflegefachpersonen, die andere Vorstellungen ihrer Verantwortlichkeiten haben als Ärzte.

Organisationen klären im Rahmen der Vorgaben die Spielregeln der Zusammenarbeit und legen Abläufe fest. Die Pflege organisiert sich mittlerweile in vielen Kliniken über Bezugspflege- oder Primary-Nursing-Modelle. Grundgedanke dieser Pflegeorganisationsmodelle ist die feste Zuschreibung der Verantwortung für den Pflegeprozess an *eine* Pflegefachkraft, auch über die Schichtdienstzeiten hinaus. Damit wird im »Primary Nursing« (im Folgenden PN) Verantwortung klar zugesprochen, wie die Begründerin Maria MANTHEY (2011) betont. Renate TEWES (2002) umfängliche Forschungsarbeit zur Pflegeverantwortung bestätigt diese Einschätzung. Insgesamt scheint unstrittig, dass PN oder ähnliche Pflegesysteme nicht nur die Verantwortungsübernahme sehr erleichtern, sondern auch vielfältige weitere positive Effekte für Patienten und Pflegefachkräfte haben (z. B. NEEDHAM 2011).

Die Praxis der Pflegeverantwortung stationär – ein Forschungsprojekt

In einem studentischen Forschungsprojekt fragten RIXE und SAUTER (2016) nach der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme stationär psychiatrisch Pflegenden, der Fokus lag auf Einflussfaktoren und Voraussetzungen.

Dazu wurden Gruppengespräche von Pflegefachpersonen aufgezeichnet und qualitativ anhand der dokumentarischen Methode (PRZYBORSKI und WOHLRAB-SAHR 2014) analysiert. So konnten kollektiven Orientierungen und unbewusste konjunktive Erfahrungsräume rekonstruiert werden (ebd.). Das Projekt lieferte Ergebnisse, die mangels Datensättigung jedoch nicht generalisiert werden konnten. Daher werden aktuell weitere Daten erhoben und analysiert, dies soll im Sommer 2017 abgeschlossen sein.

Die vorläufigen und (noch) nicht generalisierbaren Ergebnisse liefern Hinweise, die eine nähere Betrachtung verdienen. Die Diskutanten brachten in den Gruppengesprächen zum Ausdruck, dass sie sich mit ihrem Beruf identifizieren und Verantwortung gerne übernehmen und hierfür förderliche Aspekte im Alltag teilweise realisiert sind. Doch die Verantwortungsübernahme erfährt eine starke Begrenzung; zum einen durch das Primat der Sicherheit, zum anderen durch die hohe Arbeitsbelastung. Pflegeentscheidungen sind dann teilweise im Widerspruch zum Patientenbedürfnis und zum beruflichen Anspruch der Pflegeperson. Die Personalsituation spielt hier eine zentrale Rolle, nach Einschätzung der Diskutanten kann diese der ausschlaggebende Faktor für eine freiheitsentziehende Maßnahme oder andere Handlungen gegen das Patientenwohl sein. Pflegende erleben es als emotional belastend, wenn sie sich gezwungen sehen, Verantwortung abzuweisen oder gegen die Patientenbedürfnisse zu handeln.

Die vorliegenden Hinweise deuten auf erhebliche Einschränkungen der Verantwortungsübernahme und auf fehlende Voraussetzungen hin. Es scheint sehr wichtig, diese Ergebnisse genauer zu untersuchen, damit die richtigen Handlungsschritte geplant werden und die Patienten vor Schaden bewahrt werden können.

Die Praxis der Pflegeverantwortung ambulant – einige Feststellungen

Im ambulanten Setting leisten die Pflegefachpersonen in der Regel die direkte Betreuungsarbeit alleine, mögliche Teamkollegen sind nicht ohne weiteres verfügbar. Dadurch erweitern sich Aufgabenspektrum und Verantwortungsbereiche beträchtlich. So sind ambulant tätige Pflegefachpersonen beispielsweise gezwungen, die akute Suizidalität eines Patienten einzuschätzen – was den Pflegefachpersonen im stationären Alltag vielerorts in Abrede gestellt wird (LÖHR 2013).

Die breiten Aufgaben (s. o.) der ambulanten psychiatrischen Pflege können bedarfsorientiert in hochfrequenten Behandlungskontakten (bis zu 14

in einer Woche) erbracht werden. Damit stellt APP in Krisensituationen oft das am meisten stabilisierende Angebot dar.

Viele Regelungen zur APP sind unbefriedigend. Im SGB V wird im § 37 APP beschrieben als »Grund- und Behandlungspflege und häuslicher Versorgung«. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist die Differenzierung »Grund- und Behandlungspflege« falsch (KLIE 1998). Die Verordnung ist zeitlich und auf definierte Diagnosegruppen beschränkt – obschon psychiatrische Pflegebedarfe oft ohne Zeitlimits und nur bedingt abhängig von der ICD-Diagnose bestehen. Die Tatsache, dass Ambulante Psychiatrische Pflege in Deutschland weit entfernt von einer flächendeckenden Umsetzung ist, vermittelt den Eindruck eines »nice-to-have«-Angebots. Auf Bundesebene fehlen verbindliche Regelungen zur Personalstärke, Qualifikation und Vergütung der APP.

Forderungen und Fazit

Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen während akuter Krisen und bei chronischen Verläufen ein sehr breites Spektrum an Pflegeerfordernissen bzw. Pflegebedarfen auf. Die Pflegepraxis verfügt auch in Deutschland grundsätzlich über ein breites Repertoire an Konzepten und Hilfeangeboten. Doch ob, in welchem Umfang und in welcher Qualität pflegerische Hilfen angeboten werden, ist sehr unterschiedlich. Dies fängt an beim möglichen Vorhandensein/Nichtvorhandensein von APP in einer Region und geht über das Anordnungsverhalten der Ärzte weiter bis zu den sehr unterschiedlichen »Kulturen und Standards« der Pflege in verschiedenen Einrichtungen. Der Praxis fehlen wissenschaftliche Fundierung (SCHULZ und SAUTER 2015) und verbindliche Leitlinien oder Standards (AHRENS und SAUTER 2013), an denen sie gemessen werden kann. Bildung und Qualifikation müssen sich dringend internationalen Standards annähern, genauso wie die Stellenbemessung und Kompetenzzuweisung. Es existieren keinerlei bundeseinheitliche Vorgaben für die berufliche Fortbildung in der Pflege, noch gibt es irgendwelche Regelungen zum Skill- und Grademix in der Pflege (siehe z. B. GAIDYS 2011). Der größte Akteur im Gesundheitswesen darf weitgehend beliebig arbeiten.

Mit einer beruflichen Selbstverwaltung könnte ein Teil dieser Themen angegangen werden. Darüber hinaus muss Pflege eine aktive Rolle in der Versorgungsplanung haben. Die Pflege selbst muss sich konzeptuell mehr in die aufsuchende und niedrigschwellige Arbeit sowie in die Prävention einbringen und entsprechende multiprofessionelle Angebote mitgestalten.

Eine stärkere Rolle der Pflege, verbunden mit besseren Qualifikationen und Personalbesetzung, würde sicher helfen den Fokus der Hilfen von »Symptomminderung« auf die »Lebensziele und Lebensqualität des Klienten« zu verschieben und den Alltags- und Lebensweltbezug der Hilfen zu verbessern.

Ein Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule wollte klären in welche Richtung die Pflege sich weiterentwickeln soll. Dafür wurde unter Einbezug von Patienten, Angehörigen und Pflegefachpersonen versucht zu definieren, was »Gute Psychiatrische Pflege« ist (RICHTER et al. 2014). Die Ergebnisse unterstreichen die Aussage einer irischen Studie (LAKEMAN 2012):

»Psychiatrische Pflege ist eine professionelle, klientenzentrierte und zielorientierte Aktivität. Sie basiert auf guter Evidenz und ist auf Wachstum, Entwicklung und Recovery von Menschen mit komplexen psychiatrischen Bedürfnissen ausgerichtet. Sie nutzt sorgende (caring), empathische, einsichtsvolle und respektvolle zwischenmenschliche Fertigkeiten, um auf den personalen Ressourcen aufzubauen und diese weiterzuentwickeln in einer partnerschaftlichen Beziehung mit dem Individuum und in Kooperation mit Freunden, der Familie sowie mit dem Gesundheitssystem«.

Menschen mit entsprechenden Hilfebedarfen sollten keine Abstriche von diesem Angebot machen müssen.

Literaturverzeichnis

- ABDERHALDEN, C. (2011): Pflegetheorie. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Pflege), S. 57–81.
- ABDERHALDEN, C./NEEDHAM, I./WOLFF, S./SAUTER, D. (2011): Auffassung von Pflege. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Pflege), S. 43–56.
- AHRENS, R./SAUTER, D. (2013): Das aktuell bestmögliche Pflegeangebot gewährleisten. In: Psych Pflege 19 (03), S. 145–148. DOI: 10.1055/s-0033-1345700.
- ALFARO-LEFEVRE, R./MÜLLER STAUB, M. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Huber (Pflegeprozess).
- ARNDT, M. (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Georg Thieme.
- BARKER, P./BUCHANAN-BARKER, P. (2013): Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, Psychiatrische Pflege. 1. Auflage. Herausgegeben von Gianfranco ZUABONI, Christian BURR und Michael SCHULZ. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege).

- BEHRENS, J. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft« ; qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 1. Auflage, Bern: Huber (Pflegeforschung).
- BENNER, P. (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- BENNER, P./TANNER, C. A./CHESLA, C. A./DREYFUS, H. L. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern [u. a.]: Huber (Programmbereich Pflege).
- BULECHEK, G. M./BUTCHER, H. K./DOCHTERMAN, J. M./WAGNER, C. M./WIDMER, R./GEORG, J. (Hg.) (2016): Pflegeinterventionsklassifikation (NIC). Unter Mitarbeit von Michael Hermann. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.
- FRAUENFELDER, F./MULLER-STAU, M./NEEDHAM, I./VAN ACHTERBERG, T. (2013): Nursing interventions in inpatient psychiatry. In: Journal of psychiatric and mental health nursing 20 (10), S. 921–931. DOI: 10.1111/jpm.12040.
- FRAUENFELDER, F./VAN ACHTERBERG, T./NEEDHAM, I./MULLER STAU, M. (2016): Nursing Diagnoses in Inpatient Psychiatry. In: International journal of nursing knowledge 27 (1), S. 24–34. DOI: 10.1111/2047-3095.12068.
- FRY, S. T. (1995): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zur ethischen Entscheidungsfindung. Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).
- GAIDYS, U. (2011): Qualität braucht Kompetenz und Verantwortung – Herausforderungen und Perspektiven einer Advanced Nursing Practice für die Gesundheitsversorgung aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Pflege 24 (1), S. 15–20. DOI: 10.1024/1012-5302/a000087.
- HERDMAN, T. H./KAMITSURU, S. (2016): NANDA international, inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015–2017. Herausgegeben von T. HEATHER HERDMAN, PhD, RN, FNI und Shigemi KAMITSURU, PhD, RN, FNI. 1. Auflage. Kassel: RECOM.
- HOFMANN, I. (2012): Die Rolle der Pflege im Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und heutige Konfliktkonstellationen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (9), S. 1161–1167. DOI: 10.1007/s00103-012-1540-1.
- KLIE, T. (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege & Krankenhausrecht 1 (1998), S. 13–17.
- KONRAD, M. (1986): Vom Wärter zum Co-Therapeuten –. Der komplizierte »Aufstieg« des Pflegers in der Psychiatrie. In: Die Schwester, Der Pfleger 25 (12), S. 992–997.
- KUNZE, H./KALTENBACH, L./KUPFER, K. (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage s.l.: Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170265516.
- LAKEMAN, R. (2012): What is good mental health nursing? A survey of Irish Nurses. In: Archives of Psychiatric Nursing 26 (3), S. 225–231. DOI: 10.1016/j.apnu.2011.10.005.

- LAY, R. (2012): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2., aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft (Pflege).
- LÖHR, M. (2013): Suizidale Patienten in der Akutpsychiatrie. Das Leben pflegen. In: Psych Pflege 19 (03), S. 155–158. DOI: 10.1055/s-0033-1345703.
- LÖHR, M./LIEKENBROCK, A./VILSMEIER, F./HEMKENDREIS, B./NIENABER, A./KLESSMANN, R. et al. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. In: Z Psychosom Med Psychother 62 62, S. 150–166.
- LÖHR, M./SCHULZ, M./KUNZE, H. (2014): Wegfall der Psych-PV – was dann? In: Psych Pflege 20 (03), S. 140–155. DOI: 10.1055/s-0034-1376276.
- MANTHEY, M. (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Herausgegeben von Maria MISCHO-KELLING. Bern: Verlag Hans Huber (Pflegemanagement).
- MEYER, G./BALZER, K./KOPKE, S. (2013): Evidenzbasierte Pflegepraxis – Diskussionsbeitrag zum Status quo. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/j.zefq.2012.12.001.
- MOORHEAD, S./JOHNSON, M./MAAS, M./SWANSON, E./AQUILINO, M./HERRMANN, M. (Hg.) (2013): Pflegeergebnisklassifikation (NOC). 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Pflegeklassifikationen).
- MÜLLER-STAU, M./ABT, J./BRENNER, A./HOFER, B. (2015): Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP. Bern. Online verfügbar unter http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/31758_1_dl_expertenbericht%20deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 12.11.2016.
- NEEDHAM, I. (2011): Pflegesysteme und Bezugspflege. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Pflege), S. 228–238.
- PEPLAU, H. E. (2009): Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke. 2. Auflage. Bern: Huber (Programmbereich Pflege Psychiatrische Pflege).
- PILLEN, A. (2006): Gegen ihren Willen? Über Willenfreiheit als Handlungsorientierung in der Gerontopsychiatrie. In: Soziale Psychiatrie 30 (4), S. 4–9.
- PRZYBORSKI, A./WOHLRAB-SAHR, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- REUSCHENBACH, B. (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege. Berlin: Logos-Verlag.
- RICHTER, D./HAHN, S. (2009): Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. In: Pflege 22, S. 129–142. DOI: 10.1024/1012.
- RICHTER, D./SCHWARZE, T./HAHN, S. (2014): Was ist gute Psychiatrische Pflege? In: Psych Pflege 20 (03), S. 125–131. DOI: 10.1055/s-0034-1376273.

- RIXE, J./SAUTER, D. (2016): Was beeinflusst die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegenden – eine qualitative Studie. In: SCHULZ, M. et al. (Hg.): »Fremdsein überwinden« – Kompetenzen der psychiatrischen Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Vorträge, Workshops und Posterpräsentationen. 13. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie in Bielefeld. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, S. 366–368. Online verfügbar unter http://pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/kongressband/Kongressband_2016.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2016.
- Robert Bosch Stiftung (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis: Denkschrift. Gerlingen: Bleicher (Materialien und Berichte/Robert Bosch Stiftung GmbH, 46: Förderungsgebiet Gesundheitspflege).
- SAUTER, D. (2011): Autonomie. In: Dorothea SAUTER, Christoph ABDERHALDEN, Ian NEEDHAM und Stephan WOLFF (Hg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Pflege), S. 652–668.
- SAUTER, D./ABDERHALDEN, C./NEEDHAM, I./WOLFF, S. (Hg.) (2011): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Verlag Hans Huber : Programmbereich Pflege).
- SAUTER, D./RIXE, J. (2016): Verantwortung in der Psychiatrischen Pflege. In: Psychiatrische Pflege 1 (1), S. 37–40. DOI: 10.1024/2297-6965/a000010.
- SCHÄDLE-DEININGER, H. (2010): Fachpflege Psychiatrie. Reprint der Ausgabe von 2006. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- SCHOPPMANN, S./LÜTHI, R. (2009): Insights from inside: the duties and activities of nurses at the psychiatric clinic Munsterlingen (CH). A qualitative study. In: Journal of psychiatric and mental health nursing 16 (7), S. 606–620. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01420.x.
- SCHULZ, M./SAUTER, D. (2015): Ein langer Weg. Zur wissenschaftlichen Fundierung der psychiatrischen Pflege. In: Dr. med. Mabuse (216), S. 34–35.
- SIMON, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Herausgegeben von der Hochschule Hannover. Online verfügbar unter http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2._Auflage_.pdf, zuletzt geprüft am 14.12.2016.
- SPICHIGER, E./KESSELING, A./SPIRIG, R./DE GEEST, S. (2006): Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: Pflege 19 (1), S. 45–51. DOI: 10.1024/1012-5302.19.1.45.
- STAUDACHER, D./KOZEL, B. (2011): Wohin? Und warum? Eine kritische Reflexion zur fehlenden Identität der psychiatrischen Pflege. In: Psychiatrische Pflege 17 (01), S. 18–22. DOI: 10.1055/s-0030-1270694.
- TAYLOR, S. G./RENPENNING, K. M./BEKEL, G./VILLWOCK, U. (Hg.) (2013): Selbstpflege. Wissenschaft, Pflegeetheorie und evidenzbasierte Praxis. 1. Auflage. Bern: Huber (Pflegeetheorie).

- TEWES, R. (2002): *Pflegerische Verantwortung. Eine empirische Studie über pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge zur Pflegekultur und zum beruflichen Selbstkonzept*. 1. Auflage. Bern, Göttingen [u. a.]: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Verbändedialog Psychiatrische Pflege (2016): Gütersloher Erklärung zum geplanten Pflegeberufegesetz. Unter Mitarbeit von BFLK e. V., BAPP e. V., DFPP e. V. et al. Online verfügbar unter http://www.verbaendedialog.de/archiv/Guetersloher-Erklaerung_VbD2016.pdf, zuletzt geprüft am 14.12.2016.
- WARD, M. (2011): Deklaration von Turku. Der Beitrag der Psychiatrischen Pflege zur Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Unter Mitarbeit von Roland van de Sande, Denis Ryan, Hieki Ellila, Michael Schulz, Kevin Gafa, Richard Brodd et al. Herausgegeben von HORATIO – European Psychiatric Nurses. Online verfügbar unter http://www.horatio-web.eu/downloads/The_Turku_Declaration_-_German.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2016.
- WEIDNER, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 22).
- WEISSFLOG, S./SCHOPPMANN, S./RICHTER, D. (2016): Aufgaben und Tätigkeiten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in der Schweiz und in Deutschland: Ergebnisse eines länderübergreifenden Forschungsprojektes. In: *Pflegezeitschrift* 18 (3/4), S. 180–191. DOI: 10.3936/1338.
- ZANDER, B./DOBLER, L./BAUMLER, M./BUSSE, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])* 76 (11), S. 727–734. DOI: 10.1055/s-0033-1364016.

Verantwortung, Qualität und Qualifikation der Psychiatrischen Pflege

Hilde Schädle-Deininger

Qualität und Qualifikation hängen eng mit beruflicher Bildung und Verantwortung zusammen. Die pflegerischen Verbände in Deutschland tun sich schwer, sich auf ein adäquates, den Anforderungen an die Profession Pflege und den Bedarfen und den Bedürfnissen von Betroffenen, Angehörigen und sozialem Umfeld festzulegen, diese einzufordern und die pflegerische Bildung in den tertiären Bereich zu verlagern. Dies ist umso bedeutsamer, wenn man die Bologna-Charta von 1999 und deren Beschlüsse zugrunde legt, wo es u. a. um eine Kompetenz-Outcome-Orientierung geht und deutlich eine Bildungsdurchlässigkeit im Sinne von lebenslangem Lernen gefordert wird. Die konstruktiven Diskussionen und Auseinandersetzungen darüber sind längst überfällig.

Einleitung

Professionelle Pflege braucht, um differenzierte, spezifische Aufgaben zu bewältigen und einen Beitrag im Gesundheitswesen zu leisten sowie professionelle Verantwortung zu übernehmen, einen entsprechenden Bildungsrahmen und Handlungsspielraum für die Durchführung qualifizierter Pflege und zudem eine wissenschaftliche Grundlage.

Auffallend ist, dass z. B. in Diskussionen und öffentlichen Erörterungen immer weniger differenziert wird zwischen »professioneller Pflege« und »pflegen« als unterstützende Tätigkeit eher im »alltäglichen« oder »mitmenschlichen« Sinn oder auch als allgemeine Hilfestellung.

Dass Pflege ganz gemeinhin komplex ist, ist allen die im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten nur allzu gut bekannt. Psychiatrische Pflege hat in ihrer Ausübung besondere Schwerpunkte. Im Unterschied zu anderen Fachgebieten ist ein Schwerpunkt im psychosozialen Feld, dass neben theoretischen Ansätzen, dem entsprechenden Wissen und Handlungsmöglichkeiten, im Wesentlichen die eigene Person und das eigene Verhalten entscheidend in die Beziehungsgestaltung eingeht und dass Psychiatrische Pflege am Alltag und an den Ressourcen bzw. Kompetenzen des psychisch erkrankten Menschen und seines Umfeldes ansetzt.

Ein kurzer Blick zurück

Bereits 2004 stellte Gertrud Stöcker, Vorsitzende des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe fest:

- Alle Länder, mit Ausnahme von Deutschland, Luxemburg und Österreich fordern den Sekundarstufe II-Abschluss als Zugangsvoraussetzung für die Pflegeausbildung.
- Mit Ausnahme von Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Österreich sind die Pflegeausbildungen auf der tertiären Bildungsstufe angesiedelt.
- In Belgien, Deutschland und den Niederlanden ist der Status der Lernenden »Schüler« und »Angestellte«, in allen anderen Ländern sind die Lernenden »Studenten«.
- Die grundständige Ausbildung in der Altenpflege existiert nur in Deutschland (Anerkennung erst in den 1960er Jahren).
- Die Mehrheit der Qualifikationsabschlüsse in den EU-Ländern führen zum Bachelor of Nursing.

Betrachtung der Begriffe

Wenn wir Qualifikation als überprüfbare berufs- und fachübergreifende Kenntnisse (Wissen), Fähigkeiten und Fertigkeiten betrachten, die in einem bestimmten Beruf notwendig sind, wird deutlich, dass an die professionelle Pflege sachkundige, fachliche Tätigkeitsanforderungen gestellt werden müssen.

Wenn wir grobe und nur wenige Qualitätsmerkmale der professionellen Pflege zuordnen, dann wäre das möglicherweise erst einmal Zuverlässigkeit, einen guten Zugang und Verfügbarkeit von professioneller Pflege in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung, dialogische Zusammenarbeit, Orientierung an salutogenetischen Konzepten, soziale Vernetzung und Überprüfbarkeit der Wirksamkeit von Pflege.

Wenn Verantwortung die Pflicht bedeutet dafür zu sorgen, dass kein Schaden entsteht, sondern in bestimmten Situationen das Richtige und Notwendige zu tun, dann heißt das gleichermaßen Verantwortungsgefühl und Verantwortungsbewusstsein zu haben sowie für etwas Geschehenes einzustehen.

Unter Profession versteht man im Allgemeinen einen Beruf (Berufung Handwerk, Gewerbe, Leidenschaft usw., in dem man sich »professionell« verhält nach den jeweiligen Handlungssystemen und Merkmalen wie bei-

spielsweise Wissenssystematik, Sozialorientierung, Handlungsorientierung. Die drei primären klassischen Professionen sind bei uns Jura, Medizin und Theologie und in eigenständigen Kammern organisiert. Die Pflege ist bisher wie beispielsweise die Sozialarbeit und das Lehramt den sekundären Professionen zugeordnet. Wie sich das durch die Entstehung von Pflegekammern weiter entwickelt, bleibt gespannt abzuwarten.

Weitere Begriffe, der in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, sind Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen. Diese bilden die Grundlage, um beispielsweise im Kontext problem- und handlungsorientiert vorzugehen. Dabei wird Erfahrung, Flexibilität und kontinuierliche Reflexion benötigt.

Psychiatrisch-pflegerische Qualifikation

Der Zusammenhang von allgemeiner Arbeitshaltung, theoretisch-fachlichem Wissen, der konsequenten Anwendung der Kenntnisse in der Praxis und die Fähigkeit berufs- und institutionsübergreifend sowie trialogisch zusammenzuarbeiten zeigt die Eignung und Fähigkeit für professionelle Psychiatrische Pflege auf. Wenn Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige beschreiben, dass sie sich von einzelnen psychiatrisch Pflegenden angenommen fühlen, dann spielen auch nichtmessbare Aspekte eine Rolle, wie z. B. ob der Kontakt von Empathie geprägt ist oder ob die Begegnung soweit irgend möglich vorurteilsfrei gestaltet wird.

Grundhaltungen sind ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Psychiatrischen Pflege und prägen die professionelle Arbeit, beispielsweise:

- Professionell Pflegende brauchen die Bereitschaft, den Anderen zu achten und wertzuschätzen und ihn in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen. Dies bildet die Basis jeder Begegnung und erfordert die Wahrung der allgemein gültigen Werte und Normen, der Grundrechte, die Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen sowie die allgemeinen Menschenrechte und die UN-Behinderten-Rechts-Konvention (UN-BRK).
- Professionelle Pflegende benötigen Reflexion und Selbstwahrnehmung als berufliches Handwerkszeug. Ihnen ist bewusst, dass ethische, moralische und an bestimmte Normen gebundene Haltungen und Vorstellungen das eigene Verhalten und die Wahrnehmungen beeinflussen.
- Professionell Pflegende wissen um die Geschichte ihres Berufes und beziehen dies in ihre Reflexion mit ein.
- Professionell Pflegenden ist bewusst, dass ihre eigene Biografie Einfluss auf ihr bewerten und handeln hat.

- Professionell Pflegende gehen mit der ihnen anvertrauten Macht und dem möglichen Missbrauch gewissenhaft um.
- Professionell Pflegende gehen bewusst Beziehungen ein und gestalten sie professionell zum Nutzen von psychisch erkrankten Menschen. Sie nehmen ihre eigenen Gefühle und die der anderen ernst und verhalten sich gezielt, kritisch und reflektierend.
- Professionell Pflegende erkennen die Möglichkeiten und Grenzen ihres Handelns und sehen Chancen in der Zusammenarbeit mit anderen.
- Professionell Pflegende übernehmen Verantwortung für ihr berufliches Handeln und den aktuellen Stand ihrer Kenntnisse.
- Professionell Pflegende setzen sich kritisch mit gesellschafts- und sozialpolitischen Gegebenheiten auseinander und ziehen im Sinne der betroffenen psychisch erkrankten Menschen und ihres sozialen Umfeldes die notwendigen Schlüsse und handeln entsprechend.

Psychiatrische PflegeexperteInnen oder erfahrene PraktikerInnen werden nicht nur in der Quantität mit zunehmender Berufspraxis besser und routinierter, sondern nehmen auch qualitativ Situationen anders wahr. Sie können flexibler reagieren und haben einen weniger starren Umgang mit der Theorie, sie entwickeln ihre jeweils eigenen Strategien und setzen ihr Handwerkszeug individuell und geschickt ein. Bei gewandten ExpertInnen mit viel Erfahrung tritt das Bewusstsein ihres Könnens und Wissens in den Hintergrund, sie wenden sich eher den Prozessen, Lösungen, Hilfsmitteln und Organisationsformen zu.

Festzuhalten ist jedoch auch, dass qualitativ-pflegerisches Handeln immer auch auf Wert- und Normvorstellungen beruht, die jedoch im Alltag nicht immer genügend und kontinuierlich reflektiert werden. Von daher gehören zu einer professionellen pflegerischen Qualifikation unterschiedliche Dimensionen des Handelns. Beispielsweise aktiv-ethisches Handeln ist bewusstes, reflektiertes und aktives Umgehen mit ethischen Werten, die bedeutsam sind. Oder reflektierendes Handeln betrifft nicht nur den Patienten, die KollegInnen oder das Umfeld sondern gleichermaßen die eigene Person, die individuelle Identität, den beruflichen Hintergrund sowie das eigene Menschenbild usw. Im situativ-beurteilenden Handeln richtet sich die Wahrnehmung und Sensibilität auf den Kontext des Geschehens bzw. der Situation, das Handeln erfolgt aufgrund individueller Einschätzung. Das regelgeleitete Handeln beruht auf Fachwissen, Können und einer sachgerechten Anwendung des Wissens.

Nur so kann qualitativ gute Psychiatrische Pflege theoriegeleitet, fundiert und systematisch ausgeführt werden mit entsprechender Handlungskompetenz in einem bestimmten Arbeitsbereich, beruhend auf der notwendigen Sozialen-, Methoden- und Fachkompetenz. Wissen und qualitativ gute Arbeit bzw. professionelles Handeln bedingen sich gegenseitig. Deshalb ist eine Theorie-Praxis-Verknüpfung in der Psychiatrischen Pflege unabdingbar. Professionalität in der Psychiatrischen Pflege basiert auf dem sicheren, fachlichen und korrekten Ausüben der pflegerischen Tätigkeiten im alltäglichen Zusammenhang. Dabei geht es auch darum, sich der bildungspolitischen Dimensionen bewusst zu sein, sich entsprechend für den Beruf einzusetzen und die professionelle Arbeit aktiv zu gestalten und sich berufs-/psychiatriepolitisch zu engagieren.

Qualifikationsniveaus

Wenn es um die Tätigkeit »Pflege« geht, gilt es darüber nachzudenken, wie künftig Anforderungsniveaus hinsichtlich des Berufs der Pflege gestaltet werden. In diesem Zusammenhang ergeben sich Fragen wie: Was sind in diesem Kontext hoch komplexe Tätigkeiten, was komplexe Spezialisten-Tätigkeiten? Welche fachlich ausgerichteten Tätigkeiten werden mit welchem Wissen noch benötigt? In Bezug auf die psychosoziale Versorgung ist auch zudem zu bedenken, in welchen Aufgaben- oder Tätigkeitsbereichen werden künftig vermehrt Genesungsbegleiter benötigt und ganz selbstverständlich integriert? Der punktuelle Problemaufriss macht deutlich, dass es ein unterschiedliches Qualifikationsniveau geben muss. Peers, Angehörige, Ehrenamt, Bürgerhelfer müssen immer mitgedacht werden, da sie in jedem Qualifikationsgrad als Wahrnehmungs- und Blickwinkel-Korrektiv dienen. Deshalb erscheint es dringend erforderlich zu untersuchen und festzuhalten, welche Arbeiten mit welcher Qualifikation und welchen Kenntnissen im psychosozialen Alltag von Professionellen in der Pflege verrichtet werden müssen. Dafür muss z. B. ein Bewusstsein in der Psychiatrischen Pflege geschaffen werden. Das Ganze muss auf einer umfassenden Wahrnehmung und aus unterschiedlichen Perspektiven geschehen und nicht als Konkurrenz!

Beispiel: Mahlzeiten im psychosozialen Bereich in unterschiedlichen Situationen gestalten.

1. Mahlzeiten begleiten und gestalten ist im Alltag durchaus von fast allen Personen, die anderen Menschen zugewandt sind, unter dem Gesichtspunkt von Gemeinsamkeit, Bedürfnisbefriedigung und festen Zeiten zu bewerkstelligen und durchzuführen.

2. Wenn jedoch die Mahlzeit beispielsweise unter gesundheitsfördernden oder milieugestalterischen Aspekten und zur Unterstützung der Autonomie bzw. zum Ausbau von sozialen Kompetenzen gestaltet wird, benötigt die durchführende Person die entsprechenden theoretischen Grundlagen.
3. Noch mehr fachlich-pflegerische Kompetenzen, Wissen und differenzierte individuelle Handlungsmöglichkeiten werden bei der Gestaltung des Essens (Mahlzeiten) benötigt, wenn eine Person unter Vergiftungs-Ideen leidet, es bedarf vielfältiger Abwägungen und Einschätzungen, was vor dem aktuellen und biographischen Hintergrund zu tun ist.

Benötigt werden im Alltag und zur Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen alle drei Formen!

Ermutigend ist, dass trotz der vielen Widerstände die Akademisierung des Pflegeberufes nicht mehr aufhaltbar ist. In den Jahren 2014/2015 gab es ca. 160 unterschiedliche Pflege-Studiengänge in Deutschland, die Tendenz ist steigend. Die Verteilung ist ca. 74 % an (Fach-)Hochschulen; ca. 18 % an Universitäten und ca. 8 % an (Berufs-)Akademien. Ausbildungsstudiengänge (auch duale) werden an den (Fach-)Hochschulen immer mehr angeboten (diese sind sicher nicht alle erfasst).

Qualität von Hilfen und der Psychiatrischen Pflege

Bereits 1996 hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Qualitätsanforderungen veröffentlicht und für die psychiatrische Behandlung einen qualifizierten sowie geplanten Prozess gefordert. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass dies eine kontinuierliche Reflexion auf verschiedenen Ebenen erfordert, sowohl hinsichtlich der theoretischen Grundlagen als auch des fachlichen Handelns, der Reflexion von besonderen Ereignissen, der eigenen Person und der Interaktion mit anderen Berufsgruppen sowie Institutionen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat in den 1970er und 1980er Jahren die Qualität in der Psychiatrischen Pflege unterstützt, in dem Fortbildungstagungen angeboten wurden. Themen vor mehr als 35 Jahren waren beispielsweise: »Zwischen Illusion und Resignation – Überlegungen zum Berufsbild der Psychiatrischen Pflege« oder »Die Welt der Patienten ist draußen – pflegerisches Handeln und institutioneller Rahmen« oder »Der Beitrag der Pflege innerhalb der psychiatrischen Behandlung«.

Die Qualität Psychiatrischer Pflege zeigt sich darin, dass Psychiatrische PflegeexpertInnen in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung ganz

selbstverständlich mitarbeiten und ihr Wissen anwenden, Projekte mitentwickeln, umsetzen und ihr spezifisches Wissen einbringen, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige in alltagspraktischen Dingen anleiten und beraten, die Zusammenarbeit fördern, kooperieren und koordinieren. Gleichmaßen gehören Gremienarbeit, spezifisch pflegerische und übergreifende Forschungsfragen zu stellen, in denen die spezifische Fachkompetenz zur Verfügung gestellt wird, zum qualitativen Anspruch.

Ausblick

Durch den seit drei Jahren bestehenden Zusammenschluss von sieben psychiatrischen Pflegeverbänden und Gremien unter dem Dach »Verbände-Dialog Psychiatrische Pflege« wird sich in Zukunft zu einzelnen Themen eine Zusammenarbeit entwickeln, um immer, wenn notwendig und sinnvoll, gebündelt Stellungnahmen zu verfassen. Es wird jedoch auch weiterhin – je nach Thematik bzw. Inhalten – von den Verbänden getrennt Stellung bezogen.

Bisher sind folgende Stellungnahmen erfolgt:

Weinsberger Erklärung zur Aufhebung der Psychiatrie-Personal-Verordnung (PsychPV) im März 2015, Gütersloher Erklärung zum geplanten Pflegeberufegesetz im März 2016 und Stellungnahme zum Bundesteilhabegesetz im Oktober 2016.

In diesem Gremium ist Qualität und Qualifikation, auch im Zusammenhang mit beruflicher Bildung ein wichtiges Thema und wird von den unterschiedlichen pflegerischen Ebenen her beleuchtet.

Literatur:

- AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. (1996): Tagungsmaterialien der Tagung vom 08. bis 10. Mai 1996 in Bonn: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Projekt 1994–1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.) (2006): Pflegebildung offensiv. München, Elsevier Urban & Fischer
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (1986): Broschüre des Arbeitskreises Pflege: »Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege«
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (1994): Broschüre des Arbeitskreises Pflege: »Pflegeprofil – Grundriss psychiatrischer Pflege«
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (1996): Broschüre des Arbeitskreises Pflege: »Pflegequalität in der psychiatrischen Versorgung – soweit sie sich messen lässt«

- SCHÄDLE-DEININGER, H./VILLINGER, U. (1996): Praktische Psychiatrische Pflege, Bonn, Psychiatrie Verlag
- SCHÄDLE-DEININGER, H./WOLFF, S./WALTER, G. (Hrsg.) (2000): Wegbeschreibungen – DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches HANDELN, Frankfurt am Main, Mabuse Verlag
- SCHÄDLE-DEININGER, H. (2006): Fachpflege Psychiatrie. München, Elsevier Urban & Fischer
- SCHÄDLE-DEININGER, H. (2015): Entwicklungen in der Pflegebildung – Einige unfrierte Gedanken zur Pflegebildung in Deutschland. PADUA 10 (3), S. 192–196
- SCHÄDLE-DEININGER, H./ LUFT, L./KOHLESCH, A. (2016): Auf dem Weg zur Akademisierung in der Pflege – Verknüpfung pflegerischer Weiterbildung mit dem Studium. Soziale Psychiatrie, Heft 1 (erweiterte Ausführungen auf der Homepage der DGSP: www.dgsp-ev.de)



Mitglied im
Verbände-Dialog Psychiatrische Pflege

**Thesen für den APK-Workshop
08.11.2016 von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr**

Grundsätzliches

Pflege, auch Psychiatrische Pflege ist eine Dienstleistung für die Gesellschaft, d. h. für alle Menschen, ob krank oder gesund, für alle Alters- und gesellschaftliche Gruppen, Pflege leistet Hilfe zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung sowohl in psychischer, physischer als auch sozialer Hinsicht beim einzelnen Menschen, im Hinblick auf Gruppen und das Gemeinwesen.

- Psychiatrische Pflege wird von den Betroffenen und ihren Familien gebraucht und muss eine aktive Rolle in der Versorgung haben. »Mehr Pflege« könnte helfen den Fokus der Hilfen von »Symptommminderung« auf »Lebensziele und Lebensqualität des Klienten« zu verschieben.
- Der starke Fokus »stationär« widerspricht dem Pflegethema »Alltag und Lebensweltbezug«; Pflege muss in die Eingliederungshilfe, in die aufsuchende Arbeit und ihre Rollen in der Prävention deutlicher gestalten.
- Pflege in Deutschland arbeitet »unter ihren Möglichkeiten«, sie braucht mehr Ressourcen, klare Bildungsstrukturen (Akademisierung, Skill-Mix)

und eine aktive Rolle auch in der Versorgungsplanung und im Rahmen von Forschung.

- Psychiatrische Pflege wird häufiger nicht als gleichwertig kompetent mit anderen Berufsgruppen angesehen und ist deshalb oft keine feste Größe im multiprofessionellen Team im »außerstationären« Bereich!
- Die unterschiedliche Bezahlung von Psychiatrischen PflegeexpertInnen in den verschiedenen Bereichen der psychosozialen Versorgung stellt ein Hindernis dar und bewirkt, dass PflegeexpertInnen weniger außerhalb von stationären Einrichtungen arbeiten!
- Zu differenzierten Hilfsangeboten in der psychosozialen Versorgung gehören auch spezifische fachkompetente Angebote der Psychiatrischen Pflege!
- Eine umfassende Behandlung, Betreuung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen braucht den beruflichen Kontext von qualifizierter Psychiatrischer Pflege in allen Settings!
- Pflege, Ergotherapie, Soziotherapeuten, Sozialpädagogen, Erzieher und Soziale Dienste müssen (und können!) ihre jeweiligen Kompetenzgrenzen und Angebotsschwerpunkte in der Zusammenarbeit besser definieren und kommunizieren.

VII Verantwortungsvolle Forschung

Einleitung

Anja Esther Baumann

Der Begriff der verantwortungsvollen Forschung ist international wie auch national und vor allem interdisziplinär in den vergangenen Jahren in den Vordergrund gerückt. Kurz gefasst bedeutet verantwortungsvolle Forschung Wertvorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse von BürgerInnen und PatientInnen in die Forschung miteinzubeziehen, also mehr zivilgesellschaftliche Mitsprache und Mitwirkung. Verantwortungsvolle Forschung ist also partizipative Forschung.

Das bezieht sich zum einen auf die Bewegung der Bürgerwissenschaft – Citizen Science, Wissenschaft für die Gesellschaft, mit der Gesellschaft und im Dialog mit ihr. Der Grundgedanke ist der, dass Produkte und Dienstleistungen nur exzellent und relevant sein können, wenn Bedürfnisse und Werte von Bürgern und Bürgerinnen von Beginn an in die Forschung eingebunden werden. Auswirkungen und Folgen von Forschung sollen abgewägt werden, einem ethischen Rahmen entsprechen und im Hinblick auf die Gesellschaft verantwortungsvoll sein. Die Ergebnisse öffentlich geförderter Forschung sollen für alle zugänglich sein.

Verantwortungsvolle Forschung ist aber nicht nur Citizen Science, sondern betrifft auch die Sicherheit von Patienten und die Wahrung ethischer Grundsätze in der klinischen Forschung wie zum Beispiel hinsichtlich gruppennütziger Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen oder Forschung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem.

Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bedeutet verantwortungsvolle Forschung aber auch Teilhabeforschung. Teilhabeforschung meint Forschung zur Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit (psychosozialen) Behinderungen, mit chronischen (psychischen) Erkrankungen bzw. mit einer psychiatrischen Diagnose. Teilhabeforschung schließt auch die Teilhabe von Betroffenen an der Forschung im Sinne einer »Partizipativen Forschung« ein.

Aus der Perspektive der Teilhabe stellen sich Forschungsfragen danach, wie die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen aussieht, inwieweit die Betroffenen ihre Teilhabe in verschiedenen Gesellschaftsbe-

reichen faktisch verwirklichen können. Welche Umwelt- und welche Personenfaktoren sind förderlich oder hinderlich für ihre Teilhabe? Welche gesellschaftlichen Mechanismen wirken ausgrenzend?

Tatsächlich fehlen hier in vielen Bereichen nach wie vor Studien, die den Anforderungen der UN-BRK gerecht werden. Das mag zum einen an Schwierigkeiten interdisziplinären Arbeitens liegen, sicherlich auch an nach wie vor unbefriedigenden Möglichkeiten der Forschungsförderung. Eine positive Entwicklung ist aber darin zu sehen, dass immer mehr Projekte in der Gesundheitsversorgungs- und Rehabilitationsforschung Aspekte von Teilhabeforschung aufgreifen, von denen hier drei vorgestellt werden.

Dirk Richter und Holger Hoffmann befassen sich in ihrem befasst sich in seinem Beitrag »Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention – Wahlfreiheit, Präferenzen und Ergebnisse« mit der Frage, welche Form des Wohnens von Betroffenen präferiert wird und welche mittel- und langfristigen Rehabilitationsergebnisse mit welchem Wohnsetting verbunden sind. Richter überträgt den relativ neuen Ansatz des »Housing First« aus der US-amerikanischen Sozialpolitik beim Umgang mit Obdachlosigkeit als Alternative zum herkömmlichen System von Notunterkünften und stufenweiser Erlangung von »Wohnfähigkeit« wohnungsloser Menschen über verschiedene Wohnformen bis hin zum schließlichen Leben in der eigenen Wohnung auf die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in Deutschland oder in der Schweiz in der Wohnrehabilitation leben. Er kommt in seiner Untersuchung zu dem Schluss, dass bei der befragten Personengruppe der Wunsch zum selbstständigen Wohnen sehr groß ist und dass wenig für das Wohnen in eher institutionellen Wohnformen spricht. Richter leitet hieraus die Empfehlung ab, sich für eine weitere Verlagerung von Heimen und heimähnlichen Einrichtungen als »Sonderwelten« hin zur ambulanten Wohnunterstützung einzusetzen.

Ingmar Steinhart und Kollegen berichten, dass das Erleben von Heimen als Sonderwelt von den BewohnerInnen nicht zwingend als negativ bewertet wird. Im dem in mehreren Bundesländern durchgeführten Forschungsprojekt »Baescap« hat Steinhart mit seiner Forschungsgruppe Menschen mit Eingliederungshilfebezug zur subjektiven Einschätzung ihrer Lebenssituation befragt, um Teilhabesorgen und -chancen bei chronisch erkrankten Menschen in der Eingliederungshilfe aufzuzeigen. Die ForscherInnen fanden heraus, dass die Befragten in betreuungsintensiven Settings wie Heimen in zentralen Lebensbereichen wie Gesundheit, Freizeit, Arbeitssituation, Le-

bensstandard und Zugang zu Gesundheitsdiensten eine signifikant höhere Zufriedenheit aufwiesen gegenüber Befragten, die ausschließlich ambulant betreut werden. Dagegen erleben sich Menschen in ambulanter Betreuung deutlich selbstbestimmter als die Menschen in stationären Einrichtungen im Hinblick auf die Selbstbestimmung des Lebensmittelpunktes und die Möglichkeiten, den Alltag mitzubestimmen. Steinhart und KollegInnen leiten aus den Studienergebnissen ab, dass die als sehr positiv bewerteten Begegnungsmöglichkeiten für professionelle Beratung und direkte Unterstützungsleistungen in Heimen auch in einem ambulanten System ermöglicht werden sollten, wie sie in den vorhandenen sozialraumorientierten Konzepten bereits verfügbar sind, von der Eingliederungshilfe aber nur sehr bedingt refinanziert werden.

Kristin Pomowski stellt »Partizipative Forschung im Netzwerk (PartNet)« vor. Das im Jahr 2007 gegründete, dialogisch besetzte Netzwerk für partizipative Gesundheitsforschung ist ein Forum für WissenschaftlerInnen und wissenschaftlich interessierte PraktikerInnen, die sich mit der Entwicklung innovativer Strategien bei der Erforschung von Gesundheit befassen. Im aktuellen Forschungsprojekt von PartNet wird untersucht, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen motiviert werden können, (professionelle) Hilfen in Anspruch zu nehmen. Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Perspektiven Betroffener, Angehöriger und im Hilfesystem Beschäftigter werden nach Abschluss der Datenauswertung die Grundlage entsprechender Handlungsempfehlungen für die Praxis bilden.

Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention – Wahlfreiheit, Präferenzen und Ergebnisse

Dirk Richter, Holger Hoffmann

Das Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gehört zum Standardangebot psychiatrischer Versorgung, genauso wie die stationäre und ambulante Behandlung oder die Arbeitsrehabilitation. Während jedoch die letztgenannten Versorgungsbereiche in der wissenschaftlichen Forschung erhebliche Aufmerksamkeit geniessen, fristet die Wohnforschung bis anhin ein eher kümmerliches Dasein (RICHTER und JÄGER 2017 [im Druck]). Über die Hintergründe dieser Situation kann nur spekuliert werden. Zum einen widmet sich die psychiatrische Forschung ohnehin primär der Akutversorgung. Zum zweiten ist zu bedenken, dass die Wohnversorgung im engeren Sinne nicht zum Gesundheitswesen gehört, da sie überwiegend über Sozialhilfe finanziert wird und die dort arbeitenden Professionen ebenfalls überwiegend nicht medizinisch oder pflegerisch ausgebildet sind.

Gleichwohl erfährt die Wohnforschung gerade in jüngster Zeit eine gewisse Aufwertung durch qualitativ hochwertige Studien aus Nordamerika. Unter dem Stichwort ›Housing First‹ wurden dort verschiedene kontrollierte Studien und randomisierte Trials bei Populationen in Obdachlosigkeit durchgeführt, welche neue und zum Teil radikal veränderte Impulse für die Wohnversorgung geliefert haben (BENSTON 2015; AUBRY et al. 2016). ›Housing First‹ bedeutet, wie der Name bereits anklingen lässt, dass das Wohnen vor der Behandlung psychischer Probleme zum Tragen kommt und eine eigene therapeutische Rolle spielt. Menschen mit schweren psychischen Problemen werden direkt aus der Obdachlosigkeit bzw. prekären Lebensbedingungen in eigene Wohnungen gebracht, unter Umgehung des früher bestehenden Primats der Behandlung und des Erlernens von Fertigkeiten nach dem traditionellen Stufenleiterprinzip der psychiatrischen Rehabilitation. Das heisst, Abstinenz oder die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, werden nachrangig gegenüber dem Bezug einer eigenen Wohnung, in der die meisten Klientinnen und Klienten anschliessend professionell betreut werden.

Trotz dieser vermeintlich geringeren Stellung therapeutischer Angebote ist zu betonen, dass ›Housing First‹ eine eigene sozialpsychiatrische Agenda hat und definitiv als psychosoziale Intervention zu verstehen ist. Die ›Housing First‹-Prinzipien lauten (GOERING et al. 2014):

- Unmittelbarer Zugang zu einer eigenen Wohnung ohne Vorbedingungen,
- Wahlfreiheit und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten,
- Recovery-Orientierung,
- individualisierte und bedarfsorientierte Unterstützungsleistungen,
- Integration in Gesellschaft und lokale Gemeinschaft.

»Housing First« reflektiert damit den seit einigen Jahren spürbaren Wandel in der sozialpsychiatrischen Versorgung weg von den professionell orientierten Angeboten hin zum Primat der Klientenperspektive, wie sie sich insbesondere in der Recovery-Orientierung niederschlägt. Dass diese Studien überwiegend bei Menschen in Obdachlosigkeit durchgeführt worden sind, sollte die Übertragbarkeit in die reguläre psychiatrische Versorgung nicht beeinträchtigen. Wir wissen, dass viele Menschen in Obdachlosigkeit unter psychischen Störungen leiden und zum Teil aufgrund der massiven sozialen Exklusion, in der sie leben, weitaus mehr psychosoziale Probleme haben als diejenigen, die in der regulären Versorgung betreut werden. Wenn also bei diesem Personenkreis die Interventionen wirken, dann sollten sie es auch bei den Klientinnen und Klienten, die in Deutschland oder in der Schweiz in der Wohnrehabilitation leben und von diesen besonders schweren Lebensbedingungen glücklicherweise nicht so betroffen sind.

In der Praxis der Wohnversorgung jedoch hat sich dieser Paradigmenwechsel, wie er im »Housing First« konzipiert wurde, noch nicht flächendeckend bemerkbar gemacht. Nach wie vor werden viele Menschen mit psychischen Behinderungen gegen ihre Präferenz und gegen ihren Willen in Wohnformen versorgt, die nicht ihren Wünschen genügen. Im Folgenden berichten wir zunächst über die Hintergründe des Aspekts der Wahlfreiheit und dann über zwei Meta-Studien zum Wohnen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Zum ersten behandeln wir die Präferenzen bezüglich der Wohnsettings und zum zweiten die mittel- bis langfristigen Ergebnisse des Wohnens in verschiedenen Settings. Da sich die Publikationen beider Studien zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Textes noch im Begutachtungsverfahren bei internationalen Zeitschriften befinden, können wir die Resultate an dieser Stelle nur zusammenfassend und ohne Details berichten.

Wahlfreiheit beim Wohnen gemäss der UN-Behindertenrechtskonvention

Der angesprochene Orientierungswandel ist insbesondere im Bereich der Rehabilitation durch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen aus dem Jahre 2006 befördert worden. Kern der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist ein neues Verständnis von Behinderung, das weniger auf den Menschen mit Behinderung als Problem fokussiert, sondern vielmehr auf die soziale Umwelt, welche den Menschen in seiner Teilhabe an der Gesellschaft behindert (United Nations 2008).

Im Zusammenhang mit dem Wohnen betont die UN-BRK die Wahlfreiheit der Menschen mit Behinderungen bezüglich des Settings, in dem sie leben und eventuell auch betreut werden wollen. In Artikel 19 der Konvention wird herausgestellt, dass »(...) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben (...).« Des Weiteren wird ebenfalls in Artikel 19 betont, dass »(...) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist (...).«

Das heisst, die Unterbringung in einer Sonderinstitution, wie sie etwa ein geschlossenes Wohnheim darstellt, dürfte gemäss der Konvention nur auf den Wunsch der betroffenen Person hin erfolgen. Zudem ist die soziale Umwelt so unterstützend zu gestalten, dass Inklusion und soziale Netzwerke gefördert werden. In der amerikanischen Rehabilitationstheorie sind ähnliche Prinzipien schon vor mehr als 25 Jahren unter dem Motto »Choose – Get – Keep« formuliert worden (Übersicht bei FARKAS und ANTHONY 2010). Demnach soll die Person mit einer psychischen Behinderung ihre soziale Rolle auswählen, erhalten und behalten. Die Aufgabe von Fachpersonen in der Versorgung besteht darin, die Klientinnen und Klienten im Sinne eines Coachings zu unterstützen. Neuerdings wird diese Trias »Choose – Get – Keep« noch durch das »Leave« (PRATT et al. 2013) erweitert. Letztlich besteht das Ziel auch der Wohnrehabilitation darin, dass die Personen mit Behinderungen gänzlich ohne professionelle Unterstützung zurechtkommen; erst dann ist die Inklusion in die Normalität vollkommen hergestellt.

Wie wollen Menschen mit psychischen Behinderungen leben?

Das Postulat der Wahlfreiheit legt nahe zu untersuchen, welche Wohnformen von Menschen mit psychischen Behinderungen präferiert werden. Diese Frage ist natürlich im Sinne der UN-BRK relevant, aber auch darüber hinaus, beispielsweise im Zusammenhang mit Aspekten der Versorgungsplanung oder mit der Ressourcenallokation. Finanzmittel können in den Ausbau von Wohnheimen oder heimähnlichen Einrichtungen gesteckt werden, sie können aber auch in die Stärkung der Personalressourcen in ambulanten Diensten fließen.

Die Frage der Wohnpräferenzen hat sich schon vor 25 Jahren im Rahmen der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung erstmalig gestellt. Für die Planung von Einrichtungen und Diensten sind seinerzeit in den Vereinigten Staaten mehrere Erhebungen durchgeführt worden, welche dann von TANZMAN (1993) in einer Übersicht zusammengefasst wurden. Schon seinerzeit zeigte sich, dass die grosse Mehrheit der befragten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht in institutionellen Wohnformen wie Heimen oder Wohngruppen mit Personal leben wollte. In 20 von 26 Studien präferierten mindestens 70 % der Befragten das unabhängige Wohnen.

Eine Reihe von weiteren – allerdings nicht alle – Studien bestätigten diese grundsätzlich positiven Auswirkungen der Wahlfreiheit beim Wohnen für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Folgende Aspekte wurden im Zusammenhang mit der Wahlfreiheit in den Studien herausgestellt:

- Wahlfreiheit trägt zur Verminderung psychopathologischer Symptomatik bei (GREENWOOD et al. 2005);
- Wahlfreiheit erhöht die Lebensqualität (NELSON et al. 2007);
- die Wahlfreiheit über das Ausmass der Betreuung im Wohnsetting ist hoch relevant (GRANT und WESTHUES 2010);
- im Längsschnitt über mehrere Monate verlieren sich jedoch die positiven Effekte der Wahlfreiheit (TSAI und ROSENHECK 2012).

Angesichts der positiven Auswirkungen und der relativ veralteten Übersicht von TANZMAN (1993), die oben referiert wurde, haben wir jüngst eine neue systematische Übersicht inklusive Meta-Analyse der Präferenzen erstellt. Im Gegensatz zu Tanzman wurden in diese Übersicht ausschliesslich peer-gereviewte Publikationen eingeschlossen, um gewisse Qualitätsstandards einzuhalten. Gleichwohl konnten nach einem Qualitäts-Assessment lediglich 8 von initial 20 identifizierten Studien in die Meta-Analyse eingeschlossen

werden. Technisch gesprochen handelt es sich dabei um eine Meta-Analyse von Proportionen (BARENDREGT et al. 2013). Mit dieser Analyse kann ein Prozentsatz ermittelt werden, der über alle Studien und die darin enthaltende Heterogenität der Bedingungen, Befragtengruppen und Resultate hinweg berechnet wird. Als Ergebnis zeigte sich in unserer Analyse, dass über 80 % der befragten Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung unabhängig leben wollten, also allein, mit Personen nach Wahl oder mit der eigenen Familie.

Effekte des selbstständigen Wohnens

Nachdem die Frage der Wohnpräferenz mehr oder weniger eindeutig geklärt ist, stellt sich die nächste Frage nach den Auswirkungen des Wohnens in verschiedenen Wohnsettings. Ist es also vorteilhafter in der eigenen Wohnung zu leben oder schlägt sich die höhere Personalpräsenz in Institutionen und die sichere Versorgung dort auch in Ergebnisindikatoren nieder? Dieser Frage waren schon vor längerer Zeit zwei Cochrane-Reviews nachgegangen und zu keinem relevanten Ergebnis gekommen angesichts der geringen Studienqualität, welche in der Wohnforschung vorherrschte (CHILVERS et al. 2002; CHILVERS et al. 2006).

Die eingangs berichteten »Housing First«-Studien sowie mehrere weitere Forschungsprojekte haben diese Situation erheblich zum Besseren verändert. In diesen Projekten wurden verschiedene Settings bezüglich unterschiedlicher Outcomes verglichen, was eine Meta-Studie ermöglichte. Das Vorgehen war zunächst identisch mit der Studie zu Wohnpräferenzen. Wir suchten erneut in den einschlägig bekannten Literatur-Datenbanken nach Publikationen, die über Wohninterventionen berichteten. Da das selbstständige Wohnen als klare Präferenz deutlich geworden war, schlossen wir Publikationen ein, welche dieses Setting gegen andere Wohnformen verglichen. Ausgeschlossen waren Studien, die Kliniksettings untersuchten sowie solche, die gegen das Leben auf der Strasse bei Obdachlosen verglichen. Weitere Kriterien waren, dass diese Studien längsschnittlich durchgeführt wurden, also mindestens einen Folge-Messzeitpunkt aufwiesen.

Von vornherein bekannt war ein Ungleichgewicht der angewandten Studiendesigns in den Publikationen. Während die Projekte mit Obdachlosen zu grossen Teilen als Randomisierte Klinische Studien (RCTs) angelegt waren, war dies bei »regulären« Wohnrehabilitanden eher nicht der Fall. Interessanterweise ist kürzlich ein über verschiedene medizinische Fragestellungen

hinweg erstelltes Cochrane-Review zu dem Resultat gekommen, dass es keine gravierenden Unterschiede zwischen RCTs und kontrollierten Beobachtungsstudien gibt (ANGLEMYER et al. 2014). Letztere weisen die Teilnehmenden eben nicht zufällig den Studienbedingungen zu, was bei der Wohnforschung insgesamt bekanntermassen zu erheblichen Problemen führen kann. Das 50-Prozent-Risiko, in einem Wohnheim leben zu müssen, während man eigentlich eine eigene Wohnung haben könnte, geht kaum ein Proband ein. Aus diesen Gründen haben wir sowohl RCTs als auch Beobachtungsstudien eingeschlossen. Des Weiteren wurde ein Qualitäts-Assessment der Studien in Anlehnung an das ›Cochrane Risk of Bias Assessment Tool for Non-Randomized Studies of Interventions‹ (ACROBAT-NRSI) durchgeführt.

Von initial relevanten 9568 Publikationen wurden schlussendlich 32 Publikationen in die Übersicht eingeschlossen. Dabei handelte es sich um 24 Publikationen aus dem Obdachlosen-Bereich sowie 8 Publikationen aus dem Nicht-Obdachlosen-Bereich. Im Nicht-Obdachlosen-Bereich war kein RCT zu identifizieren. Überwiegend stammten die Publikationen aus Nordamerika. Die in den Studien genutzten Ergebnisindikatoren waren sehr heterogen. Sie reichten von der Wohnstabilität bei Menschen in früherer Obdachlosigkeit über die Psychopathologie und die Lebensqualität bis hin zu den Kosten. Die Outcome-Indikatoren wurden in folgenden Dimensionen zusammengefasst:

- Wohnindikatoren
- Soziale Integration
- Gesundheitsstatus
- Subjektive Evaluation
- Kosten

Aufgrund der Heterogenität der Indikatoren, aber auch aufgrund der Heterogenität der Wohnformen, konnte keine Meta-Analyse durchgeführt werden. Diese hätte eine deutlich grössere Konformität verlangt.

Im Ergebnis zeigte sich, dass das unabhängige Wohnen in den meisten Indikatoren ebenbürtig und oft sogar überlegen war. Nur zwei von 32 Indikatoren wiesen auf eine Überlegenheit von eher institutionellen Settings hin.

Die Limitationen dieser Studie sollten nicht unerwähnt bleiben. Erneut machte die fehlende Taxonomie, also die uneinheitliche Begrifflichkeit der Wohnsettings, eine Zuordnung schwierig. Hinzu kommt, dass die meisten Studien keine Fidelity-Einschätzung vorgenommen haben, es also nicht nachprüfbar war, wie exakt das Programm jeweils umgesetzt wurde.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit diesen beiden Studien konnten wir zum einen zeigen, dass der Wunsch zum selbstständigen Wohnen sehr gross ist bei der Zielgruppe und zum zweiten, dass ausgehend von den Resultaten wenig für das Wohnen in eher institutionellen Wohnformen spricht. Würden diese Ergebnisse in die Versorgung umgesetzt, bedeutete dies eine deutlich grössere Anzahl von Menschen, die trotz einer psychischen Beeinträchtigung unabhängig und selbstständig wohnen könnten. Der Schwerpunkt müsste sich entsprechend von den Heimen und heimbähnlichen Einrichtungen zur ambulanten Wohnunterstützung verlagern.

Dies wäre ein weiterer Schritt, der die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Richtung der unterstützten Inklusion verändern würde (RICHTER et al. 2016). Analog zum *Supported Employment* in der Arbeitsrehabilitation würde die Priorität auf die Normalität der Lebensbedingungen gelegt. Um dies vollständig umzusetzen, müssten jedoch auch die Bedingungen der Wohnunterstützung in vielen Versorgungssystemen verändert werden. Die Veränderungen beträfen beispielsweise das Mietverhältnis, das direkt zwischen der betroffenen Person und einem Vermieter abgeschlossen werden sollte oder aber auch die zeitliche Limitierung der Wohnbetreuung. Letztendlich sollte es das Ziel der sozialpsychiatrischen Versorgung sein, dass die betreuten Menschen ohne Unterstützung in »normalen« Lebensverhältnissen zurechtkommen.

Literatur

- ANGLEMYER, A./HORVATH, H. T./BERO, L. (2014): Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database Syst Rev* 4: MR000034.
- AUBRY, T./GOERING, P./VELDHUIZEN, S./ADAIR, C. E./BOURQUE, J./DISTASIO, J./LATIMER, E./STERGIOPOULOS, V./SOMERS, J./STREINER, D. L./TSEMBERIS, S. (2016): A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 67(3): 275–281.
- BARENDREGT, J. J./DOI, S. A./LEE, Y. Y./NORMAN, R. E./VOS, T. (2013): Meta-analysis of prevalence. *J Epidemiol Community Health* 67(11): 974–978.
- BENSTON, E. A. (2015): Housing Programs for Homeless Individuals With Mental Illness: Effects on Housing and Mental Health Outcomes. *Psychiatr Serv* 66(8): 806–816.
- CHILVERS, R./MACDONALD, G. M./HAYES, A. A. (2002): Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4): Cd000453.

- CHILVERS, R./MACDONALD, G. M./HAYES, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(4): Cd000453.
- FARKAS, M./ANTHONY, W. A. (2010): Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *Int Rev Psychiatry* 22(2): 114–129.
- GOERING, P./VELDHUIZEN, S./WATSON, A./ADAIR, C./KOPP, B./LATIMER, E./NELSON, G./MACNAUGHTON, E./STREINER, D./AUBRY, T. (2014): National At Home/Chez Soi Final Report. Calgary, Mental Health Commission of Canada.
- GRANT, J. G./WESTHUES, A. (2010): Choice and outcome in mental health supported housing. *Psychiatr Rehabil J* 33(3): 232–235.
- GREENWOOD, R. M./SCHAEFER-MCDANIEL, N. J./WINKEL, G./TSEMBERIS, S. J. (2005): Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* 36(3-4): 223–238.
- NELSON, G./SYLVESTRE, J./AUBRY, T./GEORGE, L./TRAINOR, J. (2007): Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health* 34(2): 89–100.
- PRATT, C. W./GILL, K. J./BARRETT, N. M./ROBERTS, M. M. (2013): *Psychiatric Rehabilitation*. Amsterdam, Academic Press.
- RICHTER, D./HERTIG, R./HOFFMANN, H. (2016): Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatr Prax* 43, S. 444–449.
- RICHTER, D./JÄGER, M. (2017 (im Druck)): Wissenschaftliche Evaluation von Angeboten zur Wohnrehabilitation – methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. *Handbuch Betreutes Wohnen*, Hrsg.: M. ROSEMAN und M. KONRAD. Bonn, Psychiatrie Verlag.
- TANZMAN, B. (1993): An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital & Community Psychiatry* 44(5): 450–455.
- TSAI, J./ROSENHECK, R. A. (2012): Consumer choice over living environment, case management, and mental health treatment in supported housing and its relation to outcomes. *J Health Care Poor Underserved* 23(4): 1671–1677.
- United Nations. (2008): »Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 – Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung.« Zugang 16.12.2016, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf.

Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland

Ingmar Steinhart, Marcel Daum, Anja Höptner, Andreas Speck

Einführung

Die Datenlage über die Lebenslagen und die Teilhabechancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland ist mehr als dünn. Wir kennen aus den regelmäßigen Berichten (zuletzt 2014) der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BagüS) ungefähr die Zahlen der HilfeempfängerInnen mit seelischen Behinderungen im Bereich Wohnen (knapp 60.000 in Heimen, ca. 120.000 Personen mit ambulanter Unterstützung) und im Bereich Arbeit (ca. 50.000 Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen). Es gibt ebenfalls Zahlen, wieviel Ressourcen aus Steuergeldern für die sich dahinter verbergenden Hilfen aufgewandt werden. Mehr Informationen liegen zu den insgesamt über 200.000 HilfeempfängerInnen nicht vor. Keine Angaben, ob die eingesetzten Gelder überhaupt Wirkung erzielen, keine Angaben zu den Lebenslagen der Betroffenen etc.

Die zweite verfügbare Quelle ist der Teilhabebericht (BTHG) der Bundesregierung von 2013. Er gibt allgemeine Hinweise auf Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen in vielfältigen Teilhabebereichen. Nicht einbezogen in den Bericht sind aber grundsätzlich Menschen, die in Einrichtungen wie z. B. Heimen leben. Aus der mangelhaften Datenlage des Teilhabeberichts 2013 und der fehlenden Differenzierung zwischen verschiedenen Behinderungsformen und daraus resultierenden unterschiedlichen Bedarfen und Barrieren, ergibt sich ein großes Forschungsinteresse in Bezug auf die aktuelle Teilhabesituation von Menschen mit seelischen Behinderungen in Deutschland. Mit Ausnahme des Bereiches »Alltägliche Lebensführung« orientiert sich die Darstellung dieser Ergebnisse an der Struktur des Bundesteilhabeberichts von 2013 und kann Parallelen schaffen, die – zumindest partiell – Vergleiche ermöglichen und so die notwendige Ergänzung zum Originalbericht darstellen. Dabei konzentriert sich das hier beschriebene Projekt auf die Personen, die aufgrund ihrer seelischen Behinderungen Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, unabhängig ob sie in der eigenen Wohnung wohnen oder in einem Wohnheim.

Unser Projekt: Die Menschen fragen

Im Rahmen des von der Freien und Hansestadt Hamburg sowie der Stiftung Bethel finanzierten Forschungsprojektes »Baescap« ([www. BAESCAP. org](http://www.BAESCAP.org), Teilprojekt C), dessen Anliegen es ist, »Licht« in das empirische Dunkel der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu bringen, haben wir die Menschen mit Eingliederungshilfebezug zu ihrer Lebenssituation befragt. Auf der theoretischen Grundlage des sog. Capabilities Approach (vgl. SPECK und STEINHART 2016; STEINHART und SPECK 2016) wurde ein umfangreicher Fragebogen konzipiert, um die Teilhabesorgen und -chancen bei chronisch erkrankten Menschen in der Eingliederungshilfe differenziert abbilden zu können. Das Befragungsinstrument umfasst 190 Items. Neben soziodemographischen Variablen wurden Instrumente zu Stigma, sozialen Netzwerken und Einstellungen integriert. Auch kam ein Instrument, der OXCAP-MH, zur Erfassung der sogenannten Capabilities erstmals in Deutschland zum Einsatz (BAUMGARDT et al., zur Publikation angenommen). Um einen Vergleich der Teilhabechancen von Menschen mit schweren psychischen Störungen mit denen der Allgemeinbevölkerung ziehen zu können, wurden zudem zahlreiche Fragen aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP 2013/2014) eingebunden. Das Sozioökonomische Panel (SOEP) ist eine Befragung der Allgemeinbevölkerung, die regelmäßig durchgeführt wird und die auf die Erfassung der bundesdeutschen Lebenslagen zielt. Dies bietet die Möglichkeit, die Aussagen von EingliederungshilfeempfängerInnen zu ihren Lebenslagen mit denen der Allgemeinbevölkerung in bestimmten Aspekten zu vergleichen. Als Vergleichspopulation lagen SOEP-Daten der Jahre 2013 und 2014 vor. Da nicht zu jedem Befragungszeitpunkt sämtliche Fragen erhoben werden, sondern diese wechseln, musste hier auf zwei Jahre Bezug genommen werden.

Die Untersuchung wurde als Pilotprojekt in mehreren Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Teilen von Westfalen, Baden-Württemberg: GPV Ravensburg) durchgeführt, da in diesen Regionen die Anbieter sozialpsychiatrischer Hilfen zur Unterstützung der Befragung gewonnen werden konnten. Im Vorfeld der Untersuchung wurden umfangreiche Informationsveranstaltungen bei den Leistungsanbietern und bei den KlientInnen durchgeführt, um die Studie vorzustellen und für die Mitwirkung zu werben. Die Fragebögen wurden ab Sommer 2015 mit einem Anschreiben in Barriere armer Sprache in die Einrichtungen und Maßnahmen verschickt und jeweils eine verschlossene Wahlurne für die Abgabe bereitgestellt. Von

den schließlich verschickten 6098 Fragebögen konnten 1897 Fragebögen (31 %) ausgewertet werden. Auch wenn die – als regionale Vollerhebung geplante – Untersuchung nicht den Anspruch auf bundesweite Repräsentativität erheben kann, schätzen wir auf Grund des guten Rücklaufs die Aussagekraft doch als sehr hoch ein; denn letztlich konnten so mehr als 1 % aller EingliederungshilfeempfängerInnen bundesweit (ca. 180.000 Personen Wohnen nach BAGÜS 2014) erfasst werden. Mit Blick auf den Rücklauf sei noch angemerkt, dass die regionalen Rücklaufquoten durchaus schwankten (18 % bis 43 %).

Ergebnisse

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass trotz der oben erwähnten unterschiedlichen Rücklaufquoten in den Regionen die Ergebnisse nur sehr geringe bundesweite Differenzen erkennen lassen. Sowohl soziodemographisch als auch in Anbetracht der verschiedenen erfassten Konstrukte gleichen sich die verschiedenen Bundesländer trotz unterschiedlicher struktureller Rahmenbedingungen stark. Daher fokussieren wir hier die Gesamtergebnisse, ohne auf die leichten regionalen Unterschiede einzugehen.

Soziodemographische Daten

Der Vergleich unserer Befragungspopulation mit der Allgemeinbevölkerung (SOEP) im Hinblick auf die soziodemographischen Faktoren zeigt eine annähernd gleiche Geschlechterverteilung, die EGH-Gruppe ist tendenziell etwas älter und weist seltener einen Migrationshintergrund auf.

	BAESCAP		SOEP	
	%	n	%	n
Gesamt		1897		22633
Geschlecht		1851		
weiblich	50,1	924	54,5	12345
Alter		1870		
18 bis 30 Jahre	13,3	248	21,3	4822
31 bis 40 Jahre	20,8	389	23,0	5209
41 bis 50 Jahre	25,5	476	27,7	6279
51 bis 60 Jahre	28,3	530	19,9	4514
61 oder älter	12,1	227	8,0	1809
Migrationserfahrung		1890		22253
Ja	6,3	120	13,1	2918

Tab. 1: Befragungspopulation (BAESCAP) vs. Allgemeinbevölkerung (SOEP)

Familie und soziales Netz

Was sagt der Bundesteilhabebericht?

»Wie gut die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelingt, darüber gibt unter anderem die Größe und Qualität des Freundeskreises und der nachbarschaftlichen Beziehungen Auskunft, die von Akzeptanz und Vorurteilsfreiheit geprägt sind« (BMAS 2013, S.407).

Menschen mit Beeinträchtigungen erhalten laut des Teilhabeberichts 2013 weniger Unterstützung von ihrem sozialen Netzwerk. »Sie haben weniger Menschen, denen sie vertrauen, erfahren weniger Interesse und Anteilnahme und erhalten weniger Hilfe durch die Nachbarschaft« (BMAS 2013, S.75). Zudem leben 31 % der Menschen mit Beeinträchtigungen allein, dagegen leben nur 21 % der Menschen ohne Beeinträchtigungen allein (vgl. BMAS 2013, S.15).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Dass soziale Netzwerke für die Förderung und Stabilisierung von psychischer Gesundheit eine große Bedeutung haben, gehört zum sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Fundus. Auch im Bundesteilhabebericht (BTHB) wurde diese Erkenntnis unterstrichen. Allein der Blick auf die demographischen Daten unserer Zielgruppe zeigt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (SOEP) deutliche Unterschiede auf: Während in der Allgemeinbevölkerung (18–65 Jahren) 80 % in fester Partnerschaft leben und davon 58 % der Menschen verheiratet sind, stellt sich bei den Menschen in der Eingliederungshilfe die Beziehungssituation anders dar: Hier sind nur 24 % der Menschen in fester Partnerschaft und 5 % der Menschen verheiratet. Mit anderen Worten: Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen leben deutlich häufiger ohne Partnerschaft. Nur jede/r Vierte ist in einer festen Partnerschaft. In der Vergleichspopulation hingegen trifft dies auf vier von fünf Personen zu (Tabelle 2). Differenziertere Analysen zeigten, dass die Scheidungsquote bei den Menschen in der Eingliederungshilfe doppelt so hoch ausfällt wie in der Allgemeinbevölkerung.

Auch Kinder können eine wichtige Unterstützungsquelle sein. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit 71 % gab es in unserer Stichprobe mit 37 % eine kleinere Zahl von Personen mit Kindern. Von diesen Kindern waren in unserer Stichprobe wiederum rund ein Drittel (35 %) aktuell noch minderjährig. Das Thema der Kinder aus Familien mit psychischen Belastungen ist allerdings nicht allein in Zusammenhang mit der Diskussion über

	BAESCAP		SOEP	
	%	n	%	n
Familienstand		1854		22233
Ledig	67,0	1243	28,5	6335
Verheiratet/ eingetragene Partnerschaft	4,7	88	57,9	12867
Geschieden/ getrennt lebend /verwitwet	28,2	523	13,6	3031
Feste Partnerschaft		1800		20901
Ja	24,0	428	80,1	16732
Kinder		1710		22410
Ja	37,4	639	70,8	15886
Davon Kinder unter 18 Jahren		614		22410
Ja	34,5	212	48,2	10794

Tab. 2: Befragungspopulation (BAESCAP) vs. Allgemeinbevölkerung (SOEP) – Soziales Netz

die sozialen Netzwerke der von psychischen Beeinträchtigungen betroffenen Menschen bedeutsam. Kinder psychisch erkrankter Eltern nehmen aktuell – und zu Recht! – breiten Raum in der sozialpsychiatrischen Fachdiskussion ein, da die Erkrankung eines oder beider Elternteile als massive Beeinträchtigung des Heranwachsens der betroffenen Kinder erkannt wurde. Die von uns herausgearbeiteten Zahlen machen nochmals deutlich, dass es sich hier nicht um ein marginales Thema handelt.

Soziale Unterstützungssysteme können allerdings nicht ausschließlich aus dem Familienstand abgeleitet werden. Das soziale Netz geht darüber hinaus und umfasst auch weitere verwandtschaftliche, freundschaftliche und nachbarschaftliche Beziehungen. Hier ist festzustellen, dass fast jede vierte Person in der Eingliederungshilfe weder enge freundschaftliche Beziehungen pflegt noch intensivere Kontakte zu Familienmitgliedern außerhalb des eigenen Haushaltes hat. Direkte Vergleichsdaten zur Allgemeinbevölkerung liegen allerdings nicht vor.

Die Wirksamkeit sozialer Netze lässt sich ferner vertiefend danach analysieren, welche konkreten Funktionen sie wahrnehmen. Es geht hier also nicht um die Quantität der Beziehung, sondern auch um deren subjektiv erlebte Qualität. Das in der Befragung genutzte Instrument (ENRICHD Social Support Inventory – Deutsch: ESSI-D) erfasst diesbezüglich verschiedene Dimensionen: So wurden die Menschen in der Eingliederungshilfe danach befragt, ob sie jemanden hätten, der

- ihnen richtig zuhört und/oder

- einen guten Rat gibt und/oder
- Liebe und Zuneigung gibt und/oder
- emotional unterstützt und/oder
- ausreichend Kontakt und Nähe vermittelt.

Auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 »nie« bis 5 »immer« wurden über alle 5 Fragen hinweg durchschnittlich Werte zwischen 3 und 4 angegeben. Die Mittelwerte variieren also nur leicht und lagen zwischen 3,23 (Liebe und Zuneigung) und 3,78 (richtige/r Zuhörer/in). Es ist folglich ein »Deckeneffekt« (Schiefe Verteilung) zu bemerken, der allerdings unter den Menschen im EGH-Bezug nicht so stark ausgeprägt ist wie in weiteren Studien zur Erfassung der sozialen Unterstützung bei somatischen Patienten. Daher zeigt sich auch hier zum einen die übliche, tendenziell positive Einschätzung der Unterstützungen, zum anderen aber die im Vergleich geringere Schiefe der Verteilung: Im Vergleich beschreiben sich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als tendenziell schwächer sozial unterstützt als diejenigen mit einem somatischen Leiden.

Werden nun die Diagnosen genauer in den Fokus genommen, zeigen sich bei allen fünf Fragen bedeutsame Unterschiede beim Ausmaß der empfundenen sozialen Unterstützung mit zumindest einem klaren Effekt über alle Items. Befragt nach der Selbstzuschreibung ihrer Diagnosen fühlen sich diejenigen mit schizophrener Psychose insgesamt besser emotional bestärkt als diejenigen, die sich eine Depression bzw. bipolare Störung zuschreiben. Somit ist nicht nur das Bestehen einer psychischen Störung an sich ein sozial exkludierendes Moment, sondern innerhalb des Krankheitsspektrums bestehen ebenfalls noch gesonderte Risikofaktoren, die mit einer verstärkten Isolierung einhergehen können.

Bildung und Ausbildung

Was sagt der Bundesteilhabebericht?

»Bildung trägt zur Persönlichkeitsentfaltung bei und schafft die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte und aktive gesellschaftliche Teilhabe« (BMAS 2013, S.82). Bildungsabschlüsse haben Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Einkommenschancen, »die wiederum Auswirkungen auf die Wohnverhältnisse, die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben oder den Gesundheitszustand haben« (BMAS 2013, S.82). Aus dem Teilhabebericht 2013 geht hervor, dass »jeder zweite 20- bis

64-jährige Erwachsene mit Beeinträchtigungen (...) nur ein geringes schulisches Bildungsniveau (maximal Hauptschul- oder keinen Schulabschluss) [hat]. Bei Erwachsenen ohne Beeinträchtigung trifft dies dagegen auf jede bzw. jeden Dritten zu.« (BMAS 2013, S.111) Zudem haben sie im Gegensatz zu Menschen ohne Beeinträchtigungen beinahe doppelt so häufig (19% zu 11%) keinen Berufsabschluss (vgl. BMAS 2013, S.16). Jedoch erhöht ein niedriges Bildungsniveau das Risiko sozialer Exklusion besonders in Kombination mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. BMAS 2013, S.16).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Fokussiert man das Thema Bildung und Ausbildung bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, dann fällt auf, dass das Bildungsniveau der von uns befragten Menschen in der Eingliederungshilfe insgesamt gegenüber der Vergleichspopulation der Allgemeinbevölkerung deutlich abfällt. Die von uns befragten Menschen haben vier Mal so häufig keinen Schulabschluss, häufiger einen Hauptschulabschluss und nur ca. halb so oft die Hochschulreife wie in der Vergleichsgruppe (Abbildung 1).

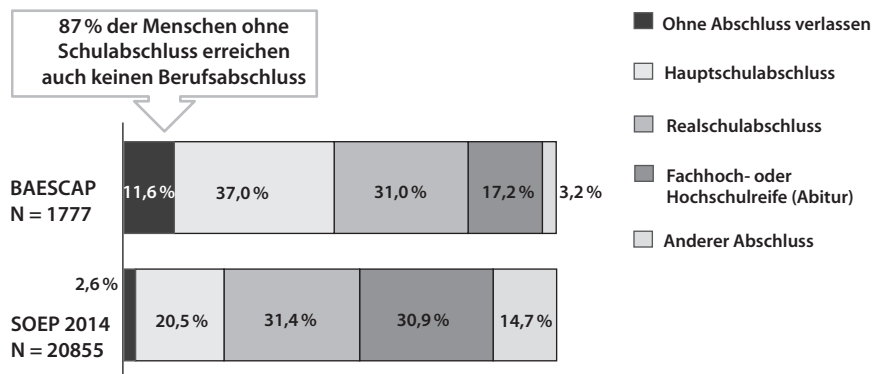


Abb. 1: Befragungspopulation (BAESCAP) vs. Allgemeinbevölkerung (SOEP) – Schulabschluss

Problematisch erscheint insbesondere, dass eben jene Menschen, die keinen Schulabschluss aufweisen, auch im weiteren Verlauf zu 87 % keinen Berufsabschluss (Abbildung 1) vorweisen können. Damit wird der Zugang in die Arbeitswelt vermutlich außerordentlich erschwert. Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich zudem, dass die von uns befragten Men-

schen in der Eingliederungshilfe zu 41 % ohne Berufsabschluss sind (SOEP 17,8 %), hinsichtlich der beruflichen Bildungsabschlüsse vergleichbar sind (50,0 % BAESCAP vs. 53,0 % SOEP) und nur ein Bruchteil von 6,3 % (SOEP 23,0 %) einen akademischen Abschluss erreicht.

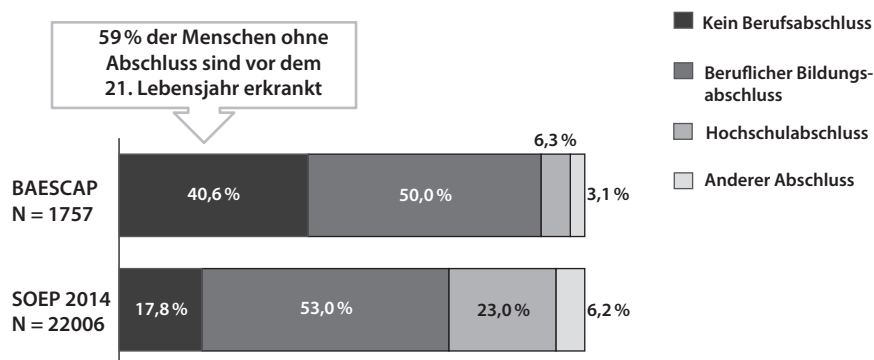


Abb. 2: Befragungspopulation (BAESCAP) vs. Allgemeinbevölkerung (SOEP) – Berufsabschluss

Erwerbsarbeit und Einkommen

Was sagt der Bundesteilhabereport?

»Soziale Zugehörigkeit und Anerkennung werden wesentlich über die Teilhabe an Erwerbsarbeit vermittelt« (BMAS 2013, S. 163). Zudem unterstützt Erwerbsarbeit die selbstständige Lebensführung (vgl. BMAS 2013, S. 144). Erwerbsarbeit hat eine große Bedeutung im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Teilhabe, wodurch ein Ausschluss von der Erwerbsarbeit als ein wesentlicher Exklusionsfaktor definiert werden kann (vgl. BMAS 2013, S. 165). Dem Teilhabereport 2013 ist zu entnehmen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen »seltener auf dem ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig [sind] als Menschen ohne Beeinträchtigung (vgl. BMAS 2013, S. 130).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Das vergleichsweise geringe Bildungsniveau schlägt sich möglicherweise direkt in der Beschäftigungssituation der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nieder. Auch im BTHB wird für die Menschen mit Beeinträchtigungen eine niedrige Erwerbsquote von 58 % angegeben. Dieser Wert wird

von den Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen sogar noch unterschritten und beträgt lediglich 40 %. Dieser vergleichsweise geringe Wert entstand, obwohl die Menschen in geschützter Beschäftigung (z. B. WfbM) in diese Betrachtung einbezogen wurden. Umgekehrt ist angesichts des allgemeinen Rückgangs der Arbeitslosenzahlen die Zahl von mittlerweile 60 % von Personen im Eingliederungshilfebezug ohne Arbeit und Beschäftigung besonders Besorgnis erregend. Der Vergleich zur Allgemeinbevölkerung offenbart an dieser Stelle diese große Baustelle: In der Gesamtbevölkerung

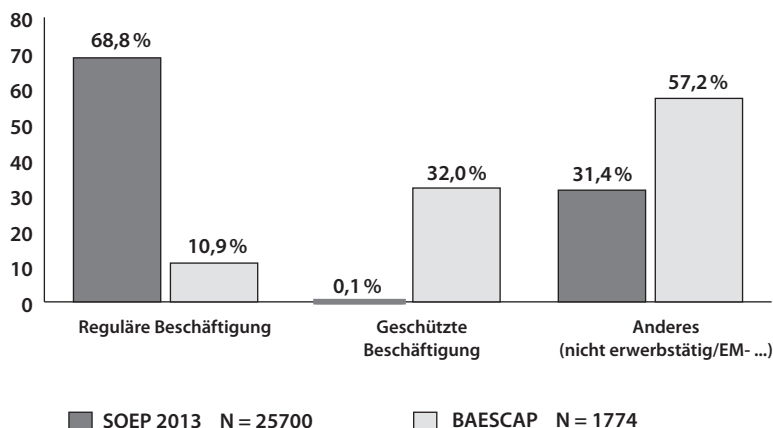


Abb. 3: Befragungspopulation (BAESCAP) vs. Allgemeinbevölkerung (SOEP) – Erwerbstätigkeit

gehen mehr als 2/3 einer regulären Beschäftigung nach, sie sind also 6-mal häufiger erwerbstätig als die Befragungspopulation (Abbildung 3).

Die Frage, weshalb die Bildungssituation der Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen so prekär einzuschätzen ist, beantwortet sich möglicherweise durch einen Blick auf das angegebene Ersterkrankungsalter. 46 % der Befragten gaben an, dass ihre Ersterkrankung in der Altersspanne bis 21 eintrat. Allein vor dem 14ten Lebensjahr sind es 23 %! Damit zeigt sich, dass erste Beeinträchtigungen bei vielen Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in jener biographischen Phase auftraten, wo die grundlegenden Bildungsabschlüsse erreicht werden. Dies könnte zu nachhaltigen Effekten auf die weitere Berufsbiographie führen. So erreichen in unserer Stichprobe 87 % ohne Schulabschluss keinen Berufsabschluss.

Und von denen, die keinen Berufsabschluss haben, sind ca. 59 % vor dem 21. Lebensjahr erkrankt – 30 % von dieser Teilstichprobe sogar vor dem 14. Lebensjahr!

Gesundheit

Was sagt der Bundesteilhaberebericht?

»Der individuelle Gesundheitszustand einer Person beeinflusst die wahrgenommene Lebensqualität und hat Auswirkungen auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen. Gleichzeitig wirkt sich Teilhabe wiederum auf die objektiv und subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sowie auf den Gesundheitszustand aus« (BMAS 2013, S.189). Der Teilhaberebericht 2013 stellt in diesem Zusammenhang fest, dass über die Hälfte (55 %) der Menschen mit Beeinträchtigung ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bewertet. Bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen gaben nur 9 % an, ihr Gesundheitszustand wäre weniger gut oder schlecht (vgl. BMAS 2013, S.192).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Wenn es um Teilhabeeinschränkungen von Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen geht, spielt der Bereich Gesundheit eine zentrale Rolle. Gefragt nach der selbst eingeschätzten Gesundheit, zeigte sich, dass nur ca. ein Viertel der EGH-Gruppe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt. In der Allgemeinbevölkerung sind es doppelt so viele Personen, die ihren Gesundheitsstatus positiv bewerten.

Ferner haben wir die Menschen in der Eingliederungshilfe nach ihrer psychiatrischen Diagnose gefragt. Die folgenden Angaben sind insofern keine ärztlich-psychiatrischen bzw. wissenschaftlich fundierten Diagnosen, sondern bilden die diagnostische Selbstzuschreibung der befragten Menschen ab: Depressionen oder Bipolare Störungen werden mit 44 % als häufigste Diagnosen genannt, gefolgt von der Schizophrenen Psychose mit 31 % und mit 10 % Suchterkrankten. Es zeigt sich somit auch in unseren Daten, dass die Eingliederungshilfe nicht mehr ein Spezialangebot für Menschen mit dem Etikett »Schizophrenie« ist, sondern dass – wie in der Allgemeinpsychiatrie auch – diese traditionelle Kerngruppe im Bereich chronisch psychisch kranker Menschen zu einer Teilgruppe im Gesamtspektrum der Sozialpsychiatrie wird. Allerdings haben wir in einigen Regionen, in denen viele Angebote noch aus der Tradition größerer Enthospitalisierungsprogramme stammen,

etwas höhere Anteile von Menschen mit der Selbstzuschreibung »Schizophrenie« insbesondere in den Heimen gefunden. Insgesamt zeigt sich – bei aller Vorsicht bezüglich der diagnostischen Selbstzuschreibung –, dass die Unterstützungsangebote sich heute auf ein breiteres Zielgruppenspektrum konzeptionell einstellen müssen. Das gilt umso mehr, als die Hälfte der Befragten angab, mehr als eine psychiatrische Diagnose zu haben (57 %); 27 % gaben sogar drei oder mehr Diagnosen an.

Neben der subjektiven Gesundheitseinschätzung ist auch die somatische Komorbidität der EGH-Population im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht: Bei jeder der jeweils 12 erfragten, somatischen Erkrankungen (u. a. Schlafstörungen, Diabetes, Krebserkrankungen) wies die EGH-Gruppe eine höhere Komorbidität auf. 12 % der Befragten in unserer Stichprobe gaben keine zusätzliche somatische Komorbidität an. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Menschen mit drei oder mehr psychischen Erkrankungen fast doppelt so häufig an drei oder mehr somatischen Erkrankungen leiden als an einer. Die psychiatrische Krankheitslast korreliert offenbar positiv mit einer somatischen Krankheitslast. Umgekehrt: Die Selbstauskunft, dass keine somatische Erkrankung vorliegt, findet sich in der Allgemeinbevölkerung fast vier Mal so häufig (45 %) wie in der Gruppe von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen (12 %).

Wenn somit Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zusätzlich häufiger von somatischen Erkrankungen betroffen zu sein scheinen als die Allgemeinbevölkerung, dann wirft das auch die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung auf. Barrieren in den Zugängen zur medizinischen Versorgung können sich auf den Gesundheitsstatus niederschlagen und Chronifizierungen begünstigen. Insgesamt stellt sich die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen unter den Menschen in der Eingliederungshilfe als sehr gut dar. Lediglich lange Wartelisten bei niedergelassenen Ärzten wurden als hervorzuhebendes Problem angegeben, allerdings auch nur von 16 % der Befragten. Ebenso wurde die Terminfindung bei Psychiatern bzw. Psychotherapeuten von 11 bzw. 13 % der Befragten als Barriere berichtet. Seltener ursächlich für medizinische Unterversorgung waren fehlende, wohnortnahe Angebote (8 %) und die Unvereinbarkeit von Arbeit mit der Gesundheitsdienstleistung (5 %).

Freizeit, Kultur und Sport

Was sagt der Bundesteilhabebericht?

Freizeitaktivitäten »tragen nicht nur zur Rekreation bei, sondern können Chancenstrukturen für eine gleichberechtigte Teilhabe und aktive Teilnahme bieten, in denen sich Menschen selbstbestimmt erleben und soziale Rollen jenseits von bestimmten Positionszuschreibungen übernehmen können« (BMAS 2013, S.225). Dem Teilhabebericht 2013 ist zu entnehmen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihre freie Zeit häufiger alleine verbringen (vgl. BMAS 2013, S.21). »Ein knappes Drittel der Menschen mit einer anerkannten Behinderung trifft sich mindestens einmal pro Woche mit anderen. Im Vergleich mit Menschen ohne anerkannte Behinderung ist mit sechs % ein größerer Teil von ihnen »nie gesellig« (ohne anerkannte Behinderung: 2 %)« (BMAS, 2013 S.212). Zudem besuchen Menschen mit Beeinträchtigungen seltener kulturelle Veranstaltungen (bei den 18–29-Jährigen beispielsweise 29 % zu 58 %) und treiben seltener Sport (bei den 18–29-Jährigen beispielsweise 33 % zu 81 %) (vgl. BMAS 2013, S.217–221).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Wie gestaltet sich nun für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen die Freizeit konkret? Welche Tätigkeiten werden genutzt und wie oft? Wie sieht es mit der Freizeit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aus? Auch zu diesen Fragen konnten im Zuge der vorliegenden Erhebung Erkenntnisse gesammelt werden.

Die Grundlage dafür bilden 20 Fragen zu den Häufigkeiten von diversen Tätigkeiten, die üblicherweise von Menschen in ihrer freien Zeit unternommen werden. Das Spektrum umfasst soziale Interaktionen wie das Treffen von Freunden/Familie oder der Besuch von Sportveranstaltungen oder Kirchgang bis hin zum Fernsehen oder der Nutzung des Internets bzw. spezifischer auch der Nutzung von Online-Netzwerken. An dieser Stelle sollen nur einige dieser Aspekte exemplarisch dargestellt werden (Tabelle 3).

Gefragt wurde beispielsweise nach der Häufigkeit von Besuchen von Familienangehörigen. Angesichts dieses Bestimmungsfaktors für die soziale Einbettung der Befragten, stellte sich heraus, dass Menschen im EGH-Bezug auffällig seltener verwandtschaftliche Kontakte pflegen, verglichen mit der Gesamtbevölkerung. Besonders prägnant ist der Unterschied zwischen den Gruppen derjenigen, die »nie« ihre Familienangehörigen besuchen. Dieser

			Min 1x pro		Min 1x pro		Nie
			Täglich	Woche	Monat	Seltener	
	Population	n	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Besuche Familie, Verwandte	BAESCAP	1749	4,6	19,9	21,1	33,7	20,7
	SOEP	20632	7,8	38,3	30,7	20,8	2,4
Fernsehen, Video	BAESCAP	1733	70,3	12,3	2,8	8,8	5,7
	SOEP	20674	74,5	18,3	2,5	3,6	1,0
Private Internet- Nutzung	BAESCAP	1686	33,6	9,8	3,0	9,0	44,7
	SOEP	20643	61,2	21,2	2,2	5,1	10,3

Tab. 3: Befragungspopulation vs. Gesamtpopulation – Freizeitaktivitäten

Anteil ist bei der BAESCAP-Population sieben mal so groß und betrifft mehr als jede fünfte Person innerhalb der Zielgruppe.

Aber es gibt nicht nur Unterschiede zwischen den Freizeitaktivitäten der EGH-EmpfängerInnen und der Allgemeinbevölkerung. Vereinzelt lassen sich auch Gemeinsamkeiten herausfiltern. Das Fernsehverhalten stellt ein solches Beispiel dar. Tägliches Fernsehen ist jeweils bei mehr als 2/3 Normalität. Wird hingegen die digitale Teilhabe betrachtet, sind die Differenzen zwischen den Populationen beträchtlich. Während die tägliche Internetnutzung im privaten Bereich für fast 2/3 der Gesamtbevölkerung alltägliche Handlung ist, ist es nur für 1/3 der Menschen in der Eingliederungshilfe der Fall. Fast die Hälfte der beeinträchtigten Befragten nutzt sogar nie privat das Internet.

Sicherheit und Schutz vor Gewalt

Was sagt der Bundesteilhabebericht?

»Gewalterfahrungen und fehlendes Sicherheitsempfinden können bei Menschen mit Beeinträchtigungen zu Schädigungen und Einschränkungen der Handlungsspielräume führen. Menschen mit Beeinträchtigungen tragen ein besonderes Risiko, von Gewalterfahrungen betroffen zu sein, da ihr Leben in einem hohen Maße fremdbestimmt ist« (BMAS 2013, S.228f). Dem Teilhabebericht 2013 ist zu entnehmen, dass »Frauen und Männer mit Beeinträchtigungen (...) häufiger Opfer von angedrohter oder erlebter körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt [sind,] als Menschen ohne Beeinträchtigungen« (BMAS 2013, S.23).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Folgt man der öffentlichen Berichterstattung über den Zusammenhang von psychiatrischer Erkrankung und Gewalt, dann werden häufig Menschen mit psychiatrischer Beeinträchtigung als potentielle Gewalttäter thematisiert. Dass diese Population aber auch Opfer von Gewalttaten werden können, bleibt eher unerwähnt. Die Frage nach persönlicher Gewalterfahrung (auch sexuelle und häusliche Gewalt) bejahten immerhin 35 % der befragten Personen. Ein vergleichbarer Prozentsatz gibt zudem die Befürchtung an, zukünftig Opfer einer Gewalttat werden zu können. Die detailliertere Betrachtung hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede, zeigt eine klare Verteilung zu Ungunsten der Frauen. Ca. 2/3 der Gewalterfahrungen werden von Frauen berichtet. Mit der gleichen Häufigkeit beurteilen Frauen die zukünftige Gewalterwartung.

Wird nun konkret auf die gefühlte Sicherheit in verschiedenen Alltagssituationen abgezielt, werden unterschiedliche Einschätzungen der Gefährlosigkeit deutlich. Im eigenen Heim fühlen sich 86 % sicher. Hier gaben nur 6 % der Befragten an sich gefährdet zu fühlen. In öffentlichen Verkehrsmitteln dagegen ändert sich die gefühlte Sicherheitslage. Nur etwas mehr als die Hälfte der EGH-EmpfängerInnen fühlen sich hier adäquat geschützt (56 %). Circa ein Drittel empfindet sogar Unsicherheit bei der Nutzung öffentlicher Fortbewegungsmittel.

Nun ist die physische Gefährdung ein direkt bedrohlicher und wichtiger Faktor. Aber gerade in Bezug auf Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, ist auch die psychische Gewalt von zentraler Bedeutung, weil damit konkrete Diskriminierungserfahrungen verbunden sind. Hierzu geben mehr als die Hälfte der Befragten (57 %) an, dass sie bereits Erfahrungen mit Entwertungen sammeln mussten. Mit 82 % gab die große Mehrheit als Diskriminierungsursache den Gesundheitszustand an. Weitere Diskriminierungsgründe wie Geschlecht (18 %), Alter (17 %), Herkunft (12 %), sexuelle Orientierung (11 %) oder Religion (10 %) fallen dahinter als ursächlich deutlich zurück.

Politik und Öffentlichkeit

Was sagt der Bundesteilhabebericht?

Dem Teilhabebericht 2013 ist zu entnehmen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen seltener am politischen Leben teilnehmen. »Die Wahlbeteiligung von jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) mit Beeinträchtigungen liegt mit 49 % deutlich unter der ihrer Altersgenossen ohne Beeinträchtigungen (71 %)« (BMAS 2013, S.242). Auch gehen sie seltener ehrenamtlichen Tätigkeiten nach. So liegt ihr Engagement mit 12 % bei den 18–29-Jährigen deutlich unter dem der Gleichaltrigen ohne Beeinträchtigungen mit 31 % (vgl. BMAS 2013, S.247).

Die Situation von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an demokratischen Entscheidungsprozessen ist eine zentrale Forderung der UN-BRK. Die klare Mehrheit von 91 % der Befragten beteiligt sich nie an Aktivitäten von Parteien, Kommunalpolitik oder Bürgerinitiativen. Allerdings lässt sich hier kein großer Unterschied zur Allgemeinbevölkerung feststellen. Auch wenn die Häufigkeit der Partizipation über die erhobenen Ausprägungen hier insgesamt etwas höher ist, so bleibt doch am Ende ein vergleichbarer Anteil von immerhin 89 %, die sich ebenfalls nie in der Politik engagieren (Tabelle 4). Einen weiteren Indikator für politisches oder gesellschaftlich relevantes Engagement, vermittelt der Blick auf ehrenamtliche Aktivitäten in jeglicher Form. Auch hier fällt die Partizipation gering aus, wenngleich auch nicht ganz in dem Ausmaß wie zuvor. Die größte Gruppe sind mit 84 % auch hier diejenigen, die sich nie engagieren, allerdings sind 9 % der EGH-EmpfängerInnen mindestens einmal im Monat oder sogar häufiger aktiv. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung existiert hier insgesamt ein größerer Unterschied. »Nur« 68 % arbeiten niemals ehrenamtlich, immerhin 12 % tun dies einmal in der Woche und sogar 22 % einmal im Monat oder häufiger. Einen weiteren Teilhabebereich des Lebens, in dem potentiell sinnstiftende, gesellschaftlich Initiative gezeigt und erlebt werden kann, ist die Religion. Gefragt nach der Häufigkeit von Kirchgängen oder dem Besuch sonstiger religiöser Veranstaltungen, ergab sich im Vergleich ein uneinheitliches Bild mit partiell höherer Frequentierung der EGH-EmpfängerInnen (Tabelle 4). So nutzen die Befragten häufiger täglich religiöse Veranstaltungen, wenngleich insgesamt auf sehr niedrigem Niveau (BAESCAP 1,1 % vs. SOEP 0,2 %). Der Religion sämtlich abgewandt sind dagegen wieder häufiger die Menschen

mit schweren psychischen Erkrankungen (68 %) als die Vergleichspopulation (57 %). Religion spielt also für einen nicht unerheblichen Teil der EGH-EmpfängerInnen eine gewichtige Rolle in ihrem Lebensalltag, insgesamt betrachtet auf einem ähnlichen Niveau wie in der Gesamtbevölkerung.

			Min 1x		Min 1x			
			Täglich	Woche	Monat	Seltener	Nie	
	Population	n	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Beteilig. Parteien, Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen...	BAESCAP	1700	0,2	0,7	1,2	7,1	90,8	
	SOEP	20609	0,3	0,9	1,9	8,0	88,9	
Ehrenamtliche Tätigkeit in Vereinen, Verbänden ...	BAESCAP	1735	1,0	4,7	3,2	7,1	83,9	
	SOEP	20619	1,6	10,1	9,4	11,0	67,8	
Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen	BAESCAP	1745	1,1	6,2	4,7	19,6	68,4	
	SOEP	20626	0,2	7,1	8,9	27,1	56,7	

Tab. 4: Befragungspopulation vs. Gesamtpopulation – gesellschaftliche Aktivitäten

Tatsächlich politisch aktiv sind also die wenigsten Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen. Aber wie ist es um ihr subjektives Befinden bestellt, sich politisch frei äußern zu können? Nach diesem gefühlten Potential gefragt, antworteten immerhin $\frac{3}{4}$ sich frei politisch oder religiös äußern zu können. 16 % stehen dieser Aussage ablehnend gegenüber.

Betreuungsintensität und Lebensbereiche

Das Steuer finanzierte System der Eingliederungshilfe finanziert Leistungen, um die Teilhabechancen der von schweren psychischen Beeinträchtigungen belasteten Menschen zu erhöhen. Die Gemeindepsychiatrie hat dazu in den letzten Jahren ein sehr professionelles Leistungsspektrum entwickeln können, das sich auch nach der Intensität der jeweiligen Betreuungsformen unterscheiden lässt. Bei der Auswertung wurde die Betreuungsintensität (Tabelle 5) orientiert an Angebotsmerkmalen in vier Stufen des Betreuungsumfangs kategorisiert:

Dabei zeigt sich, dass zwar insgesamt 416 Personen (23 %) in Heimen an der Befragung teilnahmen, aber im Vergleich zur anfangs geschilderten bundesweiten Situation (ca. 30 % Menschen in Heimen) etwas weniger

Betreuungsintensität	Maßnahmen	Prozentuale Verteilung innerhalb der Stichprobe
Niedriger Umfang	Nur Ambulant betreutes Wohnen (ABW)	38,2 %
Mittlere Umfang	Tagesstätten (TS) oder Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM)	12,7 %
Hoher Umfang	ABW plus TS oder WfbM	26,3 %
Sehr hoher Umfang	Wohnheime	22,8 %

Tab. 5: Betreuungsintensitäten

Menschen aus Wohnheimen zur Teilnahme an der Befragung bereit waren als im Bundesschnitt.

Mit der hier beschriebenen Kategorisierung haben wir verschiedene Merkmale aus den oben genannten Lebensbereichen mit der Fragestellung untersucht, ob sich die Daten in den Lebensbereichen in den unterschiedlichen Angebotsbereichen bzw. Betreuungsintensitäten unterscheiden.

Erlebte soziale Unterstützung

Differenziert man so die Ergebnisse nach den verschiedenen Betreuungssettings aus, erleben sich die BewohnerInnen der stationären Maßnahmen sozial als signifikant besser unterstützt als dies bei den BezieherInnen ambulanter Leistungen der Fall ist (Abbildung 4). In stationären Settings findet sich offenbar leichter jemand, der zuhört oder mal einen guten Rat gibt. Der in der Literatur oftmals vorgebrachte Vorwurf an die Heime, dass sich dort alle Beziehungen um das Merkmal der psychischen Erkrankungen drehen und somit eine Sonderwelt darstellen, ändert letztlich nichts daran, dass dies von den BewohnerInnen nicht zwingend negativ bewertet werden muss.

Ein weiterer Indikator für den gesellschaftlichen Aufwand bzw. die Betreuungsintensität stellt die gesetzliche Betreuung dar. Bei 46 % aller Befragten ist eine solche Unterstützung vorhanden. Wird abermals nach den bekannten Betreuungsintensitäten unterscheiden, zeigen sich auch hierbei deutliche Unterschiede. Menschen mit intensiver Unterstützung bzw. in stationären Maßnahmen gaben mit 72 % am häufigsten und die Menschen in einer WfbM mit lediglich 22 % am seltensten eine Unterstützung durch eine gesetzliche Betreuung an.

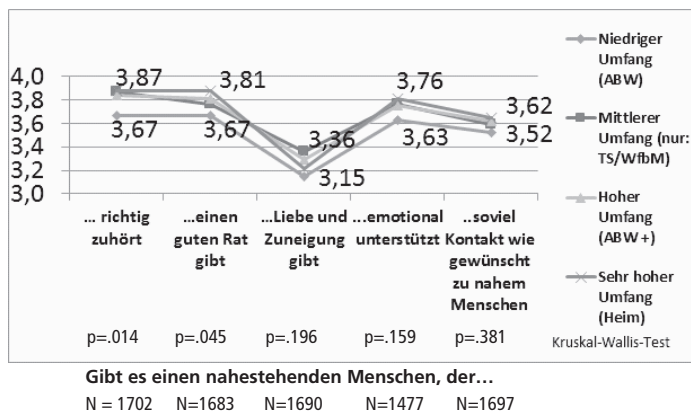


Abb. 4: Soziale Unterstützung (ESSI-D) in Abhängigkeit von der Betreuungsintensität

Zufriedenheit

Grundsätzlich geben die Befragten aus stationären Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Freizeit, Beruf und Lebensstandard signifikant höhere Werte an als jene Befragten, die ausschließlich ambulant betreut werden (Abbildung 5). Deren Werte finden sich am unteren Ende der Zufriedenheitsskalen. Lediglich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Wohnen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Betreuungsintensitäten feststellen. Mit Blick auf die Zufriedenheit mit der Freizeit sind Menschen aus betreuungsintensiven Settings wie den Heimen sogar deutlich zufriedener als in allen anderen Angeboten.

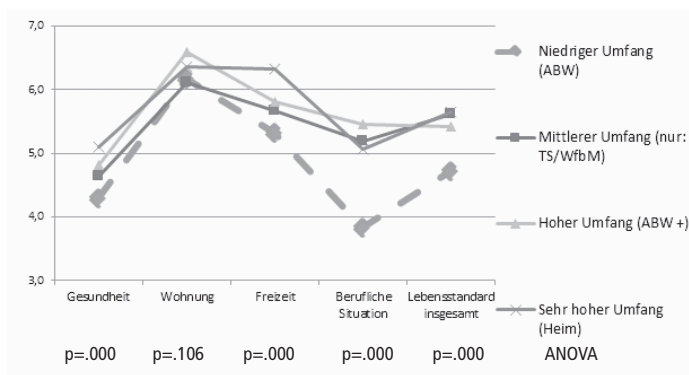


Abb. 5: Zufriedenheiten in Abhängigkeit von der Betreuungsintensität

Freiheit der Entscheidung und Selbstbestimmung

Während im Bereich der Zufriedenheit sich deutliche Vorteile zugunsten des Heimaufenthalts ergaben, warfen die Fragen nach der freien Wahl der Wohnform oder des Stadtteils – als Indikatoren für Freiheit und Selbstbestimmung – ein völlig anderes Licht auf die Qualität der Betreuungsintensitäten.

Konnten Sie frei entscheiden, in welcher Wohnform (z.B. eigene Wohnung oder Wohngemeinschaft) Sie leben wollten? (N = 1687)

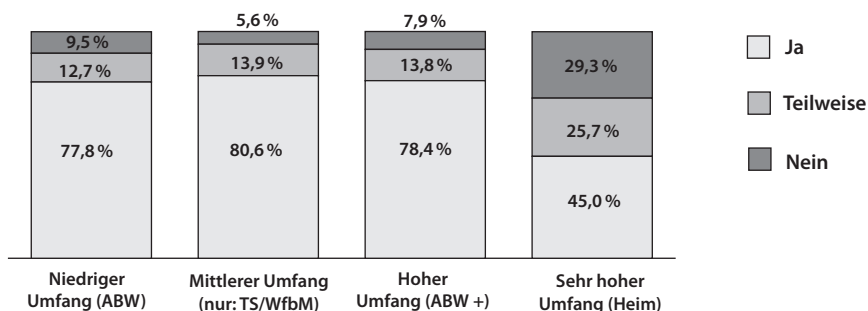


Abb. 6: Freie Entscheidung für die Wohnform und den Betreuungsumfang

Ungefähr 80 % derjenigen, die in der eigenen Wohnung leben (Ambulant Betreutes Wohnen (ABW), Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Tagesstätte oder ABW +), geben an, über ihre Wohnform selbstständig entschieden zu haben (Abbildung 6). Dagegen gab ca. jede/r zweite HeimbewohnerIn an, diese Entscheidung nicht selbstständig getroffen zu haben. Dieselbe Kernaussage lässt sich auch aus der Frage nach der freien Wahl des Stadtteils ziehen.

Weiterhin gefragt nach der eigenständigen Bestimmung der Alltagsaktivitäten, tritt der Aspekt der eingeschränkten Freiheiten im stationären Setting noch klarer heraus. Deutlich seltener können Menschen in Heimen ihren Alltag immer selbstbestimmt gestalten (ABW 69 % vs. Heim 39 %). Beim Thema Selbstbestimmung wandelt sich demnach das bisherige Bild: Offenkundig erleben sich Menschen in ambulanter Betreuung deutlich selbstbestimmter als die Menschen in stationären Einrichtungen.

Gesundheit

Setzt man die psychiatrische Diagnose nach Selbstauskunft in Zusammenhang mit dem Betreuungssetting, dann wird deutlich, dass in stationären

Settings die Selbstzuschreibung einer Diagnose der schizophrenen Psychose am häufigsten genannt, während im ambulant betreuten Wohnen eher die Depressionen dominieren. Dabei gab es die größten Unterschiede zwischen dem ABW und Heim. Konkret schrieben sich HeimbewohnerInnen fast doppelt so häufig (43 %) eine Schizophrenie zu als die ambulant Betreuten (22 %). Dagegen leidet fast jeder zweite Befragte im ABW an einer Depression (55 %), während es im Heim ungefähr jeder vierte ist (27 %).

In Abschnitt zur Gesundheit wurde bereits der Zugang zu medizinischen Leistungen als größtenteils unproblematisch beschrieben. Detaillierter betrachtet werden allerdings deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Betreuungssettings augenscheinlich. Es lässt sich die klare Tendenz erkennen, dass bei umfassenderen Betreuungsleistungen auch die medizinische Versorgung besser zugänglich ist. Im Umkehrschluss sind im ambulanten Setting deutlich häufiger Barrieren zur ärztlichen Versorgung benannt worden als im stationären Setting. Das Bild der besseren Betreuungs- bzw. Versorgungssituation in Heimen, insbesondere im Vergleich zum ambulant betreuten Wohnen, zeichnet sich also fort.

Freizeit

Als großes Teilhaberrisiko haben sich bisher auch die Freizeitaktivitäten herausgestellt. Wird nun auch an dieser Stelle nach den Betreuungssettings unterschieden, spitzt sich die Exklusion noch zu.

Ihre Familienangehörigen treffen Menschen im ABW oder in der Tagesstätte bzw. WfbM insgesamt deutlich häufiger als im Heim. Stärker ausgeprägt sind die Differenzen sogar noch im Hinblick auf die digitale Teilhabe. Bei der privaten Internetnutzung gaben 45 % der ambulant Betreuten gegenüber 13 % der im Heim Betreuten den täglichen Gebrauch an. Gar kein Internetzugriff prägt den Alltag von 1/3 derjenigen im ABW verglichen mit 2/3 im Heim.

Aber nicht nur bei zuvor herausgestellten Teilhabeeinschränkungen ergeben sich verstärkende Defizite zwischen den Betreuungssettings. Auch bei der vergleichbaren Freizeitaktivität des Fernsehens, ergeben sich Unterschiede, wenngleich auf einem niedrigeren Niveau. Während etwa im ABW 72 % der dort betreuten Menschen angaben, täglich Fernsehen zu schauen, waren es im Heim 66 % der von uns befragten BewohnerInnen. Im ABW schauten 5 % niemals Fernsehen und im Heim 11 %.

Stigmaerfahrung

Mit Blick auf Unterschiede zwischen den definierten Betreuungsintensitäten, zeigt sich eine spezifische Tendenz: Menschen in Heimen erfahren alltäglich die geringste subjektiv wahrgenommene Stigmatisierung. Dagegen sind die ausschließlich ambulant Betreuten dem höchsten Ausmaß an Stigmatisierungsprozessen ausgesetzt. Dies ist vermutlich wenig überraschend, weil Heime als »Sonderwelten« eben auch einen Schutzraum vor den Unwirtlichkeiten des »normalen« Lebens darstellen. Zu diesen Unwirtlichkeiten gehören auch Stigmatisierungen, denen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im ambulanten Setting eher ungefiltert ausgeliefert sind.

Diskussion

Insgesamt zeigt sich:

- Eine Befragung von HilfeempfängerInnen der Eingliederungshilfe – unterstützt von den Leistungsanbietern und durch Informationsveranstaltungen mit den KlientInnen vorbereitet – ist ein guter Zugang zum Aufbau einer bundesweiten Teilhabeberichterstattung für chronisch psychisch kranke Menschen. Ziel müsste es sein, die große Schwankungsbreite im Rücklauf der Bögen zu verkleinern. Immerhin zeigt der Bestwert von 41 %, dass bei einer positiven Gewinnung der Leistungsanbieter im Rahmen eng vernetzter Strukturen des sozialpsychiatrischen Hilfesystems wie in Mecklenburg-Vorpommern fast jede/jeder zweite HilfeempfängerIn über dieses Verfahren ansprechbar ist und dass damit der Aufwand für eine Teilhabeberichterstattung im Bereich chronisch psychisch kranker Menschen auch bei großen Stichproben beherrschbar bleibt;
- Aufgrund des Pilotcharakters dieser Studie hatte der Fragebogen zur Selbstauskunft mit 190 Fragen eine deutliche Überlänge hatte und in verkürzter Form bei Adjustierung der Inhalte durch die umfangreichen Erkenntnisse diese Studie zukünftig höhere Rückläufe erwarten lassen;
- Chronisch psychisch kranke Menschen, die nicht mehr primär über das Behandlungs- und Reha-System unterstützt werden, sondern im Bereich der »Fürsorge«, also der Eingliederungshilfe, sind trotz dieser Sozialleistungen in den vielfältigsten Bereichen in der Teilhabe eingeschränkt. Es lässt sich auch der Schluss ziehen, dass Ihnen im Verlauf ihrer für viele früh beginnenden Krankheitsgeschichten entweder nicht ausreichende

oder nicht passfähige Wege und Chancen zur Teilhabe angeboten wurden und sie eher in eine stagnierende prekäre gesellschaftliche Position gekommen sind. Wir haben fünf essentielle Punkte herausgegriffen, die im Sinne von Entwicklungsaspekten für die Eingliederungshilfe aus dieser Studie abgeleitet werden können.

Schlussfolgerungen für die Eingliederungshilfe

1. Von Heimen lernen!

Es zeigt sich, dass offensichtlich die im Heim vorhandenen, gegebenenfalls niedrigschwellig verfügbaren, direkten Kontaktmöglichkeiten mit MitbewohnerInnen oder Professionellen, die einem zuhören und einem einen guten Rat geben, sehr positiv eingeschätzt werden (SPECK et al. 2017). Auch die höhere Zufriedenheit mit Freizeit, Gesundheit und Arbeitssituation bei gleichzeitig verbessertem Zugang zu Gesundheitsleistungen sind Vorteile des Lebens in einer Heimsituation. Auch das geringere Stigmaerleben in der Heimsituation scheint ein Vorteil dieser Lebenssituation zu sein. Dem gegenüber steht jedoch die Frage der Selbstbestimmung des Lebensmittelpunktes und die Möglichkeiten den Alltag mitzubestimmen, die im Heim deutlich abgewertet wurden. Insgesamt sollte dem Wohnen in der eigenen Wohnung, die ja nicht nur im Sinne der UN-BRK, sondern auch in der Beurteilung der Menschen die selbstbestimmtere Lebensform ist, daher mehr Aufmerksamkeit in der Ausgestaltung geschenkt werden. Vom Unterstützungssetting des Heims kann gelernt werden, dass für viele Menschen einige wenige Fachleistungsstunden mit einem sehr begrenzten Face-to-Face-Kontakt keine adäquate Unterstützungsform darstellt. Vielmehr sollten Begegnungsmöglichkeiten auch für professionelle Beratung und Ratschläge bzw. direkte Unterstützungsleistungen in einem ambulanten System in anderer Form ebenfalls ermöglicht werden. Das scheint eher in einer quartiersbezogenen Wohnsituation mit Unterstützenden vor Ort und leicht zugänglichen Kontaktmöglichkeiten im unmittelbaren Umfeld umsetzbar zu sein. Die entsprechenden sozialraumorientierten Konzepte sind verfügbar, werden bisher von der Eingliederungshilfe nur sehr bedingt refinanziert, bieten aber die Möglichkeiten selbstbestimmte Heimalternativen im Quartier zu schaffen. Auch das neue Bundesteilhabegesetz geht bisher in seinen auf den ersten Blick erkennbaren Konturen nicht weit genug, böte aber bei gutem Willen der Leistungsanbieter wie

-träger gute Umsetzungsmöglichkeiten für solche sozialraumorientierten Konzepte. Hierbei müsste auch nach Wegen gesucht werden, wie Stigma-Erfahrungen präventiv entgegengewirkt werden könnte.

2. Frühintervention: neue Konzepte sind gefragt

Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten im Bereich Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie bereitgestellten nicht unerheblichen Mittel bleiben offensichtlich nach wie vor zahlreiche Menschen mit psychischen Erkrankungen im psychiatrischen System »hängen«. Ohne abgeschlossene Schulbildung, ohne Berufsabschluss stehen dann auch die Chancen auf einen Arbeitsplatz auf dem ersten, zweiten oder geschützten Arbeitsmarkt schlecht.

Es sind jetzt vor allem die vorrangigen Leistungs-/Reha-Träger gefragt: Ohne »frisches Geld« und vor allem ohne »frische Ideen« v. a. für integrierte Behandlungs- und Unterstützungskonzepte in der Kinder- und Jugend- sowie der Adoleszenten-Psychiatrie, in der Jugendhilfe sowie bei der Förderung von Bildung und Arbeit, wird diese Zielgruppe nicht aus dem Fürsorgesystem herauskommen. Die neuen Möglichkeiten des PsychVVG zur sektor übergreifenden Versorgung und des § 11 des Bundessteilhabegesetzes (Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation) sollten hierfür ebenso genutzt werden wie das gestärkte Selbstverständnis der Eingliederungshilfe als »Reha-Träger«. Aufgabe der Eingliederungshilfe zur »Vermeidung von Eingliederungshilfe« könnte sein, sich früher als bisher in die Schaffung von Teilhabechancen »einzumischen«, indem z. B. noch fehlende »Links« im Rahmen des fragmentierten bundesdeutschen Sozialsystems durch eigene Leistungen rechtzeitig geschlossen werden. Neue Konzepte wie z. B. das Bildungs-, Reha- oder Wohncoaching in Anlehnung an Case-Management-Modelle und eine stärkere Recovery-Orientierung könnten die Teilhabechancen möglicherweise ebenfalls verbessern.

3. Neue Chancen im Rahmen der Eingliederungshilfe entwickeln

Dass so viele Menschen kaum Wege aus der Eingliederungshilfe oder aus Wohnheimen finden, liegt vermutlich nicht nur an der fehlenden Frühintervention. Auch mit 30, 40 oder 50 Jahren sollten immer wieder neue Optionen bestehen zumindest für ein Wohnen in der eigenen Wohnung und eine (Teilzeit-)Betätigungsmöglichkeit. Hier scheinen zu wenige Wege aus dem System der Eingliederungshilfe hinauszuführen. Ein gutes Beispiel hierfür ist der mit zahlreichen Barrieren versperrte Zugang zu einem Ausbildungsplatz als Genesungsbegleiter oder Peer-

Berater. Eine Lösungsmöglichkeit für diese Problematik wäre eine integrierte Leistungserbringung für chronisch psychisch kranke Menschen im Gemeinwesen, wie sie das funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung von STEINHART und WIENBERG (2016) empfiehlt.

4. Ausbildung und Beschäftigung stärken

Die subjektive Unzufriedenheit der EingliederungshilfeempfängerInnen mit ihrer Arbeits- bzw. Beschäftigungssituation ist groß. Objektiv haben 12 % überhaupt keinen Schulabschluss, 41 % der Eingliederungshilfeempfänger haben keinen Berufsabschluss und nur ca. 40 % der Befragten gaben an, einer regulären Arbeit oder einer geschützten Beschäftigung nachzugehen. Dies ist somit nach wie vor eine der größten aktuellen Baustellen der Eingliederungshilfe überhaupt. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass ca. 60 % der Nutzer sozialpsychiatrischer Leistungen keinen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oder einer WfBM haben. Inwiefern das neue Bundesteilhabegesetz an dieser Situation nachhaltig etwas ändern wird, muss (noch) skeptisch beurteilt werden. Mit dem Budget für Arbeit sind zweifellos wichtige Impulse gesetzt, ebenfalls mit den Möglichkeiten der Zulassung weiterer Leistungsanbieter als Alternative zur WfBM (DAUM et al. 2017). Es ist aber zu befürchten, dass diese konzeptionelle Entwicklungen ebenso wie die geplanten Modellvorhaben in den Rechtskreisen des SGB II und des SGB VI an den Nutzerinnen und Nutzern sozialpsychiatrischer Eingliederungshilfemaßnahmen mit niedrigem Bildungsstand und ohne Berufsabschluss vorbeigehen, wenn nicht sehr gezielte Angebote auch für diese Zielgruppe entwickelt werden. Damit z. B. eine Ausbildung durchgehalten werden kann, müssen neue Wege gegangen werden wie z. B. die Etablierung eines Lebenswelt-Coaches, der im Sinne eines Case-Managers mit einem hohen individuell zu vereinbarenden Personalschlüssel, Funktionen wie das Bildungs-Coaching und Job-Coaching mit individuellen und passgenauen Angeboten mit sehr langem Atem und aktiv nachgehend wie beim bekannten eher klinisch orientierten Assertive Community Treatment (ACT) übernimmt. Auch dies überschreitet die bisherigen Denkschemata der Eingliederungshilfe, sollte aber modellhaft erprobt werden.

Quellen

- BAUMGARDT, J./DAUM, M./VON DEM KNESEBECK, O./RÖH, D./SPECK, A./STEINHART, I.: Die deutsche Version des OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health) – Ein Instrument zur Erfassung von Verwirklichungschancen bei chronisch psychisch erkrankten Menschen. Psychiatrische Praxis, zur Publikation angenommen.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)(2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Berlin.
- DAUM, M./HOEPTNER, A./SPECK A./STEINHART I.(2017): Teilhabe für chronisch psychisch kranke Menschen in Deutschland oder Die Sozialpsychiatrie und die Soziale Gerechtigkeit. Psychiatrische Praxis, Szene, im Druck.
- SPECK, A./DAUM, M./HOEPTNER, A./STEINHART I.(2017): BTHG: Neue Teilhabe-welt mit neuen Teilhabechancen?! Was wissen wir über die Lebenslagen seelisch behinderter Menschen? Psychosoziale Umschau, S. 14–15
- SPECK, A./STEINHART, I.(2016): Teilhabe als Befähigung? Der Capabilities Approach als Rahmentheorie der Sozialpsychiatrie? Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (2): 42–58.
- Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2015), Daten für die Jahre 1984–2013, Version 30. doi:10.5684/soep.v30.
- STEINHART, I./SPECK, A.(2016): Der Capabilities Approach und die Sozialpsychiatrie. Optionen für die Analyse von Teilhabechancen und -barrieren. Sozialpsychiatrie Informationen (4), S. 4–8.
- STEINHART I./WIENBERG G. (Hrsg.)(2016): Rundum ambulant – Funktionales Basis-modell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie Verlag.

Partizipative Forschung im Netzwerk (PartNet)

Kristin Pomowski

Partizipative Gesundheitsforschung bezeichnet die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/innen, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu gewinnen. Das im Jahr 2007 gegründete Netzwerk für partizipative Gesundheitsforschung (PartNet) ist ein Forum für Wissenschaftler/innen und wissenschaftlich interessierte Praktiker/innen, die innovative Strategien bei der Erforschung von Gesundheit – insbesondere im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit – entwickeln. Ziel des Netzwerkes ist es, die partizipative Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft im deutschsprachigen Raum zu fördern, den Forschungsansatz weiter zu entwickeln und die öffentliche Wahrnehmung der partizipativen Gesundheitsforschung zu verbessern. Im Rahmen des Netzwerkes findet ein Austausch zu fachlichen, praktischen und theoretischen Aspekten statt.

Aktivitäten des Netzwerks sind:

- Regelmäßige Arbeitstreffen
- Workshops zur Methodenentwicklung
- Publikationen
- Austausch über die PartNet-Mailingliste
- Beteiligung am internationalen Diskurs

PartNet ist Ansprechpartner für die International Collaboration on Participatory Health Research (www.icphr.org) im deutschsprachigen Raum.

PartNet trägt die Arbeitsgruppe »Partizipative Gesundheitsforschung« im Fachbereich »Öffentlicher Gesundheitsdienst/Public Health« der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (www.dgsmp.de).

Das Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung hat folgende Definition hinsichtlich der Begrifflichkeit »Partizipative Gesundheitsforschung« erarbeitet:

Partizipative Gesundheitsforschung ist ein wissenschaftlicher Ansatz, der die Durchführung von Forschung als eine Koproduktion verschiedener Akteur/innen versteht. Der Forschungsprozess wird zwischen allen Beteiligten partnerschaftlich organisiert und kontinuierlich im Hinblick auf die Machtverhältnisse reflektiert. Am gesamten Forschungsprozess soll dabei eine maximale Mitgestaltung der Menschen erreicht werden, deren Lebensbereiche erforscht werden. Zu den Beteiligten gehören insbesondere die

betroffenen Personengruppen sowie Fachkräfte und Entscheidungsträger/-innen des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens, Vertreter/-innen der Zivilgesellschaft und Wissenschaftler/-innen.

Ziel der Partizipativen Gesundheitsforschung ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen und Veränderungen anzustoßen, die zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beitragen und gesundheitliche Chancengleichheit stärken.

»Ohne mich geht's nicht!« – Trialogische Forschung: ein Beispiel aus Rostock

Trialogische Forschungsgruppe

»Ohne mich geht's nicht!« ist der Name einer trialogischen Forschungsgruppe, die sich aus zwei Angehörigen, drei Nutzer/-innen, zwei Mitarbeiterinnen und einer Wissenschaftlerin zusammensetzt. Alle Forschungsgruppenmitglieder haben einen Bezug zur Arbeiterwohlfahrt (AWO) Rostock. Die AWO Rostock bietet im Bereich Sozialpsychiatrie Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen nach SGB XII an (Tagesstätten, Arbeitstraining und Wohnangebote). Es arbeiten in dem Bereich ca. 30 Mitarbeiter/-innen, ca. 150 Menschen mit psychischen Erkrankungen werden begleitet. Die Mitglieder der Forschungsgruppe kommen aus diesem Kreis, sind oder waren dort entweder Mitarbeiter, Nutzer der Angebote oder Angehörige von Nutzern.

Im November 2013 hat die Gruppe ihre Forschungstätigkeit aufgenommen. Die Arbeitsweise der Forschungsgruppe orientiert sich am trialogischen Ansatz, das heißt es wird partnerschaftlich, auf Augenhöhe und gleichberechtigt geforscht. Es geht dabei darum, die eigene Perspektive mit den eigenen Erfahrungen mit einzubringen, die andere Perspektive stehen lassen zu können und gemeinsam zu schauen, wie sich einem Thema oder einer Forschungsfrage aus den verschiedenen Perspektiven angenähert werden kann. Die Forschungsgruppe erhält eine Förderung über Aktion Mensch. Dadurch ist es möglich, dass die Forschungsgruppenmitglieder eine Aufwandsentschädigung von 20,- Euro pro Sitzung erhalten.

Ursprung

Wie kam es zur Gründung der trialogischen Forschungsgruppe? Die Ausgangslage wurde durch mein Vorhaben geprägt, eine Dissertation mit einem EX-IN-Projekt zum Forschungsgegenstand zu verfassen. Aus dem Diskurs

mit Prof. Dr. Michael Wright im Rahmen meines Promotionskollegs an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin entwickelte sich aus dem ursprünglichen Vorhaben der Plan, partizipative Forschung gemeinsam mit Mitarbeitern und Nutzern sozialpsychiatrischer Dienste und ihren Angehörigen eine trialogische Forschungsgruppe zu initiieren.

Forschungsdesign

Ein weiterer Schwerpunkt neben der trialogischen Partizipation ist die Verknüpfung der Ergebnisse mit der Praxis, also die Überlegung, wie Ergebnisse aus der trialogischen/partizipativen Forschung in die Praxis transferiert und wie damit Veränderungen angestoßen werden können. Im Zentrum des Forschungsinteresses steht zunächst die Frage, wie Betroffene motiviert werden können, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Oft ist es schwierig, zwischen Überforderung und Unterforderung, also einem Zuviel und einem Zuwenig an Hilfe individuell auszubalancieren. Erkenntnisse und Erfahrungen aus den drei Perspektiven sollen die Grundlage entsprechender Handlungsempfehlungen bilden.

Zur Datenerhebung wurde eine Strukturierte Interviewmatrix (SIM) in einem Workshop mit jeweils sechs Angehörigen, Nutzer/innen und Mitarbeiter/innen der AWO Rostock verwendet. Die Strukturierte Interviewmatrix, zu der Wissenschaftler von der Universität Ottawa Canada (O'Sullivan et al. 2014) publiziert haben, sieht vor, dass sich verschiedene Gruppen zu einem bestimmten Thema gegenseitig interviewen und in einem nächsten Schritt in weiteren Gruppen zusammenfinden, um das Verstandene zu systematisieren. Für das Forschungsvorhaben bedeutete dies die jeweils trialogische Zusammensetzung von sechs Interviewgruppen, die sich nacheinander gegenseitig interviewt und das Verstandene protokolliert haben. Im Anschluss an die Interviews wurde das Verstandene in der Ursprungsgruppe ausgetauscht, systematisiert und festgehalten. In einem dritten Schritt wurden die Ergebnisse im Plenum diskutiert.

Die Ergebnisse des Workshops wurden mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierzu wurden Kategorien gebildet, Schlussfolgerungen gezogen und Möglichkeiten des Transfers der Ergebnisse in die Praxis diskutiert.

Chronologie

Die trialogische Forschungsgruppe traf sich durchschnittlich einmal pro Monat für etwa zwei bis drei Stunden, insgesamt fanden 41 Treffen statt. Die Start- und Orientierungsphase begann im November 2013 und dauerte bis September 2014. Gegenstand dieser Phase waren das Kennenlernen, das Erstellen von Regeln und die Konstitution der Forschungsgruppe. Im nächsten Schritt wurden Erfahrungen mit dem Hilfesystem ausgetauscht, erste Forschungsthemen identifiziert und schließlich Forschungsziel und Forschungsfrage konkret formuliert.

Die darauf folgende Phase der Datenerhebung dauerte von Oktober 2014 bis April 2015. Schwerpunkte waren hier die Auswahl der Forschungsmethodik und die Durchführung eines SIM-Workshops Ende März 2015 mit 18 Teilnehmern. Die Datenanalyse erfolgte in einem intensiven Prozess von Mai 2015 bis Januar 2016. Nach der Datenaufbereitung wurde das Material mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse systematisiert.

Die Phase der Schlussfolgerungen und der Planung der Aktionen für die Praxis hat Anfang 2016 begonnen. Zur gemeinsamen Erarbeitung von Schlussfolgerungen aus dem Forschungsprojekt wurde ein weiterer Workshop mit 12 der Forschungsteilnehmer aus dem SIM-Workshop abgehalten.

Erste Ergebnisse

Folgende Kategorien wurden auf der Grundlage des Datenmaterials im Rahmen der Auswertung entwickelt im Hinblick auf die Frage, wie Betroffene motiviert werden, sich auf Hilfe einzulassen und etwas für sich zu tun:

- **Strategien / Vorgehensweisen:** positive Lebenseinstellung vermitteln; Eigenverantwortung stärken; richtiges Maß finden; individuelles Vorgehen etc.
- **Zeit:** kleinschrittig/etappenweise; beharrlich
- **Innere Haltung / Einstellung:** wertschätzend; akzeptierend; empathisch
- **Lebensinhalt:** Sinn; Ziele/ Perspektiven; Aufgabe/Arbeit
- **Interaktion:** Gemeinschaft; zur Verfügung stehen; Kontinuität/ Verlässlichkeit; Verstehen

Zur Verbreitung der Ergebnisse soll ein Film erstellt und sollen Handlungsempfehlungen für die Praxis – für alle drei Gruppen – entwickelt werden.

PartNet – Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung
(www.partnet-gesundheit.de)

Literatur:

O'SULLIVAN, T. L./CORNEIL, W./KUZIEMSKY, C. E./TOAL-SULLIVAN, D. (2014): Use of the Structured Interview Matrix to enhance Community Resilience through collaboration and inclusive engagement. Systems Research and Behavioral Science, Research Paper: Published online in Wiley Online Library.

VIII Konsensuelle Behandlung mit Psychopharmaka

Einleitung

Detlev E. Gagel

Dem Tagungsthema entsprechend »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen« passte der Workshop »Konsensuelle Behandlung mit Psychopharmaka« scheinbar nicht ganz in den Rahmen. Die psychopharmakotherapeutische Behandlung hat in der Psychiatrie seit ihrer Einführung und regelhaften Anwendung zu kontroversen Diskussionen geführt. Was insbesondere professionell Tätige und zu einem nicht unerheblichen Teil auch die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen als Segen empfanden, wurde vorwiegend von den Betroffenen zum Teil als Fluch empfunden. So gab es in der Zeit der Psychiatriereform in den 70er Jahren sehr große Auseinandersetzungen zwischen den sogenannten biologisch ausgerichteten Psychiatern auf der einen und den Sozialpsychiatern auf der anderen Seite. Die Betroffenen mit psychotischen Erkrankungen erhielten in dieser Zeit noch wenig Gehör, berichteten aber immer wieder von ihren Erfahrungen mit den seinerzeit häufig angewandten »klassischen Neuroleptika« und ihren Nebenwirkungen, die besser als unerwünschte Wirkungen bezeichnet werden sollten. Diese Medikamente unterschieden sich in ihrer antipsychotischen Wirkung und wurden entsprechend als hoch-, mittel- und niedrigpotent eingestuft. Während die hochpotenten Substanzen eine stark antipsychotische und eine gering sedierende Wirkung haben, ist es bei niedrigpotenten umgekehrt. Sie haben eine hauptsächlich dämpfende und dabei gering antipsychotische Wirkung. Die mittelpotenten Substanzen liegen in ihrem Wirkungsspektrum zwischen den beiden anderen.

Die unerwünschten Wirkungen bestehen durch die Hemmung des Transmitters Dopamin vor allem in Bewegungsstörungen, die vom zentralen Nervensystem ausgehen. Zu diesen sogenannten extrapyramidal-motorischen Wirkungen zählen Frühdyskinesien, Spätdyskinesien, die Akathisie und Symptome, die an die Parkinsonkrankheit erinnern. Frühdyskinesien treten schon relativ schnell nach dem Beginn der Behandlung auf. Sie zeigen sich in unwillkürlichen Bewegungen und krampfhaften Muskelanspannungen, vor allem in Zungen-, Schlund- und Blickkrämpfen. Spätdyskinesien kommen erst nach längerer Behandlung mit den Neuroleptika durch unwillkürliche Bewegungsstörungen wie Zucken im Gesicht,

Schmatzen oder Kaubewegungen und entsprechenden Bewegungen der Arme und Beine zum Tragen. Sie bilden sich dann meist nicht mehr zurück. Als Akathisie bezeichnet man eine quälende Bewegungsunruhe, bei der die Betroffenen unfähig sind, still zu sitzen. Zu den Symptomen, die der Parkinson-Krankheit ähneln, zählen Muskelstarre, Zittern und verlangsamte Bewegungen – bis hin zur Unfähigkeit, sich überhaupt zu bewegen. Weitere häufige unerwünschte Wirkungen solcher typischer Neuroleptika sind Müdigkeit, Gewichtszunahme, verlangsamte Reaktionsfähigkeit und sexuelle Funktionsbeeinträchtigungen. Außerdem wurden im Lauf der Zeit bei einigen Präparaten Störungen der Herzfunktionen sowie Leber- oder Nierenfunktionsstörungen festgestellt. Wenngleich heute durch die Weiterentwicklung der Psychopharmaka gravierende unerwünschte Wirkungen deutlich seltener vorkommen, wurde durch verschiedene Autoren in unterschiedlichen Publikationen auf die Problematik aufmerksam gemacht, dass ein Großteil der Forschungsergebnisse zu (erwünschten) Wirkungen und (unerwünschten) Nebenwirkungen von Forschern produziert wurde, die für die Pharmaindustrie tätig waren oder von ihr finanziert wurden. Dadurch wurden ungünstige Resultate der Anwendung entweder gar nicht oder nicht genügend publiziert. Nach wie vor ist festzuhalten, dass die Behandlung mit Psychopharmaka bedeutsam in seelische Prozesse eingreift, was teilweise auch beabsichtigt ist, aber in seiner Gesamtwirkung (Veränderungen des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns sowie in den psychomotorischen Abläufen) betrachtet werden sollte.

In der Anwendungspraxis haben sich große Veränderungen in den vergangenen Jahrzehnten ergeben. So sind die Betroffenen heute wesentlich mehr in die Entscheidung über die Einnahme von Psychopharmaka einbezogen. Anfangs sprach man von deren »Compliance« und meinte damit, in welchem Ausmaß Patienten die verordneten Medikamente einnehmen, d.h. die Verordnungen befolgen, und entsprechend von »Non-Compliance«, wenn ärztliche Empfehlungen und Ratschläge nicht eingehalten werden und therapeutisch notwendige Pflichten nicht umgesetzt werden. Letztere wird in der Psychiatrie bis zu 50 % angenommen. Also setzt nur etwa die Hälfte der Betroffenen die empfohlene Psychopharmakotherapie um. Gerade das abrupte Absetzen der Medikamente hat oft gravierende Folgen im Sinne der Verschlechterung der Symptomatik. Dabei wird zwischen unbeabsichtigter und beabsichtigter Non-Compliance unterschieden, ob also – vereinfacht ausgedrückt – die Medikamente aus Vergesslichkeit oder mit Absicht nicht eingenommen werden. In diesem Konzept wird allerdings zu sehr die

Rollenteilung zwischen dem Psychiater als Experten und dem Betroffenen als Laien zugrunde gelegt. Deshalb hat sich zunehmend das Konzept der »Adhärenz« und im Weiteren der »konsensuellen Behandlung« verbreitet. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass die Entscheidung über die Einnahme von Psychopharmaka gemeinsam zwischen Psychiater als Wissensexperten und dem Patienten als Erfahrungsexperten gefällt werden sollte. Anders ausgedrückt bedeutet es im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO), inwieweit die mit dem Behandler vereinbarten Empfehlungen von den Betroffenen angewandt werden. Einen nicht unerheblichen Einfluss dürfte hierbei neben dem Engagement der Betroffenenverbände mit ihrem Diskurs in verschiedenen Kontexten die UN-Behindertenkonvention (von Deutschland am 26.3.2009 ratifiziert) gehabt haben, die u. a. die unabhängige (selbstbestimmte) Lebensführung in allen Lebensbereichen fordert.

Folgerichtig war der Workshop zwar nicht trialogisch angelegt, aber durch den Erfahrungshintergrund der Teilnehmerinnen in der Diskussion so ausgerichtet. Zum Einstieg in das Thema beleuchteten die beiden Referenten ihre Vorträge aus professioneller Sicht, da sie beide als Ärzte in leitender Funktion tätig sind. Dabei konzentrierte sich Dr. Tom Bschor auf eine Teilgruppe der Psychopharmaka, nämlich die Antidepressiva und erläuterte in einem kompakten, faktenreichen Vortrag die Grundlagen der Wirkungsweise, der Indikation und der therapeutischen Resultate bei der Anwendung dieser weltweit am meisten verordneten Substanzgruppe.

Dr. Uwe Gonther stellte einige prinzipielle Grundsatzfragen an den Anfang seiner Ausführungen, um dann auf kritische Aspekte der Psychopharmakotherapie zu sprechen zu kommen. Ein wichtiges Anliegen war es ihm, auf die Problematik des Absetzens dieser Medikamente hinzuweisen. Es gibt hier zu wenig wissenschaftlich fundierte Ergebnisse. Es bleibt zu hoffen, dass sich Wissenschaftler und Praktiker bemühen, die Folgewirkungen mehr zu berücksichtigen.

Erfreulicherweise beteiligten sich sowohl Betroffene als auch Angehörige an dem Workshop, sodass ein trialogischer Austausch möglich wurde. Die Betroffenen berichteten in anschaulicher Weise von ihren Erfahrungen, hatten auch Fragen an die »Experten« und nutzten die Gelegenheit, Unklarheiten und Unzufriedenheiten mit ihrer eigenen medikamentösen Behandlung kundzutun. Insofern war ein lebhafter Gedanken- und Erfahrungsaustausch möglich. Deutlich wurde aber auch, dass noch viel wechselseitige Aufklärung notwendig ist, um zu qualitativ besseren Ergebnissen bei der Anwendung von und dem Umgang mit Psychopharmaka zu gelangen.

Im Sinne des Tagungsthemas bestand Einigkeit, dass die Verantwortung für die psychopharmakotherapeutische Behandlung sowohl beim Behandler als auch beim Betroffenen liegt. In wechselseitig reflektierter Form kann sie eine verlässliche Hilfe sein, man darf sich aber nicht einseitig auf sie verlassen.

Absetzen von Psychopharmaka

Uwe Gonther

Fragen eines lesenden Psychiatriearbeiters

(frei nach Bertolt Brecht)

zum Thema Psychopharmaka absetzen:

»... Wer bezahlte die Spesen?

So viele Berichte.

So viele Fragen.«

Im Folgenden möchte ich einige der Fragen, die sich mir in den letzten Jahren als Psychiater stellen, formulieren und mit Ihnen gemeinsam über die Richtung nachdenken, wie wir diese Fragen in Zukunft beantworten können. Vorab sei bemerkt, dass ähnlich detaillierte Schilderungen, wie wir sie über die sogenannten Antidepressiva von Herrn Prof. Tom Bschor dargestellt bekommen (siehe S. 284 ff), sich bei Dr. Volkmar Aderhold zu den Neuroleptika finden. Auf seiner ständig aktualisierten Homepage sind die wichtigsten Forschungsergebnisse zum Thema »Risiken von Langzeitneuroleptik« und Möglichkeiten des Reduzierens und Absetzens vorgestellt. Außerdem sei verwiesen auf die DGSP-Broschüre »Neuroleptika absetzen« von 2014.

Die Fragen stellen sich mir einerseits aus der klinischen Erfahrung mit Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie und andererseits aus der Lektüre unabhängiger Publikationen. Sie lassen sich nicht allgemeingültig beantworten, sie erfordern jeweils neue Diskussionen. Seit vielen Jahren versuchen engagierte Profis in der Psychiatrie mit der Verbindung von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie mit Patientinnen und Patienten Wege durch die psychischen Krisen und Krankheiten zu finden und dies mithilfe einer möglichst schonenden Medikation. Dabei drängt sich der Verdacht auf, dass die Medikation in vielen Fällen der Schlüssel ist zum Verständnis der Chronifizierung, erstens durch die direkte biologische Beeinträchtigung des Nervensystems und zweitens durch die Fehlattribuierung der Betroffenen, die weniger auf Selbstwirksamkeit achten und auf die Wirkung der Medikamente warten. Es ist in jedem Einzelfall von Neuem von entscheidender Bedeutung dem Grundsatz zu folgen, den Betroffenen durch unsere Therapie keinen Schaden zuzufügen. Im Laufe von zweieinhalb Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit in verschiedenen psychiatrischen stationären und ambulanten Ein-

richtungen und Diensten, sind mir zunehmend Zweifel daran gekommen, dass medikamentöse Behandlung auf lange Sicht den natürlichen Verlauf der schweren psychischen Krankheiten tatsächlich verbessert. Bei der Sichtung der pharmakritischen Literatur bin ich insbesondere bei folgenden Autorinnen und Autoren zum Nachdenken gekommen: Peter Lehmann, Peter C. Göttsche, Peter R. Breggin, Peter Ansari, Kelly Brogan, Robert Whitaker, David Healy, Marc Rufer, Asmus Finzen, Stefan Weinmann, Volkmar Aderhold, Iris Heffmann vom Anti-Depressiva-Forum Deutschland (siehe Literaturangaben am Ende des Textes).

Meine absichtlich allgemeinen Fragen zum Umgang mit Psychopharmaka erfordern sowohl grundsätzliche als auch individuelle Antworten. Sie lauten:

Was ist die Psyche? Ohne die Diskussion des Menschenbildes finden wir auch keinen sinnvollen Einstieg in die Psychiatrie.

Was ist »krank« bei psychischen Krankheiten? Für die großen Gruppen der früher als »endogen« bezeichneten Psychosen und die vielen funktionellen Syndrome lassen sich weiterhin keine pathophysiologischen Ursachen finden.

Wie wirken Psychopharmaka – auf das Gehirn – auf die Psyche? Das lässt sich pro Substanz, Wirkstoffgruppe und auch grundsätzlich betrachten. Es gibt Wirkung und somit auch die Gefahr der Beeinträchtigung.

Ist diese Wirkung spezifisch? Hier ist die Antwort einfach: Nein!

Ist die Anwendung heilsam und erfolgreich? Das lässt sich kaum vernünftig für den Einzelfall und noch schwerer für große Gruppen sagen.

Weshalb gibt es dann langjährige Polypharmazie? Hier ist ganz klar Änderungsbedarf.

Wie ist es mit körperlicher Abhängigkeit? Dazu sei ein Blick in den Diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen (DSM) 5 empfohlen: T43.205 A/D/S.

Wie lange kann man ohne Bedenken Psychopharmaka (Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva, Stimulanzen, Phasenprophylaktika) verordnen beziehungsweise einnehmen?

Ab wann kann, soll oder muss man reduzieren beziehungsweise absetzen? Und wie geht man dabei vor?

Wie genau müssen wir über mögliche Schäden durch die Therapie (zum Beispiel erhöhte Mortalität, Bewegungsstörungen, hormonelle Veränderungen, Gewichtszunahme, mögliche Selbst- und Fremdgefährdung, Sexualstörungen, chronische Hirnschäden, psychische Abstumpfung) aufklären?

Weshalb steigen die Zahlen auf der »dunklen Seite« der psychiatrischen Behandlung?

Wir registrieren Zuwächse in der Forensik, geschlossenen Heimen, JVA, bei Obdachlosigkeit, BGB-Unterbringungen, PsychKG-Einweisungen.

Auf der anderen Seite erhöhen sich die Aufwendungen für ambulante und stationäre Psychiatrie und Psychotherapie, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Betreutes Wohnen ambulant und stationär, Krankenhausbehandlungen, Behandlungen bei niedergelassenen Nervenärzten, Krankentage, Beratungen und Behandlungen in psychosomatischen Reha-Einrichtungen.

Warum sehen wir im nach Standardverfahren behandelten Einzelfall nur noch so selten günstige Verläufe bei schweren psychischen Krankheiten (= affektive und schizophrene Psychosen)?

Erinnern wir uns daran, dass es gerade bei den affektiven Erkrankungen sowohl in der Klassifikation nach Emil Kraepelin und Nachfolgern (ICD 10, DSM 5) als auch nach unserer klinischen Erfahrung früher viele günstige Verläufe in dem Sinne gab, dass das Ausgangsniveau des psychosozialen Funktionierens nach Abschluss einer Krankheitsphase wieder erreicht wurde. Erinnern wir uns auch daran, dass bei den sogenannten Schizophrenien in der vormedikamentösen Zeit ein Drittel guter Verläufe beschrieben worden war, ein Drittel abwechselnder Gesundheits- und Krankheitsphasen und nur circa ein Drittel progredient chronifizierender Verläufe. Damit überein stimmt die alte Beobachtung der WHO, dass in Nicht-Industrieländern ohne Psychopharmakatherapie die Verläufe von schweren Psychosen auf lange Sicht günstiger sind als in den Industrienationen. Ebenso passt dazu die Forschungsarbeit von Lex WUNDERINK (2013), wonach Menschen mit medikamentös unbehandelten Psychosen über einen längeren Beobachtungszeitraum (länger als drei Jahre) günstiger dastehen und besser in ihrem Leben zurechtkommen als Menschen mit chronischer Pharmakotherapie. Dies bestätigt ältere Beobachtungen durch Loren Mosher und Martin Harrow. Noch übertroffen werden diese Forschungsergebnisse durch die Berichte aus Finnland, wo unter der Bezeichnung »Open Dialogue« ein systemisch-gemeindepsychiatrisches Projekt zur Unterstützung von Menschen mit Psychosen und deren Angehörigen so erfolgreich verläuft, dass die Diagnose »Schizophrenie« im Sinne der Chronifizierung dort fast verschwindet (SEIKKULA et al. 2006).

Wie lässt sich nun in unseren sehr unterschiedlichen Regionen in Deutschland Verantwortung übernehmen, als Psychiater, als psychiatrisches Hilfesystem, in Anbetracht dieser Fragwürdigkeiten? Wahrscheinlich geht es nur gemeinsam im abgestimmten Hilfesystem, am Besten im verbindlichen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). In institutions-übergreifenden

Fortbildungen können wir die Realität der pharmakologischen Therapie psychischer Erkrankungen kritisch in Aufklärungsveranstaltungen reflektieren. In der wirklichen Begleitung und Behandlung von Menschen geht es darum, in praktischer Arbeit bezogen auf den Einzelfall, therapeutische Hilfe beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka anzubieten. Es leuchtet sofort ein, dass die niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen hier eine wichtige Rolle spielen. Denn es sollte nie nur darum gehen, jemandem etwas wegzunehmen. Vielmehr geht es um neue Ziele, um Mitarbeit auf dem Weg zur Genesung, Psychotherapie ist von zentraler Bedeutung. Selbstverständlich ist es denkbar, dass Menschen mit psychischen Krankheiten sich dafür entscheiden, auch in Anbetracht der hier aufgeworfenen Fragen und im Lichte der neueren Erkenntnisse, eine pharmakologische Therapie zu wollen bzw. fortzusetzen. Nach den Beobachtungen in Amerika durch Peter BREGGIN (2013) dürfte es ohnehin so sein, dass es für eine unbekannte Anzahl der an die Einnahme der Medikamente gewöhnten Menschen nahezu unmöglich sein wird auf die Substanzen zu verzichten, da sich ihr Stoffwechsel so sehr darauf eingestellt hat, dass ein Absetzen zu extrem verunsichernden körperlichen und psychischen Irritationen führt. Für diese Gruppe, von der wir nicht wissen, wie groß sie ist, bliebe nur eine Art Substitution mit einer möglichst wenig schädigenden Dosis übrig. Aber es gibt auch viele Beispiele für gelingende Reduktions- und Absetzvorgänge, selbst nach jahrelanger Einnahme. Bislang existiert praktisch keine wissenschaftliche Erkenntnis zur Absetzorganisation und durchführung. Entsprechende Forschung sollte von vornherein mit NutzerInnen-Beteiligung geplant werden. Noch sind wir auf individuelle Erfahrungsberichte angewiesen. Deshalb ist es wichtig, dass Kliniker, Niedergelassene und auch die Betroffenen und ihre Angehörigen sich über die Erfahrungen austauschen, wie es zum Beispiel im Antidepressiva-Forum Deutschland (ADFD) via Internet passiert. Meiner Ansicht nach sollten jedoch regionale Gruppen entstehen, in denen Menschen sich auf diesem Weg gegenseitig beraten und wo sie professionelle Hilfe und Unterstützung bewusst hinzuziehen. In diesem Zusammenhang ist der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern mit EX-IN-Hintergrund besonders sinnvoll. In Bremen haben wir ein solches Projekt gemeinsam mit der Inneren Mission als Anbieter des Betreuten Wohnens in der Innenstadt im Oktober 2016 gestartet. Der gesamte Vorgang wird evaluiert und bei passender Gelegenheit publiziert. Es ist bereits deutlich geworden, wie wichtig ein geplantes Vorgehen kombiniert ambulant und stationär ist, damit der Prozess nicht unnötig abgebrochen wird. Es ist

notwendig langfristig zu planen, circa zwei Jahre, da solche Zeiträume als notwendig beschrieben wurden. Es gibt gewiss auch schnellere erfolgreiche Reduktions- und Absetzversuche, aber die Vorsicht gebietet es, ein langsames Absetzen zu empfehlen. Soziale Unterstützung und eine gesunde Lebensführung sind hilfreich und wahrscheinlich notwendig für den Erfolg eines solchen Projektes. Entscheidend ist jedoch die individuelle Motivation. Wenn die Betroffenen für sich ein positives Ziel formulieren können, fällt die harte Arbeit, die damit verbunden ist, doch etwas leichter. Mehrere geglückte Absetzprozesse konnten wir begleiten bei Frauen im gebärfähigen Alter, die wegen ihres Kinderwunsches ohne Medikation leben wollten. Das ist ein starkes, unterstützenswertes Motiv. Es kann aber auch für nicht-gebärfähige Menschen (zum Beispiel alle Männer) viele gute Gründe geben, ihren Weg ohne pharmazeutische Krücken gehen zu wollen. Immer wieder beschrieben wird die unter den Medikamenten einsetzende Selbstdistanzierung bis hin zur Teilnahmslosigkeit. Dies findet sich in den Worten der Betroffenen oft so ausgedrückt: »Ich wollte wieder mehr ich selbst sein, mehr vom Leben spüren, meine Gefühle für andere Menschen stärker empfinden.« Deshalb lohnt sich der Weg hinaus aus der Medikation auch für alle, die mit sich selbst schwanger gehen, die sich weiter entwickeln wollen. Als Professionelle im Hilfesystem können wir sie begleiten auf dem hoffnungsvollen Weg zu mehr Selbstwirksamkeit und Verantwortung für ihr Leben.

Literatur

- ADERHOLD, V. (2014): Neuroleptika minimal – warum und wie. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).
- ANSARI, P./ANSARI, S. (2016): Unglück auf Rezept. Klett-Cotta.
- BREGGIN, P. R. (1984): »Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain«. New York: Springer Publishing Co.
- BREGGIN, P. R. (1991): »Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy, and Love Must Replace the Drugs, Electroshock, and Biochemical Theories of the »New Psychiatry««. New York: St Martin's Press.
- BREGGIN, P. R. (1992): »Beyond Conflict: From Self-Help and Psychotherapy to Peacemaking«. New York: St Martin's Press; u. v. m.
- BROGAN, K (2016): A Mind of Your Own: The Truth About Depression and How Women Can Heal Their Bodies to Reclaim Their Lives. Harpercollins Publishers.
- FINZEN, A. (2009): Medikamentenbehandlung bei Psychischen Störungen. Bonn, Psychiatrie Verlag 1979, 14. Auflage 2004, Neufassung : 2. Auflage.

- FINZEN, A. (2012): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen. Bonn, Das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag 2002. Neuausgabe: Mabuse-Verlag.
- GÖTZSCHE, P. C. (2015): Deadly Psychiatry and Organised Denial. People's Press.
- GÖTZSCHE, P. C. (2000): Why we need a broad perspective on meta-analysis. In: British Medical Journal. Band 321, Nr. 7261, September 2000, S. 585–586.
- GÖTZSCHE, P. C. (2014): Psychiatric drugs are doing us more harm than good. In: The Guardian, 30. April 2014.
- HARROW, M. et al. (2009): Locus of Control: Relation to Schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis-A 15-Year Longitudinal Study. In: Psychiatry Research, 168: 186–192.
- HARROW, M. et al. (2010): Schizophrenia: Course, Long-Term Outcome, Recovery and Prognosis, Current Directions. In: Psychological Science, 19: 220–225.
- HARROW, M. et al. (2005): Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery?: A 15-year multi-follow-up study. In: Schizophrenia Bulletin 31:723–734.
- HEALY, D. (1990): The Suspended Revolution: Psychiatry and Psychotherapy Reexamined. Faber & Faber, London.
- HEALY, D. (1996): Psychotropic Drug Development; Social, Economic and Pharmacological Aspects. Chapman and Hall, London.
- HEALY (2004): The Creation of Psychopharmacology (Paperback).
- HEALY, D. (2004): Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression. New York, University Press.
- HEALY, D. (2012): Psychiatric Drugs Explained Churchill Livingstone (Paperback 5th ed.) 2011. Pharmageddon University of California Press.
- LEHMANN, P. (Hrsg.) (2008): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Antipsychiatrieverlag.
- LEHMANN, P. (Hrsg. mit Peter Stastny) (2007): Statt Psychiatrie 2. Berlin, Antipsychiatrieverlag.
- LEHMANN, P. (Hrsg. mit Peter Stastny) (2007): Alternatives beyond psychiatry. Berlin, Antipsychiatrieverlag.
- LEHMANN, P. (Hrsg.) (2004): Coming off Psychiatric Drugs: Successful withdrawal from neuroleptics, antidepressants, lithium, carbamazepine and tranquilizers. Berlin, Antipsychiatrieverlag.
- LEHMANN, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie. 2 Bände. Berlin, Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, P. (Hrsg. mit Kerstin Kempker) (1993): Statt Psychiatrie. Berlin, Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, P. (1986): Der chemische Knebel. Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen. Selbstverlag.
- RUFER, M (1988): Irrsinn Psychiatrie. Zytglogge Verlag, Bern.
- RUFER, M. (1995): Glückspillen – Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka. Knaur-Taschenbuch, München.

- SEIKKULA, J. et al. (2006): Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. In: Psychotherapy Research, March 2006; 16 (2): 214–228.
- WEINMANN, S. (2008): Erfolgsmythos Psychopharmaka: Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen. Bonn, Psychiatrie Verlag.

Internet

- Robert Whitaker: Mad in America
- Antidepressiva Forum Deutschland
- Lauren Mosher: www.moshersoteria.com: Two alternative viewpoints: psychotropic drugs and crisis

Qualitätsgesicherte Pharmakotherapie - das Beispiel Antidepressiva

Tom Bschor, unter Mitarbeit von Dorothea Cires

Im Unterschied zu anderen Psychopharmaka, wie Neuroleptika oder Benzodiazepinen, hat es bei der Verschreibung von Antidepressiva in den letzten 20 Jahren einen starken Anstieg, nämlich um 500 %, gegeben [1]. Im Folgenden soll daher der Nutzen von Antidepressiva durchleuchtet und erörtert werden, um eine qualitätsgesicherte Behandlung darzustellen.

Antidepressiva werden in verschiedene Gruppen eingeteilt: trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, SSRI, SNRI, Autorezeptor-Blocker u. a. Die Gruppenbezeichnungen deuten auf den angenommenen Hauptwirkmechanismus hin. Dieser soll anhand folgender Abbildung deutlich werden.

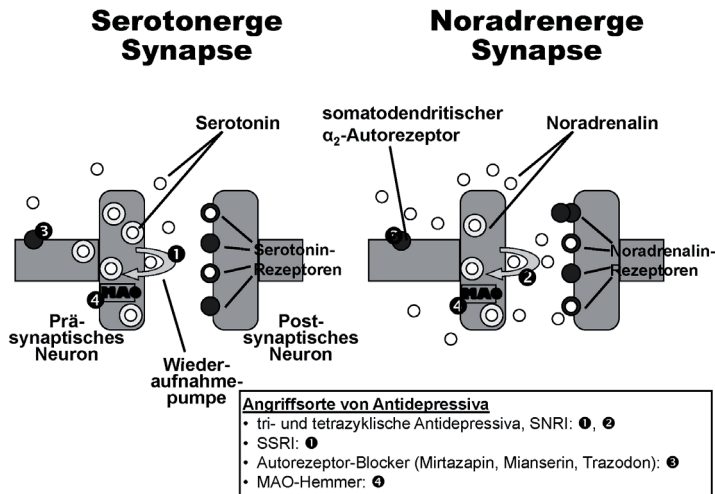


Abb. 1: Antidepressiva: Wirkmechanismen

Abgebildet sind zwei Synapsen im Gehirn. Die linke Synapse arbeitet mit dem Nervenbotenstoff Serotonin, die rechte mit Noradrenalin. Die Erregung wird mit dem Botenstoff auf die zweite Nervenzelle übertragen, indem dieser an die Rezeptoren andockt. Im Allgemeinen geht es bei allen Antidepressiva darum, die Konzentration von Serotonin und/oder Noradrenalin im synaptischen Spalt zu erhöhen, lediglich der Weg ist unterschiedlich. Der bekannteste Mechanismus ist die Hemmung der Wiederaufnahmepumpe,

die normalerweise dazu dient, den ausgeschütteten Neurotransmitter wieder zurück zu transportieren, um eine sinnlose Dauererregung zu vermeiden. Die Blockierung bewirkt eine höhere Serotonin- oder Noradrenalin-Konzentration im synaptischen Spalt. So wirken beispielsweise SSRI (selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer), SNRI (z. B. Venlafaxin, Duloxetin, Milnacipran) und die älteren trizyklischen Antidepressiva. Einige Antidepressiva blockieren das Enzym Monoaminoxidase (MAO), welches die beiden Neurotransmitter abbaut. Durch die Blockade wird ebenfalls die Konzentration im synaptischen Spalt erhöht. Eine weitere Medikamentengruppe blockiert den präsynaptischen α^2 -Rezeptor. Diese Rezeptoren dienen der Selbststeuerung des Systems im Sinne einer negativen Rückkopplung. Die Ausschüttung der Neurotransmitter stimuliert ab einer gewissen Menge den Rezeptor, welcher wiederum eine weitere Ausschüttung bremst. Medikamente wie Mirtazapin, Mianserin und Trazodon blockieren diesen Rezeptor, wodurch die negative Rückkopplung wegfällt und Serotonin oder Noradrenalin weiter ausgeschüttet werden.

Typische Eigenschaften von Antidepressiva sind somit die Verstärkung der Serotonin- und/oder Noradrenalin-Wirkung im Gehirn. Außerdem tritt die Wirkung verzögert ein, ab einem Zeitraum von etwa 14 Tagen. Die Ansprechrate beträgt maximal 2/3 und es erfolgt keine Abhängigkeit. Es gibt unterschiedliche Nebenwirkungen, bei modernen Medikamenten meist jedoch wenige. Nach einer erfolgreichen Behandlung sollten die Antidepressiva mindestens sechs Monate weiter genommen werden.

Um die Wirksamkeit von Antidepressiva zu überprüfen, wertete der Psychologe Irving KIRSCH 2008 [2] mehrere Studien aus, in denen Medikamente mit Placebos, also Scheinmedikamenten, verglichen wurden. Er gruppierte die Daten nach der Schwere der Depression zu Behandlungsbeginn anhand der Hamilton-Depressionsskala. Bei den leichten Depressionen konnte kein Unterschied zwischen Antidepressivum und Placebo festgestellt werden. Dieser Effekt zeigte sich erst bei den schweren Depressionen. Das Ergebnis der Studie konnte später von einem anderen Forschungsteam bestätigt werden [3].

Die provokantere Arbeit zu diesem Thema veröffentlichte KIRSCH 1998 [4]. Der Grund dafür war der Boom, den damals das Medikament Fluoxetin mit dem Handelsnamen Prozac bei den Amerikanern – angeblich vor allem aber bei den amerikanischen Hausfrauen – feierte. Ausgangslage war das Buch »Listening to Prozac«, woraufhin Kirsch seine Studie »Listening to Prozac but Hearing Placebo« nannte. Er wertete 19 Wirksamkeitsstudien

aus, in denen die eine Hälfte der Patienten einige Wochen mit einem Antidepressivum und die andere Hälfte mit Placebo behandelt wurde. Innerhalb der Antidepressiva-Gruppe gab es starke Schwankungen zwischen den Studien, ebenso innerhalb der Placebo-Gruppe – einige hatten sehr hohe Effektstärken, andere wiederum nicht. Kirsch stellte jedoch einen erstaunlichen Zusammenhang fest: in den Studien, in denen eine hohe Wirksamkeit für das Antidepressivum nachgewiesen wurde, zeigte sich ebenfalls eine ausgeprägte Wirkung bei dem Placebo – und andersherum. Das bedeutet, dass die Besserung nicht vorwiegend an der Chemie des Antidepressivums gelegen haben kann, sondern an verschiedenen anderen Faktoren, wie den Studienbedingungen, den Patienten, besonderer Zuwendung, Hoffnung, Psychotherapie oder es lag beispielsweise nur eine leichte Depression vor. Auch hier kam eine unabhängige Forschergruppe zum gleichen Ergebnis [5].

Beim direkten Vergleich der Antidepressiva-Gruppe und der Placebo-Gruppe in allen 19 Studien berechnete Kirsch, dass lediglich 25 % der Besserung auf einen pharmakologischen Effekt zurückgeführt werden können. Um mehr über die 75 % der nicht medikamentenspezifischen Effekte zu erfahren zog er 19 Psychotherapiestudien heran, in denen die Kontrollgruppe kein Placebo bekam, sondern auf der Warteliste stand. Für diese Warteliste interessierte sich Kirsch, da hier die Depression vier Monate gar nicht behandelt wurde. Was sich in dieser Gruppe durch das Nichtstun verbesserte, zog der Forscher von der Placebo-Gruppe ab. Das Ergebnis ist dann der eigentliche Placeboeffekt. Somit stellte er abschließend fest, dass 50 % der Besserung unter einem Antidepressivum auf den Placeboeffekt zurückgehen, 25 % auf den natürlichen Krankheitsverlauf (Warteliste) und lediglich 25 % auf einen pharmakologisch-chemischen Effekt (Abbildung 2).

Eine weitere Forschergruppe überprüfte die Studie und erhielt 32 % als Ergebnis für den pharmakologischen Effekt [6], was sich aber in der gleichen Größenordnung befindet. Es gibt sogar Argumente, die für einen noch geringeren pharmakologischen Effekt sprechen. Trotz dieses Ergebnisses ist zu bedenken, dass der Placeboeffekt an sich etwas Positives ist, da dabei Selbstheilungskräfte aktiviert werden ohne schwerwiegende Nebenwirkungen [7].

Es stellt sich aufgrund dieser Ergebnisse die Frage, warum nicht ausschließlich ein Placebo gegeben wird. Es besteht jedoch eine Aufklärungspflicht des Arztes dem Patienten gegenüber. In einer Studie besteht eine 50 %ige Wahrscheinlichkeit das Placebo zu bekommen, darüber sind die

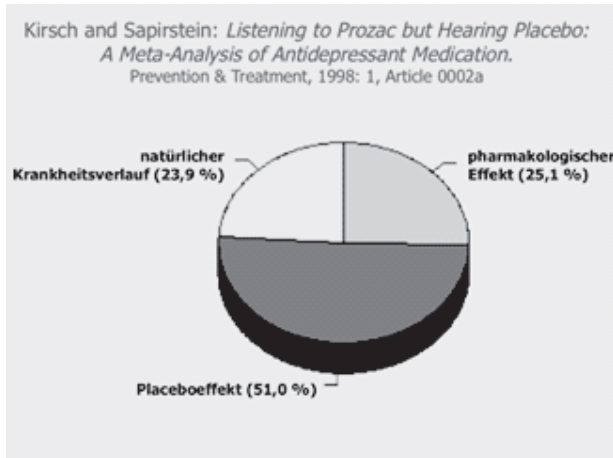


Abb. 2

Patienten aufgeklärt. Außerhalb einer Studie muss der Patient genau über die Medikation, ihre Effekte und die Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Wenn man aber ehrlich mitteilt, dass es sich um ein Placebo handelt, minimiert sich auch der Effekt – allerdings nicht ganz auf 0, aufgrund der Konditionierung, die das »Pilleschlucken« an sich mit sich bringt.

Um eine qualitätsgesicherte Verabreichung von Antidepressiva zu gewährleisten, gibt es eine nationale Versorgungsleitlinie mit der Stufe 3 (S3) [8]. Das steht für die höchste methodische Stufe, die eine Leitlinie haben kann und bedeutet, dass diese sich auf formale Vorgaben und eine abgesicherte Überzeugung stützt. Ein Element dieser Vorgaben beinhaltet, dass jegliche wissenschaftliche Literatur, die jemals zum Thema Depression veröffentlicht wurde, zusammengetragen werden muss. Ein weiteres Element schreibt vor, dass alle Gruppierungen, die etwas mit Depression zu tun haben, an der Erstellung der Leitlinie beteiligt sein müssen: neben Psychiatern auch Psychotherapeuten, Hausärzte, Angehörigenvertreter, Patientenvertreter etc.

Zunächst wurde die Frage geklärt, welche Zielgruppe überhaupt ein Antidepressivum bekommen soll. Laut den Forschungsergebnissen von Kirsch kommt hierfür die Gruppe der Schwerdepressiven in Frage. Eine generelle Verschreibung bei Erstbehandlung bei leichten depressiven Personen wird nicht empfohlen, allenfalls unter der kritischen Abwägung des Nutzen-Risikoverhältnisses. Allerdings scheint dies in der Praxis nicht immer

so gehandhabt zu werden, denn sonst ließe sich der Anstieg der verordneten Antidepressiva in den letzten Jahren nicht erklären, da die Mehrzahl der Depressionen eher der leichten Kategorie zuzuordnen ist. Die Einteilung dafür, wer ein Medikament bekommen soll und wer nicht, erfolgt laut der S3-Leitlinie nach leichter, mittelgradiger oder schwerer Depression. Daraus ergibt sich ein Algorithmus für die Behandlung. Bei leichten Depressionen kann man für 14 Tage zunächst von der depressionsspezifischen Behandlung absehen und sich auf eine sogenannte »aktiv abwartende Begleitung« beschränken, da sich gerade die leichten Depressionen oft von alleine bessern. Bei der mittelgradigen Depression ist laut Leitlinie eine Psychotherapie ODER eine Pharmakotherapie indiziert. Das ODER bedeutet, dass es keine klare Empfehlung für die Verschreibung eines Medikaments gibt. Bei der schweren Depression heißt es aber eindeutig, dass Psychotherapie UND Pharmakotherapie verordnet werden sollen.

Für die Antidepressiva-Verordnung gibt es zwei Dinge, die man beachten muss: sie müssen für eine ausreichende Dauer gegeben werden, da sie nicht sofort wirken, und die richtige Dosis muss eingesetzt werden. Der zeitliche Ablauf ist anhand folgender Grafik zu sehen.

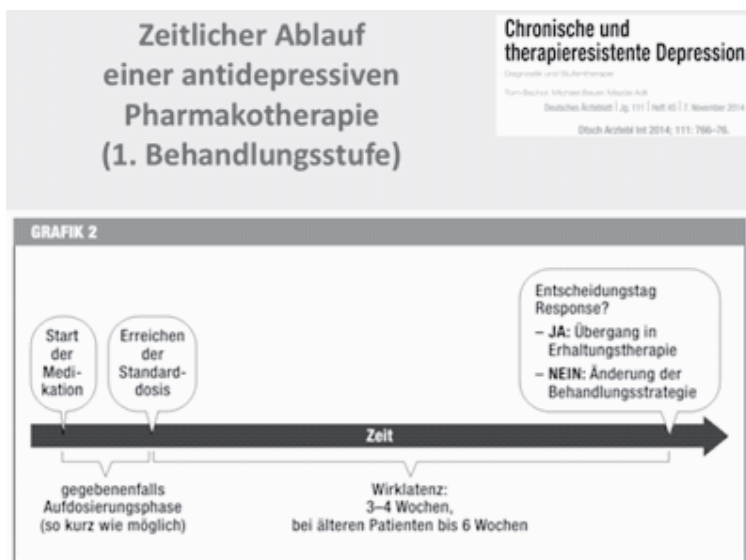


Abb. 3 (nach Bschor et al. 2014 [9])

Bei vielen Medikamenten wird aus Gründen der Verträglichkeit nicht mit der Standarddosis begonnen. Diese definierte Standarddosis muss jedoch erreicht werden, damit man sichergehen kann, dass das Medikament wirkt. Das bedeutet, es gibt eine Aufdosierungsphase, welche so kurz wie möglich gehalten werden sollte, da diese letztlich verlorene Zeit für den Patienten ist. Ab Erreichen der Standarddosis gibt es eine Wirklatenz von etwa drei bis vier Wochen (bei älteren Patienten bis zu sechs Wochen), was unbedingt vor Beginn der Pharmakotherapie mit dem Patienten besprochen werden muss. Erst am Ende der Wirklatenz überprüft man, ob es dem Patienten besser geht. Hierbei ist eine dichotome Antwort notwendig – ja oder nein. Deshalb ist die Dokumentation des Befindens des Patienten zu Beginn der Behandlung äußerst wichtig. Das kann man durch einen sorgfältigen psychopathologischen Befund oder auch durch eine Skala (z. B. Selbstbewertungsskala) erreichen. Falls das Medikament wirkt, wird die Behandlung fortgesetzt. In der Erhaltungstherapiephase soll das Medikament sechs bis neun Monate weiter genommen werden nachdem die Depression sich wieder gebessert hat. In diesem Zeitraum besteht ein deutlich erhöhtes Risiko, dass es einen Rückfall gibt, was durch das verfrühte Absetzen des Medikaments nur noch höher wäre. Nach diesem Zeitraum sollte man aber in Betracht ziehen, das Antidepressivum auszuschleichen. Eine langfristige Rezidivprophylaxe sollte man nur für Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko und vielen Episoden in kurzer Zeit in Erwägung ziehen.

Falls keine Veränderung am Entscheidungstag bemerkbar ist, muss die Pharmakotherapie geändert werden. Man würde zunächst den Medikamentenspiegel im Blut untersuchen, falls es nicht angeschlagen hat um zu überprüfen, ob überhaupt genug davon im Körper ankommt. Als nächsten Schritt empfiehlt es sich, die Antidepressiva-Dosis zu erhöhen, jedoch nicht bei SSRI, wo diese Maßnahme wirkungslos ist [9]. Weitere pharmakologische Schritte bestehen dann in der Kombination zweier Antidepressiva (nur bestimmte Kombinationen sind effektiver als eine Monotherapie) [10] oder in der Augmentation mit Lithium [11] oder evtl. mit einem Antipsychotikum der neueren Generation [12]. Der bloße Wechsel des Antidepressivums hingegen bringt keinen Vorteil über die bloße Verlängerung der Behandlungsdauer [13]. Eine weitere Möglichkeit wäre, sich bei ausbleibendem Erfolg des Antidepressivums von der pharmakologischen Strategie zu verabschieden, da es eine Vielzahl von Alternativen gibt: Psycho-, Schlaf-, Licht-, Elektrokrampf-, Sporttherapie und noch viele mehr.

Literatur

1. SCHWABE, U./PAFFRATH, D. eds. *Arzneiverordnungs-Report 2016: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin, Heidelberg: Springer.
2. KIRSCH, I./DEACON, B.J./HUEDO-MEDINA, T.B. et al. (2008): Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*;5:e45.
3. FOURNIER, J. C./DERUBEIS, R. J./HOLLON, S. D, et al. (2010): Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*;303:47–53.
4. KIRSCH, I./SAPIRSTEIN, G. (1998): Listening to prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*;1:Article 0002a.
5. STOLK, P./TEN BERG M. J./HEMELS, M. E./EINARSON, T. R. (2003): Meta-analysis of placebo rates in major depressive disorder trials. *Ann Pharmacother*;37:1891–1899.
6. RIEF, W./NESTORIUC, Y./WEISS, S. et al. (2009): Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *J Affect Disord*;118:1–8.
7. BSCHOR, T./KILARSKI, L. L. (2016): Are antidepressants effective? A debate on their efficacy for the treatment of major depression in adults. *Expert Rev Neurother*;16:367–374.
8. DGPPN, BÄK, KBV et al. (2015): S3 Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung. Berlin, Düsseldorf.
9. BSCHOR, T./BAUER, M./ADLI, M. (2014): Chronic and treatment resistant depression: diagnosis and stepwise therapy. *Dtsch Arztebl Int*;111:766–775.
10. HENSSLER, J./BSCHOR, T./BAETHGE, C. (2016): Combining antidepressants in acute treatment of depression: A meta-analysis of 38 studies including 4511 patients. *Can J Psychiatry*;61:29–43.
11. BSCHOR, T. (2014): Lithium in the treatment of major depressive disorder. *Drugs*;74:855–862.
12. BSCHOR, T. (2010): Therapy-resistant depression. *Expert Rev Neurother*;10:77–86.
13. BSCHOR, T./KERN, H./HENSSLER, J./BAETHGE, C. (2016): Switching the antidepressant after nonresponse in adults with major depression: A systematic literature search and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*.

IX Geschichtliches

Reprint »Irrenhäuser – Kranke klagen an«

Frank Fischer, Heinrich Kunze

Fischer : »Ich freue mich, dass ich hier sein kann. Ich habe von der AKTION PSYCHISCH KRANKE – muss ich gestehen – vorher noch nicht gehört. Durch Herrn Kunze bin ich hier, und es ist wichtig, dass er jetzt neben mir steht. Denn was ich 1969 – vor 47 Jahren – geschrieben habe, war für mich ein wenig in den Hintergrund getreten, fast verschwunden. Natürlich habe ich immer in den Medien mit Interesse wahrgenommen, was in der Psychiatrie passiert ist, dennoch war ich weit abgeseilt davon. Ich bin Lehrer geworden. Ich habe diesen Beruf sehr gern ausgeübt und natürlich hat das, was ich davor in psychiatrischen Krankenhäusern gesehen und erlebt habe, auch meine Ausübung des Lehrerberufes geprägt. Vieles von dem, was auf der Tagung bisher gesagt worden ist, war natürlich für mich ein etwas anderes Feld. Ich bin froh, dass Herr Kunze sehr in meine Nähe gerückt ist. Da habe ich mich deutlich wieder erkannt.

Kunze: Mir ist an Ihrem Buch der Satz ganz wichtig, jetzt frei zitiert: »Es ging nicht darum, für einzelne schlimme Ereignisse die dafür Schuldigen zu finden, sondern das waren Auswüchse des Anstaltssystems.« Sie hatten damals Goffman »Asylums« gelesen (das 1973 in deutscher Übersetzung erschien). Ich bekam ihr Buch 1970/71 in die Hände, über einen jungen Patienten in Berlin. Es hat mich, da ich auch Soziologe bin, tief beeindruckt. Deswegen passt die Präsentation gut zu dem Thema Systemverantwortung unserer Tagung.

Die jungen Leute – von mir aus gesehen sind ja junge Leute auch schon 50 Jahre alt – die kennen gar nicht mehr diese inhumanen Verhältnisse. Deshalb wollten wir gemeinsam etwas tun, damit diese Anstöße zur Psychiatrie-Enquete nicht in Vergessenheit geraten und diese Art der Unmenschlichkeit nicht in neuen Kleidern oder neuen Erscheinungsformen wieder ihr Unwesen treiben kann. Ein wichtiger Punkt, den ich Sie fragen möchte ist: Wie ist es Ihnen ergangen? Sie waren ja in Bezug auf die Psychiatrie und psychische Krankheiten Laie, das ist Ihnen ja auch vorgeworfen worden.

Fischer: Ja natürlich.

Kunze: Aber Herr Kulenkampff – als Professor und Anstaltsdirektor – hat das ja in seinem Vorwort als Stärke herausgestellt. Und wie ging es Ihnen

zwischen den beiden Bewertungen, »als Laie muss ich den Mund halten« oder »als Laie bin ich besonders prädestiniert sowas auf den Tisch zu legen? Wie haben Sie sich selber gesehen?

Fischer: Ich würde sagen, ich habe mich ins Fachliche nicht wirklich eingemischt. Da kommen bei mir zwar ein paar Begriffe vor wie Psychopharmaka oder so, aber nicht wirklich das, was ich heute Vormittag hier vielfach gehört habe. Ich habe dagegen gesehen, wie Menschen sich in psychiatrischen Krankenhäusern – besonders in Großanstalten – aufhalten, eigentlich zur Therapie, um dann wieder entlassen zu werden und ein einigermaßen normales Leben zu führen. Ich war erschrocken zu erleben, wie dort Menschen teilweise monatelang zu leben gezwungen waren. Während meiner Zeit als Hilfspfleger habe ich natürlich auch Fragen gestellt, wenn ich gar nicht verstand, was da ablief: z. B. als jemand gefesselt wurde, in eine Zelle kam und stundenlang tobte. All das hat mich so beschäftigt, dass ich das in meinem Buch »Irrenhäuser« emotional ausdrücken musste; auch später in mancher öffentlichen Gesprächsrunde. Oder bei der Gelegenheit, als ich mit dem CDU-Bundestagsabgeordneten Walter Picard im Gesundheitsministeriums mit dem Staatssekretär zusammentraf. Ich werde nicht vergessen, wie dabei mehrmals dessen Sekretärin hereinkam, den nächsten Gast ankündigte und wieder nach draußen entlassen wurde mit der kurzen Bemerkung »Absagen. Das hier ist wichtiger.« Drei Jahre vorher war ich freier Mitarbeiter der »Frankfurter Rundschau«. Ein Kollege sagte da einmal zu mir: »Du müsstest mal im psychiatrischen Krankenhaus in Goddelau recherchieren. Da sollen wieder sehr merkwürdige Sachen passiert sein, wie man hört.« Zunächst einmal wurde daraus nur eine sechsstündige Visite mit dem Leiter dieser Klinik. Aber ich arbeitete weiter an dem Thema. 1967 konnte ich dann in der ZEIT zwei Seiten veröffentlichen. Und dann 1969 die »Irrenhäuser«.

Kunze: Sie haben von der Visite mit dem Chefarzt berichtet. Sie schreiben, dass Sie auch gefragt haben: »Ja, kennen sie denn diese Verhältnisse, die ich hier beobachtet habe?« Und dann haben die gesagt:

Fischer: »Nein, das kann nicht sein. Das ist nicht meine Klinik.« Ich muss dazu noch sagen: Bevor ich eine Aufgabe als Hilfspfleger übernommen habe, (z. B. in München-Haar oder in Gütersloh, in Eickelborn, in Schussenried oder dann auch in England an zwei Stellen und in Salzburg), habe ich immer mit den Klinikleitern ein offenes Gespräch geführt. Ich habe Ihnen gesagt: Ich möchte diese Aufgabe übernehmen, aber ich sage Ihnen, ich will auch darüber schreiben. Daraus habe ich keinen Hehl gemacht.

Kunze: Davon will ich einen ganz großen Bogen zu heute schlagen. Was ist denn der unbekannte Background der heutigen Versorgungspsychiatrie? Sind es die Gefängnisse und bestimmte Heime? Die Zusammenarbeit mit dem Maßregelvollzug ist auch schon...

Zwischenruf: ... aber auch das Ausmaß an Zwang in jeder Klinik

Kunze: ... und die Obdachlosigkeit. Das sind für die heutige psychiatrische Versorgung die rückwärtigen Bereiche im Dunkeln. Wir tagen hier in Kassel und ich erhielt einen Rundbrief, dass die JVA Kassel – mit dem Vollzugskrankenhaus für ganz Hessen, mit einer psychiatrischen Abteilung z. Zt. ohne Facharzt – dringend Psychiater sucht.

Zwischenmeldung: Da kann ich mich anschließen. Es war in den Medien, dass in Eickelborn ein ganzes Haus abgebrannt ist. Glauben sie, dass die Behörden irgendwie nachgesehen haben wie beengt die Leute dort jetzt leben? Die leben einfach – ich weiß gar nicht, ob das menschenrechtlich hinreichend ist, wenn vier Betten in einem Zimmer stehen. Menschen im Freiheitsentzug. Dafür ist der Staat verantwortlich.

Kunze: Also ich will den Bogen spannen: Damals war es das Anstaltssystem, und heute ist die psychiatrische Versorgung überwiegend so gut wie noch nie. Aber das darf uns nicht blenden, sodass wir die heutigen Dunkelmräume nicht wahrnehmen, darum müssen wir uns kümmern.

Fischer: Einen ganz kleinen Blick will ich noch auf 1969 werfen. Das war ja nun die Zeit, die 68er-Bewegung; es wird viel darüber geschrieben. Da hatte sich in der Heidelberger Psychiatrie, wo ich damals auch war, ebenfalls eine ganze Menge getan. Da ist z. B. eine Gruppe von Patienten mit einem Arzt aus der Klinik in einen Hörsaal gezogen, und sie haben sich als das Sozialistische Heidelberger Patientenkollektiv organisiert. Dabei ließen sie sich von der These leiten: »Man wird nicht in der Klinik geheilt, sondern man wird geheilt, wenn der Sozialismus kommt und die Gesellschaft sich verändert«. Ganz einfach und überdeutlich!

Und jetzt hat sich nach fast 50 Jahren in dem gleichen Hörsaal wie damals nochmals eine große Versammlung eingefunden, auch mit ehemaligen Patienten, die sich diesem Patientenkollektiv angeschlossen hatten. Damals, 1969, gab es nicht nur die heftiger werdende Kritik an der Anstaltspsychiatrie, es gab auch daneben dieses Phänomen!

B Selbsthilfetag

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Stracke

Ich begrüße Sie herzlich zum Selbsthilfetag unter dem Thema »Lebenskunst und Recovery« und wünsche Ihnen im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit eine erfolgreiche Tagung.

Auf allen Ebenen müssen die Sichtweisen und Positionen der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen einbezogen und berücksichtigt werden. Das erfordert eine starke Interessensvertretung, die die Betroffenen und ihre Angehörigen in die Lage versetzt, gemeinsam mit den relevanten Organisationen Verantwortung für die Weiterentwicklung der Versorgung zu übernehmen. Die APK-Jahrestagung im vergangenen Jahr fand daher bereits unter dem Titel »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation« statt. Aber auch bei der diesjährigen Tagung unter dem Leitgedanken der »Verantwortungsübernahme« haben sich diese Aspekte in nahezu allen Vorträgen und Diskussionsrunden wiedergefunden. Und dazu passt auch gut, dass sich heute hier am gleichen Ort ein weiterer Veranstaltungstag unter dem Motto »Lebenskunst und Recovery« anschließt.

Am Nachmittag wird die Gründung des bundesweiten Netzwerks »Selbsthilfe Seelische Gesundheit« vollzogen. Ich bin überzeugt, dass die weitere Bündelung der Selbsthilfekräfte auf der Bundesebene dazu beitragen wird, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine stärkere Stimme bekommen bei der weiteren Gestaltung eines zukunftsfähigen Hilfesystems. Ich wünsche Ihnen dabei viel Erfolg und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Resilienz und Recovery - Etappen, Erfahrungen und Einsichten auf Wegen zu seelischer Gesundheit

Frank Rettweiler

Zur psychosozialen Lage in Deutschland

Menschen verfügen über Ressourcen, Schutz- und Selbstheilungskräfte. Diese Kompetenzen zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen sind den Anforderungen bei vielen Menschen allerdings heute nicht mehr gewachsen, denn wir erleben eine Zunahme vielfältiger Überforderungen bei gleichzeitiger Destabilisierung sozialer Beziehungen. Leistungsanforderungen, Informationsüberflutung, Konsumverführungen usw. nehmen immer weiter zu. Familiäre Zerfallsprozesse, berufliche Mobilität, virtuelle Beziehungen, Trennung, und Scheidung sind an der Tagesordnung. Der persönliche Schutzschirm ist angesichts dieser Entwicklung für viele zu klein geworden. Die Folgen sind evident. Stressbedingte Störungen betreffen schätzungsweise jedes Jahr 120 Millionen EU-Bürger. Das entspricht etwa 30 Prozent der Bevölkerung (Deutsches Resilienz-Zentrum).

Psycho-soziale Überlebenskunst

Es muss also darum gehen, psycho-soziale Kompetenzen zu entwickeln und zu stärken. Im Vordergrund steht die Aktivierung der Kompetenzen zur selbstverantwortlichen Lebensgestaltung, zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen und zur Herstellung tragfähiger Beziehungen. Einerseits geht es dabei um die Entwicklung und Stärkung psychischer Widerstandsfähigkeit (Resilienz). Dies zielt auf die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und die psychische Gesundheit zu erhalten. Andererseits müssen die Voraussetzungen zur Wiedergesundung (Recovery) im Sinne der Aktivierung des Genesungspotenzials, der Unterstützung von Veränderung und der Förderung von Perspektiven und Wachstum verbessert werden.

Ein Überlebensweg aus dem Labyrinth der Krise

»Glück ist das Gefühl, auf dem richtigen Weg zu sein.« (Jorge Bucay)

Ein Überlebensweg aus dem Labyrinth der psychischen Krise verläuft nicht geradlinig. Manchmal führt er über Nebenwege voller Schlaglöcher und ist streckenweise gesäumt von Abgründen, in die wir zu stürzen drohen.

Manchmal verirren wir uns unvermittelt in der Unterwelt, in den Untiefen unserer Psyche, einer beängstigenden Welt der Schatten. Aus diesem Reich bedrohlicher Dämonen scheint es kaum noch ein Entrinnen zu geben. Für lange Zeit können wir uns kaum vorstellen, jemals einen Pfad zurück ins Licht des Lebens zu finden. Im Folgenden geht es um Etappen, Erfahrungen und Einsichten auf einem solchen Weg.

Begegnungen, Beziehungen und Zugehörigkeit

»Der Mensch wird am Du zum Ich.« (Marin Buber)

Eine wesentliche stabilisierende Ressource auf dem Weg der Genesung sind enge Beziehungen zu Menschen, die uns nahe stehen. Denn »alles wirkliche Leben ist Begegnung«. Wir alle haben das tiefe Bedürfnis, gesehen und gehört zu werden, respektiert zu werden, uns zugehörig zu fühlen und Mitgefühl zu erfahren. Dort wo Leid auf Unverständnis und Unwissen und Ignoranz und auf (Ver)Urteilung trifft wird Leid verstärkt. Dort wo Leid auf Verständnis und Wissen und Achtung trifft, wird Gemeinschaft und Heilung möglich.

Gerade in Zeiten, in denen ich selbst aufgrund der innerpsychischen Erstarrung kaum in der Lage war Gefühle zu empfinden, war da doch ein vages, verschwommenes Gefühl von Liebe, Wärme, Nähe, Geborgenheit und Vertrauen, die mir entgegengebracht wurden. Immer wieder gab es Versuche des Verstehen-Wollens, was für Nicht-Betroffene kaum zu verstehen ist. Es gab zahllose Versuche zu stützen, was sich letztlich kaum auffangen lässt. Ich spürte das Mitgefühl, die Güte und die Hoffnung im Angesicht des Unbegreiflichen und trotz der eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht. Hinzu kamen Lehrmeister verschiedener Denkrichtungen, die mich begleitet und inspiriert haben und von deren Vorbild ich profitieren konnte: Gemeinschaft, Werte, Haltung.

Achtsamkeit und Radikale Akzeptanz

»Es ist wie es ist, sagt die Liebe.« (Erich Fried)

Die ersten unsicheren Schritte auf meinem eigenen Weg führten mich in die anfangs ungewohnte und befremdlich wirkende Welt der Achtsamkeit und der Akzeptanz. Es war ein vorsichtiges Herantasten an das Hier und Jetzt des DaSeins. Damals konnte ich die tieferen Zusammenhänge aufgrund

meiner vielfältigen Verblendungen nur schemenhaft wahrnehmen. Vieles war noch ungeordnet und unsicher. »Kann ich das Leben annehmen wie es ist, statt gegen die Realität anzukämpfen? Kann ich mit der vermeintlichen Katastrophe des Lebens weiterleben? Ist es möglich, das zu akzeptieren, was ich in diesem Moment nicht ändern kann?«

Ich versuche heute nicht mehr so sehr, aussichtslose Kämpfe gegen das zu führen, was unvermeidlich ist. Ich habe zunehmend gelernt, Schlaglöcher besser zu umgehen, Krisen eher mit einer annehmend neutralen Haltung zu begegnen. Somit bleibt mir mehr Offenheit, Klarsicht und Energie, um mich neu zu orientieren und weiterzugehen. Freiheit ist eine Folge des Nicht-Anhaftens, des Geschehen-Lassens. Es war eine scheinbar seltsame Erfahrung, dass das, was ich nicht akzeptieren oder gar bekämpfen wollte, blieb. Es prägte mein Denken und engte mich weiter ein. Akzeptanz hingegen führte zu Entlastung, zu mehr Freiräumen für Neues. Bei »radikaler Akzeptanz« geht es darum, wie man vom Leiden zurück zum Leben kommt, zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben. »Radikales Annehmen« bedeutet damit aufzuhören, gegen die eigene Vergangenheit zu kämpfen, die Vergangenheit anzunehmen, mit allen damit verbundenen Gefühlen, die traumatischen Erlebnisse anzunehmen, mit Verstand, Herz und Körper. Erst, wenn ich ein Problem radikal akzeptiere, kann Veränderung stattfinden. Wenn ich dies nicht akzeptiere, entstehen innere Widerstände, innere Blockaden und Sabotageeffekte.

Die Achtsamkeitspraxis führte mich stärker in ein Leben in der Gegenwart. Der Umgang mit Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen veränderte sich. Ich habe im Laufe der Jahre gelernt, gedanklich weniger Zeit mit belastenden Erinnerungen oder in destabilisierenden Tagträumen zu verbringen. Ich versuche auch heute noch, mich weniger oft mit vagen Unsicherheiten, mit Sorgen und Ängsten zu befassen. Ich bemühe mich um eine innere Haltung des Weniger-Vergleichens, des Weniger-Bewertens, des Weniger-Beurteilens. Es ist das Gegenmodell zu all dem, was mich in psychischen Sackgassen gefangen hielt: das sich verewigende Denken an eine schmerzvolle Vergangenheit oder eine beängstigende Zukunft, das Vergleichen der Situation mit Wunschkonstruktionen.

Achtsames Gewahrsein hilft mir auch heute noch, die destabilisierenden Schemata zu verwandeln. Es sind die Automatismen alter neuronaler Autobahnen, die uns in die Krise führen und darin festhalten, die endlosen alten Geschichten und Grübeleien, die Teufelskreise und die Abwärtsspiralen. Ich habe zunehmend gelernt, Distanz zu diesen mentalen Vorgängen zu

gewinnen. Mir gelingt es nun eher, von außen auf innere Geschehnisse zu schauen, wie eine Art neutraler Beobachter oder mitfühlender Zeuge. Heute identifiziere ich mich weniger mit meinen vermeintlichen Niederlagen oder Verletzungen. Natürlich begleitet mich meine »melancholische Dame in Schwarz« noch immer. Mittlerweile gleicht die Begegnung mit ihr eher einer Art Tanz als einem Kampf. Ich weiß heute, dass mein Geist sich täglich wandelt und erneuert. Dies geschieht offensichtlich auf Basis dessen, was ich erlebe und denke. Achtsamkeit und geduldiges Üben helfen, die alten Denkautobahnen umzubauen. Dafür können Bahnen größerer psychischer Stabilität entstehen, zunächst Feldwege und dann Bundesstraßen, die später zu Autobahnen werden.

Sinn und Werte

»Der Seele Heimat ist der Sinn.« (Victor Frankl)

Krisen sind häufig Auslöser für eine existenzielle Suche. Wenn Leben an sich einen Sinn hat, dann muss auch Leiden einen Sinn haben. Es geht um Fragen wie: Welche Lebensperspektive gibt es, trotz »der ganzen Katastrophe« des Lebens? Was will die »Katastrophe« mir sagen, was könnte die Botschaft sein? Welche Chance verbirgt sich dahinter?

Es braucht einen vagen Anziehungspunkt, von dem Hoffnung und eine innere Kraft ausgeht. Werte sind wie ein Kompass. Sie geben Orientierung und verleihen Handlungen Bedeutung. Im Laufe der Jahre haben sich meine Werte radikal verändert. Aus Haben- und Tun-Werten wurden eher Sein-Werte. Lebenserfolg resultiert heute weniger aus materiellem Schein und Status und mehr aus gelungenen Begegnungen und Beziehungen. Der vorbehaltlose Glaube an die Vernunft ist Orientierungen gewichen, die eher in der Spiritualität wurzeln. Mein Ego-Tunnel öffnet sich für Perspektiven, die das Wohl anderer im Blick haben.

Selbstachtung und Selbstfürsorge

»Der große Bösewicht heißt Selbstverachtung, Selbsthass und Unzufriedenheit mit mir selbst.« (Anthony de Mello«)

Selbstfürsorge und Wohlwollen mit sich selbst meinen letztlich, sich selbst zu lieben wie seinen Nächsten. Unsere kritischen inneren Stimmen dage-

gen suggerieren uns, dass wir Anforderungen erfüllen müssen, Schwächen abstellen müssen, es allen Recht machen müssen, die Kontrolle behalten müssen, perfekt und sofort. Die Selbstachtung sagt: Ich bin ich und ich bin ok. Ich kann in Würde zu mir stehen. Erst, wenn ich mich selbst akzeptiere wie ich bin, kann Veränderung stattfinden: mit allen Unzulänglichkeiten, bedingungslos, um meiner selbst willen. Wenn ich nicht zu mir stehen kann, entstehen innere Widerstände gegen Veränderungen, eine Art Selbst-Sabotage.

Selbstwert – Stärkung und Stabilisierung

»Jeder Mensch ist einzigartig und wertvoll.« (Virginia Satir)

Der Selbstwert ist für viele ein zentraler Indikator ihres Wohlbefindens. Während der krisenhaften Wegstrecken war mein Selbstwert katastrophal niedrig. »Ich bin nur etwas wert, wenn ich etwas leiste.« Dieser mächtige Glaubenssatz hatte sich bei mir früh eingebrannt. Ich habe erst langsam erkannt, wie unsinnig es ist, den inneren Wert an äußere Leistungsnormen zu knüpfen. Ich habe heute begriffen, dass ich mich fatalerweise viel zu stark von der Bewertung durch andere abhängig gemacht hatte.

Es sind nicht die Wertungen und Ratschläge anderer, die uns auf Kurs bringen. Eher sind es Fragen an uns selbst, die uns den Weg weisen können: Wer bin ich – eigentlich – hinter meinen sozialen Masken, hinter meinen Schutzmauern und Fassaden? Wer außer mir kann mir meine Würde nehmen? Wie kann ich unabhängiger werden von Projektionen anderer? Was bin ich im Kern meines Seins, wenn alles Äußere wegfällt?

Was wir über uns denken hat eine massive Auswirkung auf unser Befinden. Bin ich unheilbar krank oder ver-rückt, lebenserfahren, kreativ, sensitiv und außergewöhnlich?

Den Selbstwert zu stärken erfordert Selbstakzeptanz und ein In-Kontakt-Kommen mit persönlichen Fähigkeiten, Wissen und Eigenschaften. Hilfreich sind Frage wie: Welche Stärken habe ich? Worauf bin ich stolz? Was gibt mir heute Mut und Sicherheit? Worauf kann ich mich verlassen? Wie abhängig bin ich von äußeren Kriterien? Wie stabil bin ich von innen?

Sich aus der Tyrannei des gewohnheitsmäßigen Denkens befreien

*»Wir sind, was wir denken. Alles, was wir sind, entsteht in unseren Gedanken.
Mit unseren Gedanken erschaffen wir die Welt«. (Buddha)*

Was wäre, wenn die Sichtweisen des Buddha und die des modernen Konstruktivismus sich als zutreffend erwiesen? Dann wäre es möglich, uns und damit unsere Welt zu verändern. Mir scheint dies alles ebenso plausibel und verheißungsvoll wie schwierig. Doch wir sollten es zumindest versuchen. Denn wo sollen Veränderungen in unserem Leben ihren Ursprung haben, wenn nicht in unserem Denken?

Folglich beobachte ich auf meinem Weg zunehmend achtsam mein Innenleben: Was denke, fühle und empfinde ich gerade? Welche Selbstgespräche führe ich? Welche meiner inneren Stimmen sind beteiligt? Was spielt sich auf meiner inneren Theaterbühne ab? Welche Vergleiche und Wertungen prägen mein Denken? Wie hilfreich ist das, was ich denke? Sind Gedanken nicht letztlich nur mentale Ereignisse, wie Wolken, die vorbeiziehen? Was wäre, wenn ich belastende Gedanken wieder loslassen könnte, ohne mich damit zu identifizieren?

Wesentlich ist eine Einsicht und Erfahrung: Unser Verstand ist nicht immer unser Verbündeter. Manchmal ist er wie eine Schallplatte mit einem Sprung ... oder wie ein Karussell, das sich im Kreis dreht ... Aber vor allem: er ist unser Werkzeug – und nicht umgekehrt. Wir können lernen, uns von Gedanken zu lösen, Gedanken als das sehen, was sie sind – Worte – und nicht die »Wahrheit«. Wir können lernen, uns aus Verstrickung und Spiralen zu lösen, Gedanken kommen und gehen lassen. Wir können uns fragen, ob sie nützlich und hilfreich sind, statt ob sie »wahr« oder »falsch« sind.

Perspektivwechsel – Ressourcen statt Defizite

Es geht um eine veränderte Aufmerksamkeitslenkung. Ich habe lange gebraucht, um zu verstehen, wie wichtig die Perspektive ist. Anfangs war meine Aufmerksamkeit noch einseitig auf Symptome, Pathologie und Defizite fokussiert. Zudem wurde mir diese Sichtweise durch manche Vertreter der sozialen Systeme förmlich aufgezwungen. Es war ein Paradigmenwechsel erforderlich, um mich zunehmend mit Ressourcen und weniger mit Defiziten zu beschäftigen. Irgendwann war die vage Zukunft wichtiger als die pathologische Vergangenheit. Ziele und Perspektiven haben das Potenzial, mehr

Kraft zu entfalten als Limitierungen und Stigmatisierungen. Diagnosen und Kategorisierungssystematiken zementieren innerpsychisch den symptomatischen Zustand. Wir sollten uns gestatten, in einem gewissen Sinn ver-rückt zu sein: ver-rückt, um innere und äußere Barrieren und Begrenzungen zu ver-rücken. Mit dem Wechsel der Blickrichtung entsteht neuer Raum. Die alte graue Landschaft auf dem Weg aus der Krise wird heller und farbiger. Wir alle sind gut beraten, uns mehr an Ressourcen, statt an Defiziten und Pathologie auszurichten. Wir sollten eher die Zukunft als die Vergangenheit im Blick haben. Wir sollten uns stärker an Zielen statt an Limitierungen orientieren.

Selbstmotivation und Selbstwirksamkeit

»Ein Weg entsteht, wenn man ihn geht.« (Konfuzius)

Was kann mich motivieren und in Bewegung bringen? Ich begann irgendwann, die Kraft der inneren Bilderwelten für mich zu nutzen. Ich spürte den Zauber der Worte, wenn ich mich mit den heilsamen Mythen und Metaphern unserer Vorfahren beschäftigte. Ich erkundete die verkörperten Botschaften meiner leiblichen Hülle und meiner Intuition (Was willst du mir damit sagen?). Wesentliches wird dadurch klarer: Was will ich wirklich? Wozu bzw. wofür möchte ich mich entwickeln? Wer kann mich wie unterstützen?

Die gewünschte Zukunft wird so durch variables Denken in Vorstellungs- und Möglichkeitsräumen gelenkt: Nur einmal angenommen ... ich könnte es schaffen ... trotz oder gerade wegen aller Erfahrungen Rückschläge ... Was würde dann sein? Was wäre anders, attraktiver, besser, schöner ...? Der erste Schritt in die neue Welt ist also eine Vorstellung. Auf dem weiteren Weg geht es darum, sich positive Erfahrungen zu ermöglichen, aus kleinen Erfolgserlebnissen größere zu machen. Es ist für mich bis heute eine große Herausforderung, belastende Denk- und Verhaltensmuster und Abwärtsspiralen zu unterbrechen und positive mentale Muster einzuüben und zu verstärken. Es geht immer wieder um Wahrnehmungslenkung: Was hat sich bereits verbessert? Wofür bin ich dankbar? Wie kann ich positive Erfahrungen schätzen und nutzen? Dieses bewusste Wahrnehmen stabilisiert den fragilen Selbstwert und stärkt die anfangs noch zarten Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Aus der Abwärtsspirale kann eine pendelnde Aufwärtsbewegung werden.

Krisen-Kompetenz und Rückfallprophylaxe

»Du kannst die Wellen nicht anhalten, aber Du kannst lernen, auf ihnen zu reiten.« (Joseph Goldstein)

Ich bin heute davon überzeugt, dass Krisen zu einem neuen Bewusstsein, zu innerem Wachstum und zur Selbstwerdung beitragen können. Rückfallprophylaxe basiert auf Selbstreflexion und nachhaltigem Erfahrungslernen, denn die neuronalen Verschaltungen der krisenhaften Vergangenheit sind sensibel und anfällig für Rückfälle. Mensch, erkenne dich selbst: Was triggert mich und wie kann ich mit diesen Auslösern besser umgehen? Welche Schwierigkeiten habe ich wie gemeistert? Welche Fähigkeiten und Erfahrungen haben geholfen? Wie kann ich Veränderungen offen und bereit begegnen? Wie kann ich Probleme als Herausforderung deuten? Wie kann ich meine Widerstandsfähigkeit stärken? Was trägt zu einem befriedigenden und sinnerfüllten Leben bei?

Heilungsgeschichten und verwundete Heiler

»Ich wollte nicht als Feigling sterben.« (Marsha Linehan)

In Michael Endes »Die unendliche Geschichte« findet sich eine bezaubernde Metapher. »Es gibt Menschen, die können nie nach Phantasien kommen, ... und es gibt Menschen, die können es, aber sie bleiben für immer dort. Und dann gibt es noch einige, die gehen nach Phantasien und kehren wieder zurück. So wie du. Und die machen beide Welten gesund.« Ist möglich, die Unterwelt psychischen Leids zu durchqueren und gestärkt aus der Krise hervorzugehen? Ist es vorstellbar, die eigene Betroffenheit als Potenzial und Ressource anzusehen? Ist es denkbar, ganz neue Wege einzuschlagen, allen Widerständen und Stigmatisierungen zum Trotz? Vielleicht gibt es so etwas wie eine eindringliche Botschaft des verwundeten Heilers tief in unserem Inneren. Wegweisend für mich war die Begegnung mit Marsha Linehan, der Begründerin der Dialektisch Behavioralen Therapie. Auf dem Höhepunkt ihrer Karriere präsentierte sie sich selbst als Expertin aus Erfahrung in der New York Times. Und trotz ihrer bahnbrechenden Erfolge als Wissenschaftlerin führt sie ihre Therapieerfolge letztlich auf ihre persönlichen krisenhaften sowie ihre spirituellen Erfahrungen auf dem Zen-Weg zurück.

Recovery scheint mir heute beim Blick zurück und nach vorne vor allem eine »Discovery« zu sein – eine Entdeckungsreise zu einem authentischeren Da-Sein. Der Weg der psychischen Gesundheit entsteht beim Gehen, Schritt für Schritt. Manchmal tun sich neue und vielleicht unerwartete Hindernisse auf. Dann ist es hilfreich, sich an Oscar Wilde zu erinnern, der einmal gesagt hat: »Am Ende wird alles gut. Wenn es nicht gut wird, ist es noch nicht das Ende.«

Lebenskönnerschaft, nicht Lebenskunst, übernimmt die Verantwortung für das eigene Leben und stärkt die Gesundheit

Gerd B. Achenbach

Meine sehr verehrten Damen und Herren, mit »Lebenskunst und Recovery« haben Sie über Ihrer Tagung zwei Begriffe gehisst, so wie man Fahnen aufzieht und mit ihnen appelliert, die mich, ich gestehe, in Verlegenheit bringen. Wahrscheinlich werde ich mich einer zweifachen Ketzerei schuldig machen müssen, indem ich Ihnen aufrichtig versichere: Mir gefallen *beide* Begriffe nicht. Schon der Anglizismus »Recovery«, der offenbar den Ruch des Modischen nicht scheut, der also neu daherkommt und sich mit seiner Neuigkeit empfiehlt – so wie auf der Flasche Haarshampoo »Neue Formel« steht, was als Argument verstanden wird, der Sache zu vertrauen –, überzeugt mich nicht. Sind Sie sicher, dieser aus dem Angloamerikanischen ausgeliehene Begriff verdiene tatsächlich den Vorzug gegenüber dem älteren, allemal soliden, aus dem Lateinischen entwickelten Begriff der »Konvaleszenz«, beziehungsweise »Rekonvaleszenz«, was von *reconvalescere* herkommt, zu deutsch: »wiedererstarken«, bzw. von *convalescere*, was soviel heißt wie »erstarken, sich erholen, genesen«? Und dann steht da für jenen Begriff ältesten Ansehens das lateinische *valescere* Pate, was »kräftig werden, erstarken« heißt, zu lateinisch *valere*, deutsch: »stark, kräftig, gesund sein«. Übrigens: Der ältere und eingeführte, auch bewährtere Begriff hat einen unschlagbaren Vorzug vor dem modischen: Er kann im Grunde nicht veralten, denn, was Ansehen genießt, eben *weil* es alt ist, veraltet nicht. Das hingegen ist das Schicksal alles Modischen, das eben aufkommt, eine Weile für sich einnimmt, dann verblasst es peu à peu und verschwindet schließlich, sobald ein anderes modernes Wortgebilde auftaucht und mit dem Schick des Neuen für sich wirbt. Soviel zu dem einen Wort, das manche wie eine Losung propagieren.

Und das andere, das Hauptwort »Lebenskunst«? Das mag ich schon gar nicht. In der Grundschule sagten wir zu einem solchen Hauptwort oder Substantiv auch »Dingwort«. Ich erinnere daran, um im Vulgärjargon von heute zu gestehen: Lebenskunst ist schon mal gar »nicht mein Ding«.

Warum?

Einfach, weil ich nicht »Lebenskünstler« genannt werden möchte. Übrigens: die Mehrzahl von Ihnen, ich bin mir sicher, möchte das auch nicht. Da klingt allzu viel Hallodri, Dandy, Bohemien, schlimmstenfalls sogar noch Playboy mit.

Im Hinblick aber auf die Menschen, um die es uns hier auf ihrer Tagung geht, im Hinblick auf Menschen, die sich von einer schweren Krankheit zu erholen suchen – achten Sie hier bitte auf den schönen Wink der deutschen Sprache: »*sich* erholen«, nicht etwa: »erholt werden« – , im Hinblick also auf Menschen, die von schwerer Krankheit genesen möchten – auch dies ein wunderschönes Wort: »genesen« und »Genesung«, noch diesseits des nochmals anspruchsvolleren Begriffs »Heilung« ... – angesichts solcher Menschen also, die aus einer schweren Zerrüttung ihrer Seele auftauchen oder langsam wie aus einem schaurigen Alptraum erwachen, verbietet sich eigentlich ein so belasteter Begriff wie Lebenskunst. Nicht nur, dass Zweifel am Platz sind, ein von dunkler Depression gezeichneter Mensch oder einer, den die Angst im Würgegriff hatte, ein solcher könne sich wie der Phönix aus der Asche erheben, sein Gefieder schütteln und ausgerechnet als »Lebenskünstler« wieder auferstehen – nein, von solchen Zweifeln einmal abgesehen wage ich sogar zu sagen: Eine so wundersame Metamorphose wäre nicht einmal wünschenswert. Der Lebenskünstler nämlich, wie er im Buche steht oder auf dem Boulevard-Theater seinen Auftritt hat, ist seinem eingeschriebenen Charakter nach *unverantwortlich*, ein Hans Luftikus und Leichtfuß. Seine Kunst ist, fein heraus zu sein.

Meine Erfahrung aber sagt mir: Die psychisch ernsthaft Kranken, die Bedrückten, die Verschreckten, Ängstlichen und Mutlosen, die Zerrissenen und Aufgespalteten, die da kauern und sich krümmen, die sind immun gegenüber den Verführungen, die mit irgend einem Larifari oder Leichtsinns locken. Eher umgekehrt: Gerade jene wenigen, die es verschmähen, das Leben leicht zu nehmen, die Ernsthaften, die Tiefgesonnenen, die Nachdenklichen, die sind es, die einen Zugang zu den Bedrängten und Verworrenen, womöglich den Verwirrten finden.

Was hat da »Lebenskunst« zu suchen? Ich behaupte: nichts. Und darum schlage ich Ihnen vor: Sprechen wir von *Lebenskönnerschaft* anstatt von Lebenskunst.

Diesen Vorschlag werde ich Ihnen allerdings mit einigem Aufwand begründen müssen, zumal im Blick auf die Kranken und dies in der Hoffnung auf ihre Gesundung – ein weiteres, altehrwürdiges Wort aus der reichen Sprachgeschichte des Deutschen: »Gesundung« und »gesund«. Diese Begründungspflicht ergibt wohl schon daraus, dass der Begriff der »Lebenskönnerschaft«, vor nunmehr 15 Jahren von mir eingeführt, ein sogenannter Neologismus ist, sich also bisher keineswegs von selbst versteht. Hingegen machte der Begriff der Lebenskunst seit den Achtzigern Furore, was mit der

Rezeption des Spätwerks von Michel Foucault begann, der von »Ästhetik der Existenz« gesprochen hat.

Nun – ich stelle Ihnen einmal diese beiden Begriffe, den der Lebenskunst und den der Lebenskönnerschaft mit möglichst scharfer Konturierung einander gegenüber, dann werden Sie selbst bemerken, mit welchem Recht der zweite und jüngere Begriff für die Zwecke, die Sie verfolgen, der naheliegende und angemessenere ist.

Ich beginne mit einer ersten Unterscheidung:

Die Idee der Lebenskunst ist das *Glück*; Lebenskönnerschaft hingegen bewährt sich darin, des Glückes *würdig* zu sein.

Sehen Sie, da lasse ich gewissermaßen einen der unzweifelhaft ganz Großen der Philosophie ein Wort mitreden: Immanuel Kant. Der sah sehr richtig, dass die Chance, glücklich zu werden, nicht allein von uns abhängt, sondern dass da vielerlei Umstände mit im Spiel sind, auch solche, über die wir nichts vermögen, die uns vielmehr unverschuldet treffen. Denken Sie nur an den Krieg, der die Menschen hinwirft und zerfetzt, an Katastrophen der Natur, die mit kalter, mitleidloser Wucht die Menschen treffen, die Lumpen und Verderbten ebenso wie die Gerechten und die Guten, und in Ihrem besonderen Falle werden Sie an Menschen denken, die in irgendeinem dunklen endogenen Rachen oder einem schwarzen Seelenloch verschwanden, und wer wollte so hartherzig sein – wie es allerdings einmal die Menschen durchaus waren! – den Elenden ihr Elend selber zuzurechnen ...

Für diese Aufgeriebenen und Hingeworfenen sind jene Horizonte, die sich für andere als Glückverheißungen auftun mögen, ausgelöscht, und sie empfinden sich als ausgesperrt von aller Happyness – doch wir, die wir den Auftrag haben, ihnen in ihrem traurigen Geschick und Unglück beizustehen, wir allerdings vermögen den Gedanken festzuhalten und die unbeirrte Überzeugung, dass die Unglücklichen trotz alledem des Glückes *würdig* sind. Und darin dürfen wir sie – behutsam – bestärken. Was ihnen im besten Falle Mut macht.

Zweite Unterscheidung:

Der Lebenskünstler *gestaltet* sein Leben, feiert sich selbst als dessen Autor, genießt sich in der Rolle, sich selber zu erfinden, der Lebenskönnerschaft hingegen *bewährt* sich.

Von *Bewährung* freilich reden wir vor allem, wenn die Widerstände sperrig, die Umstände des Lebens widrig sind, wenn's im Lebenslauf nicht leicht dahin geht oder an der Oberfläche plätschert, sondern Hindernisse überwunden werden müssen und gekämpft wird und dazu Mut, Vertrauen,

Hoffnung, vielleicht mehr noch: Zuversicht vonnöten ist. Und nun frage ich Sie: Sind nicht *das* die Umstände, worin sich die befinden, die Ihnen am Herzen liegen?

Dritte Unterscheidung:

Der Lebenskünstler ist *beweglich*, der Lebenskönner *aufrecht*.

Ja, das ist so recht der Unterschied, der mir besonders wichtig scheint, ich darf sagen: auf den es ankommt ... Die *Beweglichkeit* des Lebenskünstlers, seine charakterliche Windigkeit, dies Genie, sich ein- und anzupassen, um dem Gängigen nur einen Hauch Originalität hinzufügen, das ihn »interessant« macht, eine Eigenwilligkeit, sei es ein Spleen, eine Marotte, das personale Markenzeichen, das ihn kenntlich macht und als unverwechselbar erscheinen lässt, die Duftmarke gewissermaßen – das alles taugt nichts, ist nichts wert, es lohnt sich nicht einmal, diese Maskerade, die der Bon Vivant da treibt, zu verachten: Ein Mensch mit ausgebildetem Geschmack wird solche Inszenierungen der eigenen Vorzüglichkeit einfach übersehen.

Was im Gegensatz dazu den Lebenskönner ausmacht – was ihn auszeichnet, sollte es genauer heißen – ist: Er ist aufrecht, im Bild geredet: Er »steht aufrecht«. Und das ist das Erste und Entscheidende, das einem, der vom Krankenlager auf will, als Idee aufgehen mag: Dass er sich nicht »unterkriegen lässt«, dass er seinen Stolz hat, seinen Stolz darein setzt, dass er wieder auf die Beine kommt und aufrecht steht, den Kopf und Blick geradeaus, den Kopf hoch, das Haupt erhoben – wohl bemerkt: *erhoben*, was ganz und gar nicht *überheblich* heißt.

Vierte Unterscheidung:

Der Lebenskünstler *gibt* seinem Leben einen *Sinn*, der Lebenskönner *erfüllt* ihn.

Das, meine sehr verehrten Damen und Herren, ist – zugegeben – eine haarige Unterscheidung ... , und das heißt, ich kann nicht mit Ihrer spontanen Zustimmung rechnen. Also werde ich ein wenig ausholen müssen ...

Die Rede vom »Sinn des Lebens«, so populär, ja ubiquitär sie auch ist, birgt gewissermaßen »Risiken und Nebenwirkungen« in sich, und da lautet die Empfehlung: Fragen Sie den Philosophen oder konsultieren sie Ihren philosophischen Praktiker. Sehen Sie: Wer seinem Leben erst einen Sinn »geben« müsste, hätte damit eingestanden – freilich in der Regel ohne es zu begreifen – dass sein Leben *sinnlos* ist, der sagt damit im Grunde, *an sich* habe sein Leben keinen Sinn. Meint er doch, er habe seinem Leben einen Sinn erst zu verschaffen.

Was aber nun, wenn da ein Kranker ist, der seine Flügel hängen lässt,

nicht auf die Beine kommt, sich verkriecht und, lautlos fast, dass wir ihn kaum verstehen, erklärt, sein Leben habe keinen Sinn, sei sinnlos, nutzlos, überflüssig, nein, schlimmer: Asche, zu nichts mehr gut, zu nichts mehr zu gebrauchen, nurmehr Müll, nur Abfall und gehöre in die Tonne – was dann? Werden wir von ihm erwarten können, erwarten dürfen, er möge sich wie ein Baron Münchhausen selber aus dem Sumpf hervorziehen, er solle wollen, wo es doch gerade an diesem Willen fehlt, weil die Kraft dazu ermattet ist – wären wir dann nicht genötigt, ihm im Grunde zuzustimmen und ihm beizupflichten: Wenn er seinem Leben keinen Sinn mehr zu verschaffen wisse, nun, dann habe eben auch sein Leben keinen Sinn ...

Ahnen Sie, inwiefern die leichtsinne Rede vom sogenannten »Sinn des Lebens«, den man sich *geben* müsse, den zugrundeliegenden *Nihilismus* verrät?

Wie aber, wenn der Sinn, der unserem Leben zukommt, nicht zu »machen« wäre – wie die unsinnige, leider aber populäre Redensart daherkommt, dieses oder jenes »mache Sinn« –, wenn vielmehr der Sinn, der unserm Leben innewohnt, zu *entdecken* wäre, wenn es darum ginge, ihn zu *erkennen*, wenn es gelte, sich des Sinns bewusst zu werden – wie eines Auftrags, der zu erfüllen ist, wie der Erwartung, der unser Leben zu genügen hat, oder, für ein Ohr gesagt, das »religiös noch nicht vollends taub ist«, das sich seine »religiöse Musikalität« bewahren konnte: Vielleicht ist das, was als Sinn gesucht wird, das, was sich Gott mit uns gedacht hat. Das gäbe dann die Richtung vor – Sinn ist »Richtungswissen« –, und verschaffte einem Leben, das anders leicht in tausend Stücke und Fragmente auseinanderbricht, in lauter Augenblicke, ein zufälliges Hier und Da und Dort und Dann, die Klammer, den Zusammenhalt, Zusammenhang, mit musikalischem Begriff: Stimmigkeit.

Ich wiederhole: Der Lebenskünstler meint, er habe seinem Leben einen Sinn zu *geben*, er gefällt sich in der Pose, *Sinnstifter* zu sein, der Lebenskünstler *erfüllt* den Sinn seines Lebens, sucht, ihm gerecht zu werden.

Fünfte und letzte Unterscheidung:

Lebenskunst sucht den *Genuss* des Lebens; Lebenskonnenschaft hingegen sucht vom falschen, faden, auch fadenscheinigen Leben zu *genesen*.

Diese letzte Unterscheidung hat eine lange Tradition für sich, ja, in gewisser Weise fällt sie überhaupt zusammen mit der Geburt des philosophischen Gedankens, ist sie mit ihm eins. So sehr, dass sich sagen lässt, sie sei der erste, anfängliche, *urphilosophische* Verdacht, nämlich: Dass es mit dem, was den Rummel dieser Welt in Gang hält, was da überall so laut und aufgeputzt Reklame für sich macht und in aller Mund gepriesen wird als das gute, schöne, prächtige, beneidenswerte Leben, dass es mit alledem gerade

nicht weit her ist, sondern dass da mehr versprochen als am Ende eingelöst wird, ja, dass sich das scheinbar pralle Leben bei näherer Bekanntschaft mit ihm als hohl erweist. In Martin Luthers Kraft-und-Saft-Diktion: als »übertünchtes Grab«, in der feineren des Samuel Beckett: als auserlesene Krawatte überm Kehlkopfkrebs.

Das gilt übrigens genauso für so manches, was als Gesundheit hochgelobt wird, mit der man's auch nicht übertreiben soll, selbst das trainierte, fit gemachte Wohlbehagen bekommt nur eine Schonfrist, dann packt's das Alter und danach der Tod. Im Rückblick aber kommt die Frage hoch, ob das der Mühe wert war? Und was von allem, das Genuss bereitete, Stich gehalten hat?

Ich will dasselbe einmal etwas derb und handfest sagen: Gaukeln Sie den Kranken und Verzweifelten keine heile Welt vor, kein »Friede, Freude, Eierkuchen«, kein »High Live«. Das Leben ist keine Dauerparty, und »alle sind gut drauf«. Um dasselbe etwas vornehmer zu sagen: Ersparen Sie sich und den Kranken, denen längst die Lust vergangen ist, den Illusionsaufwand, der sonst und überall betrieben wird.

Soviel dazu.

Und noch ein Zusatz: Die Kranken, seelisch Ausgedorrt, die den Appetit am Leben eingebüßt und den Schwung verloren haben, den die Gesunden brauchen, um ins Hamsterrad zurückzuspringen, die mit der Welt Entzweiten, ihr Entfremdeten, dürften kaum die Karriere eines Lebenskünstlers vor sich haben, aber hilfreich ist für sie, sich bewusst zu werden, was sie *können* und was ihre Bestimmung ist.

Aber lassen Sie uns beides, was sie können und was ihnen zgedacht ist als Bestimmung, nicht danach bemessen, was die Sache der »Normalen« und »Gesunden« ist, sondern das Maß, das anzulegen ist, ist *ihr* Vermögen, *ihre* Fähigkeit, *ihr* Können. Indem wir sie darin bestärken, machen wir sie stark, so viel es eben gehen mag, zu *ihrem* Lebenskönnen. Lebenskönnerschaft, die zählt, Gewicht hat, die Respekt verdient, ist einem schweren Leben abgewonnen.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Gerd B. ACHENBACH, Autor, Gründer der Philosophischen Praxis, Bergisch-Gladbach

Dr. Anja Esther BAUMANN, Geschäftsführerin, AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Prof. Dr. Tom BSCHOR, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik, ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission seit 2008, Berlin

Dorothea CIRES, Psychologin (M. Sc.), Abteilung für Psychiatrie Schlosspark-Klinik, Berlin

Marcel DAUM, Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V., Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Iris DEWALD, Vorstandsmitglied »Seelenerbe e. V.«, Göttingen

Prof. Dr. Jörg Michael FEGERT, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ulm

Frank FISCHER, Autor, Bad Soden

Dr. Detlev GAGEL, Leiter, Sozialpsychiatrischer Dienst, Bezirksamt Pankow, Berlin

Prof. Dr. Uwe GONTHER, Ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Dr. Heines, Bremen

Dr. Dieter GRUPP, Geschäftsführer ZfP Südwürttemberg und ZfP Reichenau, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bad Schussenried

Susanne HEIM, Angehörige mit trialogischer Psychiatrie-Erfahrung, Moderatorin u. a. des Kölner Psychose-Forums, Mitglied des Selbsthilfebeirats der Stadt Köln

Prof. Dr. Dr. Andreas HEINZ, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, stellvertretender Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Rainer HÖFLACHER, Geschäftsführer, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V., Teningen

Anja HÖPTNER, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Institut für Sozialpsychiatrie MV, An-Institut der Universität Greifswald

PD Dr. Holger HOFFMANN, Chefarzt, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Chefarzt, Soteria Bern

Jörg HOLKE, Leiter des Referats Psychiatrie, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

Dr. Regina KLAOW-FRANCK, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung des GBA, Berlin

Prof. Dr. Michael KÖLCH, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neuruppin

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, ehemaliger Ärztlicher Direktor, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Kassel

Dr. phil. h. c. Peter LEHMANN, Verleger, Autor, Dipl.-Sozialpädagoge, bis 2010 Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, Berlin

Barbara MÜLLER-KAUTZ, Chefärztin, Allgemeine Psychiatrie I, LVR-Klinik Köln

Klaus OBERT, Bereichsleiter, Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen, Caritasverband für Stuttgart e. V., Stuttgart

Prof. emer. Dr. Reinhard PEUKERT, Professor emer. der Hochschule Rhein-Main, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Wiesbaden

Kristin POMOWSKI, Geschäftsführerin, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Rostock

Frank RETTWEILER, systemischer Therapeut, Vorstand Landesverband Psychiatrieerfahrener Rheinland-Pfalz e. V., Speyer

Dr. phil. habil. Dirk RICHTER, Leiter Forschung und Entwicklung, Direktion Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Dozent, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Matthias ROSEMAN, Geschäftsführer, Träger gGmbH Berlin; Vorsitzender der BAG GPV, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Berlin

Hilde SCHÄDLE-DEININGER, Dipl.-Pflegerin, Sprecherin Arbeitskreis Psychiatrische Pflege in der DGSP, Leiterin der Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege, Fachhochschule Frankfurt

Regina SCHMIDT-ZADEL, Mitglied des Bundestags a. D., Vorsitzende, Landesverband der Alzheimergesellschaften NRW e. V., stellvertretende Vorsitzende der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Köln

Dorothea SAUTER, stellvertretende Präsidentin, Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Ulm

Rainer SCHAFF, Vorsitzender, Initiative Psychiatrie-Erfahrener Bodensee, Beisitzer bei NetzG, Konstanz

Prof. Dr. Renate SCHEPKER, Vorsitzende der BAG der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, e. V., Chefärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Weissenau, Ravensburg

Dr. Andreas SPECK, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Institut für Sozialpsychiatrie MV, An-Institut der Universität Greifswald, Hochschule Neubrandenburg

Prof. Dr. Ingmar STEINHART, Geschäftsführer, Stiftungsbereich Bethel, regional Dortmund, Professor Universität Greifswald, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Dortmund/Greifswald

Dr. Thomas STRACKE, Leiter des Referats 314 (Psychiatrie, Neurologie, Pädiatrie), Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

PD Dr. Sebastian VON PETER, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin

Franz-Josef WAGNER, Vorsitzender, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V., Trier

Steffen WAIß, Stabsbereich Politik, GKV-Spitzenverband, Berlin

Dr. Dyrk ZEDLICK, Chefarzt, Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow gGmbH, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Vorstand AKTION PSYCHISCH KRANKE, Leipzig

Christian ZECHERT, Dipl.-Soziologe, Dipl. Sozialarbeiter, Vorstand, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., Bonn

Veröffentlichungen und Informationstagungen der APK

- Band 42** »Selbsthilfe – Selbstbestimmung - Partizipation«
Tagung am 03. und 04.11.2015
- Band 41** **Qualität therapeutischer Beziehungen**
Tagung am 24. und 25.09.2014 in Berlin
- Band 40** »Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen«
Tagung am 24. und 25.09.2013 in Berlin
- Band 39** **Gleichberechtigt mittendrin**
Partizipation und Teilhabe
Tagung am 6. und 7.11.2012 in Berlin
- Band 38** »Psychiatriereform 2011 ... Der Mensch im Sozialraum«
Festakt am 17.10.2011 und
Fachtag am 18.10.2011 in Berlin
- Band 37** »Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern
und Jugendlichen braucht Hilfe!«
Tagung am 08. und 09.11.2010 in Kassel
- Band 36** »Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person
zur integrierten Hilfe im Verbund«
Tagung am 18. und 19.06.2009 in Berlin
- Band 35** »Koooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«
Tagung am 03. und 04.11.2008 in Kassel
- Band 34** »Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung«
Tagung am 19. und 20.11.2007 in Kassel
- Band 33** »Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz«
Tagung am 14. und 15.10.2006 in Berlin
- Band 32** »Worauf Du Dich verlassen kannst!
Gute Praxis und Ökonomie verbinden«
Tagung am 19. und 20.09.2005 in Kassel
- Band 31** »Prävention bei psychischen Erkrankungen –
Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«
Tagung am 12. und 13.05.2004 in Berlin
- Band 30** »Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen,
Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel

- Band 29** »Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.05.2002 in Berlin
- Band 28** »Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30.11. und 01.12.2001 in Bonn
- Band 27** »25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
1 + 2 Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn
- Band 26** »Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn
- Band 25** »Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
vergriffen Tagung am 24. und 25.09.1997 in Bonn
- Band 24** »Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
vergriffen Tagung am 23. und 24.04.1997 in Bonn
- Band 23** »Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
vergriffen Tagung vom 08. bis 10.05.1996 in Bonn
»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus, Freiburg i. Br. 1997
- Band 22** »Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
vergriffen Tagung am 17. und 18.05.1995 in Bonn
- Sonderdruck** »Personalbemessung im komplementären Bereich – vor der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
vergriffen Tagung am 27. und 28.04.1994 in Bonn
- Sonderdruck** »Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Selbstverlag Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ueckermünde
- Band 21** »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
vergriffen Tagung am 04. und 05.05.1993 in Bonn
- Band 20** »Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
vergriffen Tagung am 03. und 04.06.1992 in Bonn
nicht dokumentiert Regionalkonferenzen über den Bericht
»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991

- in Neubrandenburg
im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt
im Land Sachsen am 21. und 22. 11.1991 in Arnsdorf
im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg
im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen
- Band 19**
vergriffen »Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30.11 und 01.12.1990 in Berlin
- Band 18**
vergriffen »Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.06.1990 in Bad Emstal
- Band 17**
vergriffen »Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel
- Band 16**
vergriffen »Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.06.1989 in Bonn
- Band 15** »Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn
- Band 14**
vergriffen »Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
Tagung am 15. und 16.05.1986 in Bonn
- Band 13**
vergriffen »Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 05. und 06.12.1984 in Bonn
- Band 12**
vergriffen »Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn
- Band 11**
vergriffen »Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
Tagung am 06. und 07.07.1984 in Bonn
- Band 10** »Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach
- Band 9**
vergriffen »Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 02. und 03.12.1982 in Bonn
- Band 8**
vergriffen »Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 19.11.1982 in Bonn
- Sonderdruck**
vergriffen »Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
Tagung am 25. und 26.06.1981 in Bonn

- Band 7**
vergriffen »Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
Tagung am 06. und 07.11.1980 in Mannheim
- Band 6**
vergriffen »Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
Tagung am 13. und 14.06.1980 in Hannover
- nicht dokumentiert* Informationsveranstaltung zum »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« am 31.01.1980
- Band 5**
vergriffen »Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim
- Band 4**
vergriffen »Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn
- nicht dokumentiert* »Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf
- Band 3**
vergriffen »Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
Tagung am 01. und 02.06.1978 in Bonn
- Band 2**
vergriffen »Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
Tagung 07.10.1977 in Hamburg
- nicht dokumentiert* »Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.06.1977 in Loccum
- nicht dokumentiert* »Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 02. und 03.12.1976 in München
- nicht dokumentiert* »Was nun nach der Psychiatrie-Enquete«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt
- Band 1**
vergriffen »Gemeindenahe Psychiatrie«
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 08. und 09.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 05. und 06.03.1976 in Berlin

Bezug lieferbarer Titel durch:

AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Oppelner Str. 130

53119 Bonn

Download unter: www.apk-ev.de