



Dossier



SOZIALE PSYCHIATRIE UND KLINIK

Perspektiven der stationären Versorgung

Vorwort zum Dossier »Soziale Psychiatrie und Klinik – Perspektiven der stationären Versorgung«

Wolfram Vogtländer, langjähriges DGSP-Mitglied, stellte 2017 fest, dass sich die DGSP vor allem mit außerklinischen sozialpsychiatrischen Themen befasse und nicht als ein Verband wahrgenommen werde, der sich ausreichend um die Belange stationärer Akutversorgung kümmere. Er stellte die Frage, ob aus Sicht des DGSP-Vorstands die psychiatrische Klinik denn kein Akteur der Gemeindepshychiatrie sei. Damit hat er einen intensiven Diskussionsprozess ausgelöst, in dem der Vorstand zum Verbandstag 2017 mehrere DGSPler eingeladen hatte, die leitende Funktionen in Kliniken innehaben und viel Fachwissen und damit Anregungen für weitere Erörterungen mitbrachten. Daraus ist der DGSP-Denkanstoß »Soziale Psychiatrie und Klinik« entstanden, in dem die verschiedenen Erkenntnisse und Positionen zusammengetragen wurden. Außerdem hat die Redaktion der DGSP-Verbandszeitschrift »Soziale Psychiatrie« ein Themenheft zur Psychiatrie in der Klinik erarbeitet, welches die erste Ausgabe des Jahres 2018 wurde (SP 159, 01/2018). Auf diese Ausgabe der SP haben wir besonders viel positive Resonanz erhalten, und bald schon war sie vergriffen.

Mit dieser Broschüre sollen die Fachbeiträge der SP 01/2018 zur Klinik wieder aufgelegt werden und für eine breite Le-

erschaft zugänglich gemacht werden. Die verschiedenen Fachbeiträge bieten bemerkens- und bedenkenswerte Aspekte der psychiatrischen stationären Versorgung, beispielsweise den Einbezug von Experten aus Erfahrung und das Arbeiten mit dem Soteria-Konzept. Außerdem werden Entwicklungen wie Kooperationsmöglichkeiten mit außerklinischen Akteuren und Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangshandlungen dargestellt.

Ergänzt werden die Texte der SP 01/2018 um einen Praxisbericht zur Zwangsanwendung in der Klinik aus der SP 04/2018 sowie einen Diskussionsbeitrag um den Sicherungsauftrag der Psychiatrie, der durch verschiedene Rechtsurteile und den damit veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen auf neue Beine gestellt werden muss.

Als DGSP sehen wir die psychiatrische Versorgung als Ganzes! Die Bereiche ambulant und stationär haben in kooperativer Art und Weise institutions- und berufsübergreifend im Interesse und zum Wohle der Patient*innen zusammenzuarbeiten (»Hilfen wie aus einer Hand«). Der sozialrechtlich bedingten Trennung gilt es ein fachliches und vernetztes Denken und Handeln entgegenzusetzen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre mit den vorliegenden Texten und freuen uns über Ihre Rückmeldungen. Nutzen Sie das Netzwerk einer Fachgesellschaft wie der DGSP, um sich mit Kolleg*innen und anderen Interessierten auszutauschen und anregen zu lassen. Nutzen Sie auch die Tagungen und Fortbildungen der DGSP, um sich sowohl fachlich-inhaltlich als auch in Ihrer Haltung zu stärken und gegenseitig zu unterstützen.

Januar 2019
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie
Der Vorstand

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie
Zeltlinger Straße 9, 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
Fax: (0221) 52 99 03
E-Mail: info@dgsp-ev.de
Internet: www.dgsp-ev.de

Köln 2019

Die Texte von Seite 4 bis 38 sind der Ausgabe 159 (Heft 01/2018) der Zeitschrift »Soziale Psychiatrie« entnommen. Der Text von Uwe Gonther stammt aus Ausgabe 162 der »Sozialen Psychiatrie« (Heft 04/2018). Der Beitrag von Heinz Kammeier wurde eigens für diese Broschüre erstellt.

Dossier

Soziale Psychiatrie und Klinik Perspektiven der stationären Versorgung



Foto: JDS/shutterstock.com

4 Sebastian Stierl
**Psyche und Bett –
über die Rahmenbedingungen
stationärer Psychiatrie**

7 Beate Mitzscherlich
**Experten für den Alltag
oder Experten für das
Nichtalltägliche?**

10 Barbara Schumacher und
Matthias Jaeger
**Peer-Arbeit in
der Akutpsychiatrie**
Vertiefte Auseinandersetzung
mit Recovery als Bedingung
und Folge

12 Barbara Schumacher
**Gelassenheit, Hartnäckigkeit
und Augenhöhe**

13 Wassili Hinüber
**Arbeiten mit
dem Soteria-Konzept**

16 Soteria unterstützt
**eine intensivere
Beziehungsgestaltung**
Gespräch mit Gunnar Lentfer

17 Martin Osinski
In Belegschaftshand

20 DGSP-Denkanstoß:
Soziale Psychiatrie und Klinik

24 »Behandeln Sie uns als mündi-
ge, gleichberechtigte Patienten«
Ilse Eichenbrenner im Gespräch
mit der Autorin Cornelia Schmitz

26 Petra Rossmannith
**Unnötiges Übel oder sinnvolle
Teilhabe?**
Beschwerden in der
psychiatrischen Versorgung

29 Iris Zimmermann und
Hannes Müller, Thomas Becker,
Miriam Ott, Nicolas Rüsck
**Wirksame Alternative zur
stationären Behandlung**
Die Praxis des Home Treat-
ments in der Klinik für Psych-
iatrie am Bezirkskrankenhaus
Günzburg

33 Klaus Jansen-Kayser
**An der Schnittstelle zwischen
ambulant und stationär**
Das Kölner Modell der
Integrierten Versorgung

36 Bettina Wilms
**Das Regionale Psychiatrie-
budget – vom Prototyp zum
Fließband?**

39 Uwe Gonther
**Zu den verfassungsrechtli-
chen Anforderungen an die
Fixierung von Patienten in
der öffentlich-rechtlichen
Unterbringung**
Was bedeutet das Urteil des
Bundesverfassungsgerichtes
für die psychiatrische Theorie
und Praxis?

41 Heinz Kammeier
**Sozialpsychiatrie und
Psychiatrie und Sicherungs-
auftrag – ist das
noch gewollt?**
Eine gesellschafts-, rechts-
und gesundheitspolitische
Fragestellung und
die Schwierigkeit einer
Lösung

Psyche und Bett – über die Rahmenbedingungen stationärer Psychiatrie

VON SEBASTIAN STIERL

Mehr als vierzig Jahre arbeitete unser Autor in der stationären Psychiatrie. Nach Erfahrungen als Zivildienstleistender und dem Medizinstudium wurde Sebastian Stierl Psychiater und war zuletzt bis zu seinem Ruhestand im Jahr 2017 Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg. In seinem Beitrag beschreibt er die Entwicklung nach der Psychiatrie-Enquete und die zukünftigen Herausforderungen für die psychiatrische Versorgung unter den bestehenden ökonomischen und gesundheitspolitischen Bedingungen.

Als »elend« und »menschenunwürdig« bezeichnete die Enquetekommission (1973) in ihrem Zwischenbericht die Situation in der Psychiatrie in Westdeutschland, und genau so waren auch meine Erfahrungen als Zivildienstleistender in einem Landeskrankenhaus. Rechtlose Patienten, Bettensäle mit Isolierzellen und Medikamente als Ruhigsteller prägten die damalige Psychiatrie – und dennoch hat mich diese Vorhölle nicht abgestoßen. Auf mich wirkte sie aufregend, interessant, motivierend. Ja, da wollte ich arbeiten! Entscheidend für meine Haltung waren die Rahmenbedingungen, die gesellschaftliche Aufbruchsstimmung. Die 1968er Jahre waren schließlich auch der Startschuss für aufmüpfige Bürgerkinder, die damals dringend für eine Modernisierung gebraucht wurden, um die Nachkriegsstarre zu überwinden. Dabei war die Psychiatrie nicht der einzige Schandfleck einer wirtschaftlich boomenden Republik. Die Sonderzahlungen und das Stipendium, mit denen der Ärztemangel in den »Anstalten« gelindert werden sollte, nahm ich zusätzlich gern noch mit.

Das Erbe der NS-Psychiatrie

Es hat viele Jahre gedauert, bis ich verstand, dass diese heruntergekommenen psychiatrischen Krankenhäuser und das »Schräge« am medizinischen Fach »Psychiatrie« auch Ergebnis eines seit Jahrzehnten verschwiegenen, hunderttausendfachen Mordes an Patienten war. Zudem warfen 400.000 Zwangssterilisationen mit psychiatrischer Beteiligung ihren Schatten auf das Fach und seine Einrichtungen. Es brauchte noch zehn Jahre, um die identitätsprägende Geschichte auch in der DGSP endlich zum Thema zu machen; und weitere 30 Jahre, bis sich die

medizinische Fachgesellschaft DGPPN 2010 öffentlich zu ihrer Schuld bekannte.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, z.B. in Lübeck mit Gerhard Schmidt (1) als einem der wenigen totgeschwiegenen Autoren über die »Euthanasie«-Verbrechen, war es die personelle und konzeptionelle Kontinuität – die Nazi-Ächtung der »jüdischen« Psychoanalyse spielte eine nicht unwesentliche Rolle –, die es aus heutiger Sicht folgerichtig erscheinen lässt, dass die »Aufholjagd« der Psychiatrie in der BRD erst 1975 mit der Psychiatrie-Enquete begann. Heute können wir erahnen, warum die Enquete den institutionellen Notwendigkeiten so eindeutigen Vorrang einräumte: Strukturen und Gebäude überdeckten »die Unfähigkeit zu trauern« (Alexander Mitscherlich), ermöglichten in sachlich-kühler Distanz die Überwindung der Sprachlosigkeit.

Psychiatrie-Enquete

Sinnfälliger Ausdruck der Entwicklung waren die »Standardbettenhäuser« beim Landschaftsverband Rheinland, die der kurzfristigen Linderung der Überbelegung dienten, gleichzeitig aber eine in Beton gegossene Fixierung der Hilfe an zentrale Großkrankenhäuser bedeuteten.

So unstrittig die Enquete-Forderungen nach »Gemeindenähe«, »bedarfsgerechter Versorgung« und »Gleichstellung mit somatischen Kranken« waren, die besonderen Bedürfnisse psychisch Erkrankter, die Befassung mit dem Wesen psychischer Störung, die therapeutische Bedeutung der Beziehung, blieben nebulös und marginal. Das 1980 initiierte fünfjährige »Modellprogramm« der Bundesregierung ließ bald erkennen, dass eine konsequente Umsetzung des strukturellen Mantras »ambulant vor stationär« bei den Krankenhäusern oft an der »Eigendyna-

mik der Immobilie« scheiterte. Und weil Geld in ausreichendem Maße vorhanden war, wurde der Bettenabbau in den Langzeitbereichen der riesigen Fachkliniken nicht nur durch den Bettenaufbau in den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mittelfristig kompensiert.

Der Mythos vom Bettenabbau

Nimmt man ehrlicherweise die Betten in den neu errichteten regionalen und überregionalen Heimen als Teil der stationären Versorgung psychisch Erkrankter hinzu, dann ergibt sich unter dem bis heute kolportierten Mythos des Bettenabbaus eine erhebliche Zunahme stationärer Kapazitäten – mit all den ausgrenzenden Effekten, die wir zu Recht an der stationären Versorgung kritisieren. Die Unsicherheit in der exakten Bestimmung der Größenordnung mag auch ein Ausdruck gesellschaftlicher Scham sein: So bezifferte die AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2012 die Zahl von in SGB-XII-Heimen Untergebrachten auf ca. 50.000 Menschen, musste bei der Konkretisierung der skandalös hohen Zahl der in SGB-XI-(Pflege)-Heimen fehlplatzierten Kranken aber passen.

Auch bei den Krankenhausbetten hat sich der Abwärtstrend seit zehn Jahren wieder umgekehrt. Die Erhöhung der Bettenzahl – 2010 wurden 50.731 Betten und zusätzlich 12.017 teilstationäre Plätze in Tageskliniken gezählt, bei anhaltender Verkürzung der Verweildauer – spricht für eine erhebliche Ausweitung der Klientel. Doch dabei bleibt es nicht. Zur ernüchternden Bilanz gehören auch die ca. 37.000 Betten (2010) im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie. 1991 waren es mit ca. 18.000 Betten noch fast die Hälfte! Damit leistet sich Deutschland eine

Zwei-Klassen-Psychiatrie, die weltweit einmalig ist. Doch damit ist es immer noch nicht genug: Während die Psychosomatik/Psychotherapie ihre Kapazitäten mit einer bestens aufgestellten Lobby auf der einen Seite hochfährt, wuchs auf der anderen Seite – von der Öffentlichkeit kaum bemerkt, aber nicht desto weniger herbeigesehnt – der Maßregelvollzug von ca. 4.000 Betten 1991 auf aktuell ca. 12.000 Betten um mehr als das Dreifache. Finden wir mit unserem kritischen Blick auf die Psychotherapiepatienten in teuren Betten bei den Krankenkassen Verbündete, gehört es zu den Eigenheiten der Psychiatrie, dass dieselben Krankenkassen nicht unfroh auf eine Ausweitung der Betten in der Forensik (wie auch der Heime) reagieren, weil die nicht auf ihre Kosten gehen. So zahlen beim Maßregelvollzug die Staatskassen der Länder (bei den Heimen die Landkreise) für das Sicherheitsgefühl ihrer Bürger. Ein Beispiel für den Kosten-Verschiebepark nach dem St. Floriansprinzip: »Heiliger Sankt Florian, verschon mein Haus, zünd andere an!«

Und so beschleicht einen bei den genannten Zahlen die dumpfe Ahnung, dass es mit der rationalen Begründung für diese Entwicklung nicht weit her sein kann. Bei der Forensik spricht es sich langsam herum, dass die »gefühlte Kriminalität« nicht mit einer Zunahme schwerer Straftaten korreliert.

Lässt sich denn dann für andere psychische Störungen die Bettenzunahme begründen? Wohl gemerkt, wir reden über seelische Krankheiten, die eine 24-stündige Versorgung und Behandlung mit Übernachtung in einer fachärztlich geleiteten Einrichtung brauchen, und nicht über Befindlichkeiten und Beziehungskrisen, nicht über Mobbing und Burnout.

Elend ist nicht Krankheit

Natürlich produzieren unsere Lebens- und Arbeitswelt im Zeitalter von Flexibilität und Digitalisierung und diese Art von Umgang miteinander reichlich Kollateralschäden. Vereinsamung und Verarmung großer Teile der Gesellschaft überfordern offenbar die psychische Bewältigungskompetenz vieler Bürger. Und das Bedürfnis des Menschen nach Zu-



wendung und Hilfe ist zunächst ein nach oben offenes Phänomen – ein einmal aufgestelltes Psycho-Bett darf mit zuverlässiger Inanspruchnahme rechnen.

Aber die seriöse Epidemiologie psychischer Erkrankung kann den dramatischen Anstieg stationär behandlungsbedürftiger Menschen mit schweren psychischen Störungen nicht begründen. Und das auch nicht durch die unbekannte Zahl bisher nicht oder unzulänglich behandelter Schwerkranker. Hier mag der eine oder andere schwer depressive Mensch inzwischen tatsächlich den Weg in die Klinik oder die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus finden. Die beschriebene Zunahme der Betten ist damit jedoch nicht zu begründen.

Und am Ende fehlen uns auch die überzeugenden Behandlungserfolge bei jenen Patienten, die zwingend auf ein Bett angewiesen wären. Die Pipeline der Pharmaindustrie gibt bei innovativen Psychopharmaka seit Jahren nur noch Tropfen her, und die modulare, störungsspezifische Psychotherapie muss auch die Kirche im Dorf lassen. Und das meiste davon könnte schließlich ambulant erfolgen, wenn die Organisation der ambulanten Hilfen ihrem eigentlichen Zweck dienen würde.

Im Gestrüpp der Kostenzuständigkeiten

Tatsächlich haben zumindest einige von uns die Erfahrung gemacht, wie Psychiatrie auch bei Schwerkranken Gutes tun kann, wie eine wirklich integrierte, vernetzte Arbeit mit den geforderten unterschiedlichen Kompetenzen im Sinne der

guten alten Teamarbeit aussehen kann. Doch diese Zusammenarbeit hakt an allen Ecken und Enden. Die Enquete (1975) hatte sich mit einem Appell als »fachliche Verpflichtung« zur Zusammenarbeit begnügt, die Expertenkommission (1988) das Dilemma bereits konkreter benannt: »Die Struktur der Hilfen hat sich primär an den Bedürfnissen der Patienten und nicht an Kostenzuständigkeiten zu orientieren.« Aber genau da versagt das System oft genug in der Wirklichkeit.

Geht es um die Organisation von Hilfen für eine chronisch kranke Mutter von zwei Kindern, dann sieht man sich schnell in einem Gestrüpp aus sechs Sozialgesetzbüchern verheddert (SGB II, III, V, IX und XII). Und dann kann man darauf wetten, dass es bei der Frage »Wer macht was?« vorrangig eben nicht um die Bedürfnisse der Patientin und der Kinder geht, sondern um ein undurchsichtiges Geschiebe und Geschacher, letztlich um Geld. Denn auch hier wirkt das, was den stationären Bereich zu einem geldfressenden Moloch aufbläst: der Markt.

Unter den Gesetzen des Marktes

Es ist das Schicksal der Psychiatriereform, dass sie eben nicht ausschließlich an den Bedürfnissen der Betroffenen entwickelt wurde. In der Ökonomie des real existierenden Kapitalismus muss jede Idee, jeder noch so vernünftige, aus der Erfahrung abgeleitete Fortschritt die Deformierung durch die Gesetze des Marktes ertragen.

Den bisherigen Gipfel der Perversion stellte der an sich gute Ansatz der Integ-



www.bob-born.de

rierten Versorgung gem. § 140 SGB V dar. Auf Initiative eines FDP-Gesundheitsministers wurde die flächendeckende Einführung nach einer internationalen Ausschreibung schließlich (noch vor dem Baukonzern Hochtief) an den Pharmakonzern Johnson & Johnson vergeben. Der Versuch, die psychiatrische Versorgung zur Profitmaximierung zu nutzen, ist letztlich nicht an dem politischen Skandal gescheitert, sondern an der handwerklichen Unfähigkeit bei der Umsetzung.

Was hier beispielhaft nachvollziehbar wird, ist die Durchseuchung des Gesundheits- und Sozialsektors mit einer neoliberalen Ideologie, wie sie inzwischen für fast alle Lebensbereiche gültig ist.

Die naive Hoffnung, dass ein als »Verbund« bezeichneter Zusammenschluss aller Leistungsanbieter einer Region zur viel beschworenen patientenbezogenen Arbeit führt, erweist sich leider allzu oft als frommer Wunsch. Warum auch sollten sich Geschäftsführer kleiner und mittelständiger Unternehmen im Gesundheitssektor anders verhalten als Geschäftsführer kleiner und mittelständiger Unternehmen in anderen Wirtschaftsbereichen? Hat nicht mal jemand Kluges gesagt, dass das materielle Sein das Bewusstsein bestimmt?

Zurück zur stationären Versorgung: So wie VW & Co. ihre Profite ganz wesentlich mit panzerartigen SUVs einfahren, weil sie schlicht mehr Gewinn abwerfen – egal, wie schwachsinig und mörderisch diese Logik ist –, genauso werden inzwischen Krankenhausbetten überall da aufgestellt, wo sie nicht verhindert werden (das gallische Dorf Geestacht sei als Ausnahme lobend erwähnt), weil sie mehr

abwerfen. Dabei ist nicht einmal auszu-schließen, dass der Ertrag in einzelnen Kliniken zur Finanzierung defizitärer ambulanter Leistungen genutzt wird. Bis man in der Falle der »Eigendynamik der Immobilie« aufwacht, wenn die ambulante Behandlung tatsächlich zu einem Rückgang der Belegung führt und ein aufgestelltes Bett, wenn es nicht belegt ist, plötzlich Geld kostet. Die Konsequenz besteht dann häufig in einer Ausweitung der Klientel, wobei die Begründung für die Notwendigkeit von Betten für Patienten mit Essstörungen und Burnout-Patienten heute nicht der Psychiater, sondern die Marketingabteilung übernimmt.

Die rund um die Uhr verfügbare und qualifizierte Hilfe in großer seelischer Not mit der Rolle der Feuerwehr zu vergleichen, ruft bei unseren Gesundheitsstrategen nur ein müdes Lächeln hervor. Ein Drittel der Gesamtkosten der Psychiatrie werden im stationären Krankenhausbereich umgesetzt. Die Milliarden, die sich Deutschland die Versorgung seiner psychisch Erkrankten kosten lässt, wecken Begehrlichkeiten, nicht nur bei den traditionellen Stakeholdern. In einem kapitalistischen System, das auch die Daseinsvorsorge der Priorität des Profitstrebens preisgegeben hat, ist festzustellen, dass es sich bei der stationären Versorgung um ein milliardenschweres Geschäft handelt, das nach erfolgreicher Privatisierung inzwischen in weiten Teilen von Renditeerwartungen und der Suche nach »günstigen Risiken« geprägt ist.

Zu den Eigenheiten unserer politischen Verfasstheit gehört aber auch, dass sich die Dinge bisweilen widersprüchlich entwickeln und die Möglichkeiten der Einflussnahme nicht übersehen werden sollten. So wird die stationäre Krankenhauszene nach einigem Widerstand am 1. Januar 2018 mit dem Inkrafttreten eines immerhin geringfügig modifizierten, pauschalierten Entgeltsystems (PEPP) konfrontiert. In Analogie zur Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) sollte man sich auf eine noch brutablere Durchökonomisierung des Krankenhauses einstellen. Es steht zu befürchten, dass die Qualität einer Klinik künftig an der Qualität der Codierung der Leistungen bemessen wird.

Neue Spielräume

Andererseits scheint es zumindest in einigen Regionen mit der stationärsersetzenden Arbeit gem. § 64b SGB V eine förmliche Aufbruchsstimmung im Sinne neuer Möglichkeiten ambulanter Arbeit zu geben. Hier wird es entscheidend sein, ob die neuen Spielräume zur Akquise neuer Patienten mit »günstigen Risiken« missbraucht werden oder entsprechend der eigentlichen Intention gerade den schwer und chronisch Erkrankten zugutekommen. Das setzt allerdings voraus, dass die personelle Ausstattung den Schwierigkeiten angemessen ist. Grundsätzlich wird ein ambulant vernetztes Arbeiten nur funktionieren, wenn es in überschaubaren, kleinteiligen Strukturen stattfindet. Hier eröffnen sich dann erstmalig ernsthafte Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Peer-Beratern und Angehörigen, lassen sich Krisendienst und ACT-Teams (Assertive Community Treatment) einrichten. Ob es aber dazu kommt oder die guten Ideen und Mitarbeiter sich erstmal rechnen müssen und dann im freien Markt verbrennen – das hängt von der großen Politik ab.

Die Zukunft der stationären Versorgung hat sich an den schwer Erkrankten zu orientieren. Gelingt die Restriktion der ökonomischen Einflussnahme, dann kann eine stationäre Einheit aufgrund der geballten Kompetenz als Schnittstelle in einem komplexen System eine integrierende Funktion ausüben. In der Regel setzt das wirtschaftlich stabile Einrichtungen ohne Expansionsinteresse voraus, die von fachlich kompetenten und menschlich engagierten Personen geleitet werden. Das Regionale Budget böte als gemeinsamer Finanztopf hierzu die besten Voraussetzungen. Inhaltlich ist mit der UN-Behindertenrechtskonvention eine Orientierung formuliert, die die gleichberechtigte Teilhabe von Betroffenen und ihren Angehörigen bei allen wesentlichen Dingen im System zwingend einfordert. ■

Dr. Sebastian Stierl, bis 2017 ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg

Anmerkung

1 Eine Neuauflage des Buches ist erschienen: Schmidt, Gerhard (2012) Selektion in der Heilanstalt 1939–1945, hrsg. von Frank Schneider. Berlin, Heidelberg: Springer

Experten für den Alltag oder Experten für das Nichtalltägliche?

VON BEATE MITZSCHERLICH

Als Supervisorin erlebt und begleitet Beate Mitzscherlich Pflegende in ihrem beruflichen Alltag in der stationären Psychiatrie. Der Beitrag beschreibt das Rollenverständnis der Pflegenden und analysiert die sich durch Ökonomisierung, Arbeitszeitverdichtung und mit den konzeptionellen und strukturellen Entwicklungen einhergehenden Veränderungen in diesem Arbeitsfeld.

Pflegende in der stationären psychiatrischen Pflege gelten als »Experten für den Alltag« (1). Sie verbringen von allen Berufsgruppen in der stationären Psychiatrie am meisten Zeit mit Menschen, die in einer akuten Krisensituation sind. Sie versuchen, unter den Rahmenbedingungen ökonomisierter Krankenhausorganisation, Alltag und Normalität aufrechtzuerhalten. Sie wecken und weisen auf die Einhaltung der Nachtruhe hin, sie animieren zum Essen, zur Medikamenteneinnahme und zur Einhaltung der Therapiepläne. In vielen kleinen Kliniken reinigen und beziehen sie nach wie vor Betten, teilen Mahlzeiten aus, backen mit den Patienten Kuchen, gießen die Blumen, räumen auf. Sie führen unendlich viele »kleine« Gespräche mit Patienten und auch mit deren Angehörigen, eher »beiläufig« auf dem Gang, im Patienten- oder an der Tür zum Schwesternzimmer. Zumeist geht es dabei um Alltagsfragen, wann wer wohin muss, wie es mit der Behandlung weitergeht, wie Medikamente wirken – dabei und dahinter werden aber oft auch existenzielle Fragen verhandelt: Werde ich wieder gesund? Kann ich wieder arbeiten? Wie komme ich über die Trauer hinweg? Was ist real?

Pflegende behalten Patienten in der Krise »im Blick«, müssen Konflikte mit ihnen austragen und zwischen Patienten vermitteln, sie verbinden Wunden, verabreichen Medikamente – mitunter gegen Widerstand, sie fixieren Patienten, sie werden beschimpft und gelegentlich angegriffen. Sie halten die Stationsordnung aufrecht oder versuchen es zumindest. Gelegentlich begleiten sie einen Menschen palliativ und müssen Suizide verarbeiten. Zwischendurch oder am Schichtende dokumentieren sie, schreiben Pflegeplanungen, organisieren Aufnahmen, Entlassungen, Verlegungen, Patiententransporte, kommunizieren mit

Angehörigen, tragen Telefone über den Gang, nehmen an Übergaben, Fallbesprechungen, Supervisionen, Fortbildungen teil ...

Meine Überlegungen zur stationären psychiatrischen Pflege beziehen sich auf Erfahrungen, die ich als Supervisorin in verschiedenen psychiatrischen Abteilungen bzw. Krankenhäusern in Sachsen und Thüringen, aber auch während eines Forschungsfreisemesters in einer Schweizer Universitätspsychiatrie gemacht habe. Die Äußerungen der Pflegenden in der Supervision sind mir wichtig: Pflegende haben meiner Erfahrung nach einen wesentlichen Einfluss auf das Klima und die Behandlungsqualität in stationären Settings. Hier zeigt sich auch zuerst, wenn etwas in der Organisation psychiatrischer Behandlung nicht stimmt. Patienten der stationären Psychiatrie bewerten das »allgemeine Klima« als wichtigsten Einfluss auf ihren Genesungsprozess, noch vor Einzelgesprächen mit Ärzten und Psychologen und einer guten Sozialberatung. (2)

Arbeitsverdichtung, steigende Fallzahlen, Kostenorientierung

Die Ökonomisierung ist auch ohne DRGs (»diagnosis related groups«) bzw. PEPP in der Psychiatrie angekommen. Die Fokussierung auf die Verweildauern, die zu kürzeren (manchmal zu kurzen) Aufenthalten führen, bedeutet für die Pflegenden nicht nur einen höheren »Patientendurchlauf«, sondern vor allem eine Vervielfachung der damit verbundenen bürokratischen Prozeduren. Das trifft auch – für die prinzipiell positiv zu betrachtende – Respektierung der Selbstbestimmungsrechte von Patienten zu. So werden Patienten entlassen, deren Wiederaufnahme, manchmal noch am selben Tag, absehbar ist. Neben der bürokratischen Belastung gibt es aber

noch eine andere, von Pflegenden als Arbeitsverdichtung erlebte Zunahme von Aufgaben: Im Rahmen von Bezugspflege und Qualitätsmanagement, aber auch bei eher sozialpsychiatrisch motivierten Formen der Überleitung oder Netzwerkarbeit kommt es zum Multitasking. Im Bemühen, all das zu schaffen, bleibt die pflegerische Beziehung als Kern psychiatrischer Pflege zeitweise auf der Strecke. Obwohl es in der Psychiatrie kaum »Gerätemedizin« gibt, ist die Krankenhausorganisation inzwischen »technologisiert« (3); sie folgt Standards, Leitlinien und Qualitätskriterien bzw. damit »Kennziffern«, die quantifizierte Erfassungssysteme vorgeben. Damit werden die Freiräume für Beziehungsarbeit, für spontanes, intuitives, dialogisches Arbeiten kleiner bzw. gilt dieses als nicht »abrechenbar«. Zum anderen führt einseitige Wirtschaftlichkeits- und Kostenorientierung auch zu einseitigem Denken in den Managementtagen. Das zwar von der Psychiatriepersonalverordnung geschützte, aber personalintensive Arbeiten in der Psychiatrie weckt Begehrlichkeiten bei den Kostenminimierern: Während Geräte unverzichtbar scheinen, ist die eine oder andere Pflegestelle doch wegsparbar.

Veränderungen der Klientel

Die Arbeitsverdichtung hängt auch mit demografischen bzw. epidemiologischen Entwicklungen zusammen, die zu Veränderungen der Klientel akutenpsychiatrischer Stationen führen. Zum einen gibt es mehr gerontopsychiatrische Patienten, für die der Anteil an rein somatischer Pflege zunimmt. Zum anderen gibt es auch eine wachsende Zahl junger Patienten, u.a. mit drogeninduzierten Psychosen oder Borderline-Symptomatik, die sich, anders als die klassisch psychiatrischen Patienten, auch nach Abklingen

akuter Phasen im Stationsalltag wenig angepasst verhalten, sozial kaum integriert sind und Regeln nicht einhalten. Pflegende fühlen sich hier gelegentlich als Pädagogen gefordert. In Supervisionen wird das nicht nur als permanenter Kampf um Aufrechterhaltung von Regeln und Grenzen erzählt, sondern eben auch als Interessenkonflikt zwischen Schutzbedürftigkeit bzw. Rückzugs- und Ruhebedürfnissen älterer oder auch depressiver Patienten und den Bedürfnissen einer kleinen, aber machtvollen Minderheit. Ein Teil der Konflikte mag auch damit zusammenhängen, dass die Pflegenden selbst (demografisch) älter geworden sind. Die sinkende Toleranz der länger Pflegenden hat aber auch damit zu tun, dass in ihrer Wahrnehmung die immer wieder aufgenommenen Drehtür- oder Langzeitpatienten dominieren, häufig auch deswegen, weil es keine adäquate Versorgungsalternative gibt, während sie Patienten, die nach vergleichsweise kurzer Behandlung nie wiederkommen, bald vergessen. Nicht zuletzt ist es eine Auswirkung besserer gemeindepsychiatrischer Strukturen bzw. funktionierender Institutsambulanzen, dass viele leichter erkrankte Patienten ambulant versorgt werden können, während sich im stationären Bereich Verrücktheit eben nicht mehr »verdünnt« (wie ursprünglich im Konzept durchmischter Stationen vorgesehen), sondern potenziert.

Schwierige Kommunikation mit Patienten, Zwang und Gewalt

Dass die Kommunikation mit Patienten, insbesondere in der Psychose, diversen Rauschzuständen und natürlich auch in der Demenz schwierig ist, gehört zu den Kernproblemen psychiatrischer Pflege, einen Zugang zu Menschen in psychischen Ausnahmezuständen zu finden zur Kernkompetenz. Nichtsdestotrotz verstehen sich die Pflegenden auch häufig als diejenigen, die Normalität aufrechterhalten oder schnell wiederherstellen wollen. Schwierig wird es immer dann, wenn Patienten sich sehr lange aggressiv, paranoid oder passiv verhalten. Hier ist der interdisziplinäre Austausch, aber auch der Austausch zwischen Pflegenden in Über-

gaben, Fallbesprechungen und Supervisionen extrem wichtig, um Verständnis für die Situation von belastenden Patienten zu entwickeln, einseitige Sichtweisen zu vervollständigen, festgefahrene Interaktionsmuster zu erkennen und zu durchbrechen, manchmal auch einfach, um Situationen auszuhalten bzw. die Verantwortung besser zu verteilen. Interessanterweise sind es meist die Pflegenden, die die Selbststeuerungsfähigkeit von Patienten und damit auch die Frage, ob Patienten nicht anders können oder nicht anders wollen, in Supervisionen thematisieren. Allerdings sind es auch die Pflegenden, die ärztliche Anordnungen unter Umständen gegen den Widerstand der Patienten umsetzen müssen. Nach meinem Eindruck ist Zwang auch für die, die ihn ausüben (müssen?), enorm belastend, insbesondere dann, wenn er körperlich wird, wie bei Fixierungen. Weniger klar werden die mehr oder minder subtilen Formen von Machtausübung oder Manipulation reflektiert, mit denen Patienten zum gewünschten Verhalten gebracht werden. Allerdings haben fast alle psychiatrisch Pflegenden auch schon Erfahrungen mit verbalen oder körperlichen Angriffen von Patienten gemacht, und es ist für sie emotional schwierig zu unterscheiden, inwieweit solche Übergriffe ihrer Person, ihrer Rolle oder der Struktur, in der sie arbeiten, gelten. Nicht umsonst ist das Deeskalationstraining zu einem der gefragtesten Fortbildungsangebote in der psychiatrischen Pflege geworden.

Bezugspflege als Alibi?

Mit dem Konzept der Bezugspflege hatte sich auch in der psychiatrischen Pflege die Hoffnung verbunden, rein funktionale Abläufe durch eine patientenzentrierte Pflege zu ersetzen, die in einem dialogischen Prozess Patientenbedürfnisse in pflegerisches Handeln übersetzt. Die Praxis sieht aus den bereits genannten Gründen oft anders aus: Zwar sprechen die meisten stationären Einrichtungen von einem Bezugspflegesystem, werden Bezugspersonen für Patienten auch formal benannt; abhängig von Personalsituation, Dienstplanung und Belegungssituation bleibt aber wenig, mitunter auch gar

keine Zeit für eine intensivere Beziehung zu einzelnen Patienten, insbesondere dann, wenn diese vergleichsweise unauffällig oder eher zurückgezogen sind. Nur bei Patienten, die längere Zeit stationär bleiben, entwickeln sich »persönliche« Beziehungen, nicht nur zu den benannten Pflegenden. Personelle Kontinuität ist im Schichtbetrieb kaum herzustellen, und am Ende wählen eben auch die Patienten, wem sie Persönliches anvertrauen wollen. Erfahrungsgemäß sind es häufig Spät-, Nacht- oder Wochenenddienste, in denen Gespräche stattfinden und Angehörige sichtbar werden. In Supervisionen ist es für mich gerade interessant, welche mitunter auch widersprüchlichen Fragmente ihrer Biografie oder ihres Krankheitserlebens Patienten bei den einzelnen Teammitgliedern »parken« und wie sich aus diesen Fragmenten ein sinnstiftendes und handlungsleitendes Gesamtbild rekonstruieren lässt.

Verschiebungen im Hierarchiegefüge

Ungeachtet der Intentionen leitender Ärzte setzt sich in den meisten psychiatrischen Abteilungen über kurz oder lang die klassische Krankenhaushierarchie durch – solange genügend qualifizierte Ärzte vorhanden sind. Unter den Bedingungen von Ärztemangel in kleineren Krankenhäusern ergeben sich jedoch teilweise interessante Verschiebungen im Hierarchiegefüge. Junge, unzureichend angeleitete Assistenten oder Psychologen sind oft allein verantwortlich für eine voll- oder überbelegte Station, für Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Sie sind dann sehr auf die Kompetenz der oft schon lange dort arbeitenden Pflegefachkräfte angewiesen, die nicht nur im Umgang mit schwierigen oder hochakuten Patienten, sondern auch bezüglich Medikation und deren Nebenwirkungen mehr Erfahrung haben. Einerseits führt das zu einem dialogischeren Arbeiten auf Augenhöhe, andererseits eben auch zu Unzufriedenheit von Pflegenden, die hierarchische Erwartungen an deutlich besser bezahlte Ärzte und Psychologen haben, die diese nicht erfüllen. Entscheidungen werden aus Sicht der Pflegenden

nicht oder »zu spät« getroffen bzw. nach Rücksprache mit Ober- und Chefärzten wieder revidiert. Pflegende übernehmen partiell ärztliche Aufgaben, ohne rechtlich ausreichend abgesichert zu sein. Besonders kritische Situationen entstehen, wenn Dienste durch Honorarärzte abgesichert werden, die keine langfristige Perspektive für Patienten, aber auch bezüglich der Zusammenarbeit im Team entwickeln, sondern ausschließlich kurzfristig agieren.

Regionale Nähe und kulturelle Fremdheit

Pflegende teilen nicht nur den stationären Alltag mit den Patienten, sie wohnen auch meist in derselben Region und kennen viele der Patienten aus der Gemeinde, während Ärzte und Psychologen oft aus den Großstädten einpendeln. Dieses lebensweltliche Wissen der Pflegenden ist oft hilfreich, gerade wenn es um die Entwicklung von Perspektiven nach der Entlassung geht: Arbeitsmöglichkeiten, Wohnumfeld, soziale Integration; da haben die in der Region lebenden Pflegenden oft realistischere Ideen und Urteile. Gleichzeitig führt die größere kulturelle Nähe gelegentlich auch zu Vorurteilen bzw. Stigmatisierungen und nicht zuletzt zu einem Vergleich zwischen sich und Patienten, der nicht immer zu Mitgefühl und Solidarität führt. Insbesondere wenn Pflegende sich instrumentalisiert oder ausgenutzt fühlen, fangen auch sie an, nach Kosten/Nutzen-Aspekten zu fragen oder ethisch betrachtet nach Verteilungsgerechtigkeit: Wieso bewahrt man nicht-kooperative und u.U. sehr anstrengende Patienten über Wochen in der Klinik auf, während andere Patienten gefühlt »zu kurz kommen«?

In letzter Zeit wird dies in Sachsen und Thüringen auch bezüglich von Patienten mit Migrationshintergrund thematisiert, deren Pflege schon aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse und Sprachmittler, aber auch divergierender Erwartungen an die Krankenhausbehandlung anstrengender ist. Auch hier ist allerdings die Beziehungsebene basal: Wenn die Pflegenden persönliche Schicksale kennen, sind sie oft sehr mitfühlend und fürsorglich;



Foto: Wolfgang Schmidt

solange ihnen Verhalten und Erleben der Patienten fremd und unverständlich bleiben, stellen sie sich eher auf die Seite einer vermeintlich aufrechtzuerhaltenden Ordnung.

Belastung, Burn-out, Moral Distress

Die psychische Belastung von Pflegenden ist hoch und in den letzten Jahren erheblich gestiegen. (4) Obwohl der Großteil der psychiatrisch Pflegenden den Spagat zwischen Sensibilität und Selbstschutz recht gut hinbekommt, wächst mit der Belastung auch die Gefahr von Burn-out oder einer abnehmenden Widerstandsfähigkeit gegen Stress und somatische Risiken. Eine bessere Personalausstattung wäre dabei vermutlich noch wichtiger als eine – nur gerechte – bessere Bezahlung. In der Vergangenheit sind verbesserte Arbeitsbedingungen für Ärzte häufig auf Kosten der Pflege gegangen. Das muss absehbar ausgeglichen werden, sonst wird der Mangel an Pflegekräften noch gravierender werden. Auch Investitionen in Fortbildung, Supervision, ethische Unterstützung und gutes Management lohnen sich, da gelingende Kooperation bzw. ein gutes Teamklima offensichtlich einer der wichtigsten Schutzfaktoren in der psychiatrischen Pflege ist. Der wesentlichste Grund für Burn-out und Fluktuation aus Pflegeberufen ist allerdings »Moral Distress« (5): das Gefühl, die eigene Arbeit nicht (mehr) entsprechend dem eigenen Anspruch ausüben zu können bzw. diesen im Alltag permanent unterlaufen zu müssen.

Wenn psychiatrische Pflege nicht mehr ausreichend Nähe zu Menschen in

Krisensituationen, Aufmerksamkeit für deren Bedürfnisse, sinnvolle Behandlungsangebote, aber auch Trost, Mitgefühl, Unterstützung vermitteln kann, verliert sie ihren Sinn: auch für die Pflegenden selbst. ■

Beate Mitzscherlich, Professorin für Pflegeforschung an der Westsächsischen Hochschule Zwickau, Fakultät für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Supervisorin in verschiedenen Formen psychiatrischer Versorgung
E-Mail: beate.mitzscherlich@fh-zwickau.de

Anmerkungen

- 1 SAUTER, DOROTHEA; RICHTER, DIRK (1999) Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn: Psychiatrie Verlag
- 2 MITZSCHERLICH, BEATE (2000) Wer ist hier eigentlich verrückt? Über den Aufbau einer Psychiatrischen Abteilung an einem sächsischen Kreiskrankenhaus. In: Zech, Rainer; Ehses, Christiane. Organisation und Innovation. Hannover: Expressum-Verlag, S. 161–184
- 3 STRAUSS, ANSELM; FAGERHAUGH, SHIZUKO; SUCZEK, BARBARA; WIENER, CAROLYN (1982) Sentimental work in the technologized hospital. Sociology of Health and Illness, Vol. 4, No 3
- 4 BUSSING, ANDRÉ; GLASER, JÜRGEN; HÖGE, THOMAS (2003) Psychische Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Pflege. München: TU, Lehrstuhl für Psychologie
- 5 WÖLKE, SABINE; WIESEMANN, CLAUDIA (2016) Moral Distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advanced Care Planning. In: Pflegewissenschaft 5(6), 280–287

Peer-Arbeit in der Akutpsychiatrie

Vertiefte Auseinandersetzung mit Recovery als Bedingung und Folge

VON BARBARA SCHUMACHER UND MATTHIAS JAEGER

Im deutschsprachigen Raum gibt es mittlerweile einige psychiatrische Kliniken, welche Peers sowohl in die Behandlungsangebote integrieren als auch Experten und Expertinnen aus Erfahrung in verschiedenen Gremien, Teams und Projekten die Stimme der Betroffenen vertreten lassen. Weitere Kliniken sind aktuell dabei, den Einsatz von Peers zu planen und zu implementieren. Die Einführung der Peer-Arbeit muss sorgfältig vorbereitet werden. Erfahrungen aus anderen Kliniken können hilfreich sein, um vermeidbare Fehler nicht zu wiederholen.

Recovery als übergeordnetes Ziel

Für Peers ist Recovery ein zentrales Konzept und ein Leitgedanke, der sie für ihre Tätigkeit motiviert. Sie sind überzeugt, dass Entwicklungs- und Genesungsprozesse, die zu einem erfüllten, sinnhaften Leben führen, nach jeder Krise möglich sind. Dies auch mit allenfalls weiterbestehenden Symptomen – und manchmal gar dank ihnen. Peers wissen meist aus eigener Erfahrung, dass Recovery oft mit einer Veränderung persönlicher Werte, Vorstellungen und Ziele einhergeht. Es bedeutet häufig auch schmerzhaftes Loslassen, welches nötig sein kann, um die persönlichen, vielleicht verschütteten Träume wieder ans Licht zu holen und an ihrer Verwirklichung zu arbeiten. Peers haben selbst die Erfahrung gemacht, dass sich, wenn sich eine Tür schließt, eine andere öffnen kann. Dass Krisen auch Chancen sind, macht ihnen persönlich Mut, und sie möchten die damit verbundene Hoffnung an andere Betroffene weitergeben. Peers wollen die Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erschütterungen stärken, ihr Empowerment fördern und Fachpersonen anregen, die individuellen Recovery-Wege ebenfalls als fundamental für die Gesundung zu sehen. Es ist die gemeinsame Aufgabe von Fachpersonen und Peers, diese Genesungsprozesse der Patientinnen und Patienten bestmöglich zu unterstützen. Dabei ist zu beachten, dass Recovery oft kein linearer Prozess ist und dass auch Rückfälle einen Sinn haben und wichtige Anstöße sein können.

Die Entwicklung und Förderung einer recoveryorientierten Haltung bei den psychiatrischen Fachleuten ist essenziell für eine gelingende Zusammenarbeit mit Peer-Mitarbeitenden und für eine gut funktionierende Peer-Arbeit in psychiatrischen Kliniken. Wenn Fachpersonen an der Möglichkeit der Gesundung zweifeln

oder besser zu wissen glauben als die Betroffenen, wohin deren Weg führen sollte, sind Peers in ihrer Funktion wie auch persönlich besonders herausgefordert. Es ist eine wichtige Aufgabe der Peers, darauf hinzuweisen, wenn Betroffene aufgegeben worden sind oder wenn ihre Autonomie ohne Not verletzt wird.



Einführung von Peer-Arbeit im akutstationären Setting

Im Allgemeinen und insbesondere im akutpsychiatrischen Behandlungsrahmen ist es wichtig, die Stärkung der Recovery-Orientierung und die Einführung der Peer-Arbeit miteinander zu verknüpfen. Eine recoveryorientierte Haltung der Behandelnden ist sozusagen Grundlage für die wirksame Einführung von Peer-Arbeit wie auch Folge davon. Die multiprofessionellen Behandlungsteams sollten sich also bereits im Vorfeld mit Recovery und mit Themen wie Wirksamkeit

therapeutischer Beziehungsarbeit, Vermeidung von offenem und informellem Zwang und der Förderung eines wertschätzenden Milieus auseinandergesetzt haben. Dies kann im Rahmen von Fortbildungen, Diskussionsforen, Besichtigung gut laufender Modelle von Peer-Arbeit in anderen Kliniken und auch durch Vorträge von Peers über ihre eigene Geschichte geschehen. Über diese Maßnahmen soll eine Sensibilisierung zu den Themen Stigmatisierung, subjektive Perspektive von Betroffenen und schädliche Einflüsse unachtsamer Interventionen durch Fachpersonen stattfinden. Auf den einzelnen Stationen gilt es, die gemeinsame Reflexion zu stärken und allenfalls geeignete Möglichkeiten zu offenem Austausch zu schaffen, in die natürlich Peers einbezogen werden sollen. Dabei sollte stets klar sein, dass Recovery-Orientierung und Peer-Arbeit eine Änderung der Klinikkultur zum Ziel haben müssen. Ein Prozess, der wohl nie ganz abgeschlossen werden kann und daher eine fortlaufende Auseinandersetzung mit der Thematik in all ihren Facetten erfordert.

Ziele und Aufgabenbereiche

Ziele der Einführung von Peer-Arbeit sind neben der Unterstützung der individuellen Genesungswege der Patienten die Steigerung der Zufriedenheit bei Patienten, Angehörigen, Zuweisern und Mitarbeitenden sowie die Destigmatisierung psychischer Erkrankungen und eine Reduktion der Selbststigmatisierung durch die Betroffenen.

Aufgabenbereiche der Peers sind insbesondere direkte Gespräche auf Augenhöhe mit Betroffenen, die Förderung der Patientenzentrierung der Behandlung durch Involvierung in die multiprofessionellen Behandlungsteams und die Übernahme einer Vermittlerfunktion.

Im akutstationären Rahmen eignen sich neben Einzelgesprächen mit Patientinnen und Patienten (gegebenenfalls im Rahmen von Spaziergängen) die Vermittlung zwischen den Betroffenen und den Behandlungsteams, die Übersetzung von Fachausdrücken in erlebensnähere Sprache und umgekehrt sowie die Fürsprache für Patientinnen und Patienten. Hinzu kann die Leitung oder Koleitung stationsbezogener oder -übergreifender Gruppen (z.B. Recovery- oder Stimmenhörer-Gruppe) oder auch die Teilnahme an bestehenden Gruppen (z.B. Sucht-Gruppe, Psychoedukations-Gruppe) kommen. Als Experten und Expertinnen aus Erfahrung können sie sich in Gremien, Fachgruppen und Projekte einbringen, um dort die Betroffenenperspektive zu vertreten und daran mitzuarbeiten, die Versorgung betroffenennäher, bedürfnisgerechter und recoveryorientierter zu gestalten. Es besteht außerdem die Möglichkeit, Experten und Expertinnen aus Erfahrung in die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen, in Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigenarbeit und Forschungsprojekte einzubeziehen.

Voraussetzungen und organisatorische Einbettung

In der Regel sollten Peers eine Ausbildung (z.B. EX-IN) abgeschlossen haben oder zumindest in Ausbildung sein. Einzelne Kliniken machen hierbei Ausnahmen, beispielsweise um ehemaligen Patienten, die als geeignet erachtet werden, zu fördern. Peers sollten möglichst wie alle anderen Mitarbeitenden behandelt werden: Sie unterstehen allgemeinem Personalrecht, haben Geheimhaltungspflicht gegenüber Außen und in den meisten Modellen die Pflicht, behandlungsrelevante Informationen an die Behandlungsteams weiterzugeben, insbesondere Hinweise auf Selbst- und Fremdgefährdung. Diese komplexe Position ist mit einer Reihe Herausforderungen verbunden, etwa eine Balance zu finden zwischen den Rollen als Teammitglied und als Gegenüber für Patienten, um vertrauensvolle Gespräche auf Augenhöhe auch zu sehr schwierigen Themen zu führen. Es existieren auch Modelle, in denen die Peers losgelöst von den Stationsteams Sprechstunden anbieten und auch gegen-



über diesen eine Geheimhaltungspflicht haben.

Peers können entweder mit einem festen Stellenpensum oder im Rahmen von einzelnen Aufträgen angestellt werden. Es erweist sich als sinnvoll, dass eine Fachperson fest für das Peer-Angebot und die Mitarbeitenden zuständig ist, um eine gute Etablierung in den Teams zu gewährleisten. Pflegeleitungen und Oberärzte der Stationen, auf denen Peers eingesetzt werden, sind in der Regel weisungsbefugt oder in einigen Kliniken direkt vorgesetzt. Es kann auch hilfreich sein, dass die Stationsteams zusätzlich eine Ansprechperson für ihre Peers benennen. Diese kann dann vor allem für die Einführung der Peers auf der Station sowie für eine gute Integration ins Team zuständig sein.

Für die Implementierung eignen sich beispielsweise Workshops, die von Peers geleitet werden, die über eigene Erfahrungen als Mitarbeitende auf Akutstationen anderer Kliniken verfügen. Dabei können die Teammitglieder sowohl ihre Vorstellungen, Hoffnungen und Wünsche wie auch ihre Sorgen und Befürchtungen betreffend der neuen, noch weitgehend unbekannten Berufsgruppe thematisieren und Fragen dazu stellen.

Besonderheiten auf Akutstationen

Um die Verunsicherung sowohl für die multiprofessionellen Teams als auch für die Peers möglichst gering zu halten,

sollten klare Rahmenbedingungen definiert werden, z.B.: Zugang und Pflicht zur Patientendokumentation; die Möglichkeit, sich mit den Patienten zu duzen; der Umgang mit Patienten mit eingeschränktem Ausgang (dürfen Peers z.B. Ausgangsbegleitungen übernehmen?); der Zugang zu geschlossen geführten Bereichen; die Teilnahme an Arztgesprächen, Angehörigengesprächen und Teamsitzungen. Wichtige Themen betreffen auch die Anwesenheit von Peers bei oder im Vorfeld eventueller Zwangsmaßnahmen und das Vorgehen bei Notfällen. Hierbei müssen jedoch unbedingt die Möglichkeiten und Wünsche der einzelnen Peers berücksichtigt werden, um zu starke Belastungen und Überforderungen zu vermeiden. Eine gewisse Freiheit in der Ausgestaltung ihrer Rolle ist auch nötig, weil Peers ja vor allem als Mitmenschen mit ähnlicher Erfahrung für andere da sein sollen. Dabei könnte eine zu hohe Standardisierung hinderlich sein.

Grundlegend sind zunächst die Präsenz auf der Station, viel Zeit für die aktuellen Bedürfnisse der Patienten, Sensibilität für die komplexen Situationen auf Akutstationen und Authentizität. Damit die Peer-Arbeit sich gut entfalten kann, braucht es auch gegenseitiges Vertrauen und eine gute Integration in die Behandlungsteams. Für Peers ist es meist von großer Bedeutung – und aus persönlichen Erfahrungen eventuell gleichzeitig schwierig –, sich zugehörig zu fühlen. Sie möchten auf selbstverständliche Weise von den Teams

Fotos: Wolfgang Schmidt

akzeptiert, integriert und wertgeschätzt werden. Sie haben aber auch die Rolle, aus der Betroffenenperspektive heraus schwierige Themen anzusprechen und zu kritisieren. Dies kann sich hinderlich auf Integration und Akzeptanz auswirken, und es bedarf daher einer aktiven Förderung des Zusammenhalts im Team. Hilfreich ist es auch, sich gemeinsam über Fortschritte in der Recovery-Orientierung zu freuen, egal wie klein oder groß die Verbesserungen sein mögen.

Peer-Arbeit und Unternehmenskultur einer Klinik

Peers und Expertinnen und Experten aus Erfahrung werden unter anderem deswegen in psychiatrische Institutionen einbezogen, weil man sich Auswirkungen auf die Recovery-Orientierung der Behandlungsteams, also auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, erhofft. Dabei spielen die Wahrnehmung der Potenziale der Patienten, die Achtung ihrer Autonomie, aber auch der Umgang mit Nähe und Distanz eine wichtige Rolle. Nun sind die therapeutischen Beziehungen zwischen Fachpersonen und Patienten jedoch nicht die einzigen Interaktionen in einer psychiatrischen Klinik. Weitere Aspekte sind der Umgang und die Interaktionskultur im Team, die interprofessionellen Beziehungen und nicht zuletzt auch das Leitbild und die Organisationsstruktur der gesamten Klinik. Auch hier ist es wichtig, dass die Unternehmenskultur aktiv im Sinne einer Recovery-Orientierung geprägt wird, da nur so die Implementierung gelingen kann. Inwieweit die Peer-Arbeit und die Entscheidung für eine recoveryorientierte Haltung zum Erfolg werden können, mag also auch davon beeinflusst sein, ob es den implementierenden Institutionen gelingt, eine ehrliche, wohlwollende, achtsame und respektvolle Gesprächskultur zu fördern. ■

Barbara Schumacher, Expertin aus Erfahrung und Peer, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, hat Erfahrung in der Arbeit auf einer Akutstation in der Psychiatrischen Klinik in Wil, Kanton St. Gallen
E-Mail: barbara.schumacher@puk.zh.ch

Matthias Jaeger, Leitender Arzt des Zentrums für Akute Psychische Erkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
E-Mail: matthias.jaeger@puk.zh.ch



Foto: Wolfgang Schmidt

Gelassenheit, Hartnäckigkeit und Augenhöhe

VON BARBARA SCHUMACHER

Auch als Peer ist es manchmal eine Herausforderung, zu den Patienten und Patientinnen auf Akutstationen einen guten Draht zu finden. Bei einigen gelingt dies auf Anhieb. Sie sind dankbar für eine verständnisvolle, menschliche Gesprächspartnerin, die sich in ihre Situation einfühlen und – falls gewünscht – auch eigene Erfahrungen einbringen oder zwischen ihnen und dem Behandlungsteam vermitteln kann. Bei anderen Betroffenen braucht es Zeit und ein vorsichtiges Herantasten. Da kann es hilfreich sein, zuerst informelle Kurzkontakte zu pflegen, sich auf dem Spaziergang übers Wetter zu unterhalten, Tischtennis zu spielen oder einfach zu einer fröhlicheren Atmosphäre beizutragen. Das braucht Zeit, Gelassenheit und die Fähigkeit, spontan auf die aktuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Und wenn jemand lieber einen großen Bogen um die Peers macht, dann gilt es, dies freundlich zu respektieren, aber auch ab und zu das Gesprächsangebot zu erneuern.

Wer sich entscheidet, Peers einzustellen, sollte sich im Klaren sein, dass dies auch Zeit und Ressourcen für die Auseinandersetzung braucht, zu Beginn, aber auch, um die Recovery-Orientierung aller Beteiligten konstant und nachhaltig zu stärken. Die Peers hingegen müssen bereit sein zu akzeptieren, dass ihre Anstellung die Psychiatrie nicht von einem Tag auf den anderen verändern wird. Sie können allfällige Zwangsmaßnahmen nicht allein verhindern und müssen damit einen Umgang finden, ebenso wie die Fachpersonen respektieren müssen, dass Peers ihre eigene Rolle haben und nicht für die Ziele instrumentalisiert werden dürfen, welche das Behandlungsteam als vordringlich erachtet. Peers dürfen und sollen alternative Sichtweisen einbringen, sowohl gegenüber den Patientinnen und Patienten als auch gegenüber dem Team. Peers wollen als normale Mitarbeitende mit eigener, durch Erfahrung, aber auch in einer Ausbildung erworbener Kompetenz gesehen werden. Diese Augenhöhe bedingt, dass die Peers selbstverantwortlich auf ihre Grenzen achten. Ihre Bedürfnisse bezüglich Arbeitszeiten, welche ihnen erlauben, stabil zu bleiben, sollten möglichst respektiert werden. Dagegen braucht man ihnen gegenüber keine Schonhaltung einzunehmen, wenn es um die Reflexion der Arbeitsweise geht, denn das Ringen um eine recoveryorientierte Haltung ist ja ein übergeordnetes Ziel. Hilfreich ist eine Kultur, Fehler auf allen Seiten als Anlass zu gemeinsamem Lernen zu nehmen. ■

Arbeiten mit dem Soteria-Konzept

VON WASSILI HINÜBER

»Soteria« bedeutet Heilung, Wohl, Bewahrung und Rettung. In der Psychiatrie steht die Idee der Soteria für eine Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen in einem heilsamen therapeutischen Milieu. Wassili Hinüber hat fünf Jahre bis 2017 als Oberarzt das Soteria-Haus an der ViaNobis-Fachklinik in Gangelt geleitet. In seinem Beitrag erläutert unser Autor das Konzept der Soteria, die Behandlungsgrundsätze und beschreibt die Voraussetzungen für die Integration von Soteria-Stationen in das Behandlungsangebot einer psychiatrischen Klinik.

Ein verletztes Vertrauen in Bezugspersonen, das viele unserer Patienten mitbringen, wiederaufzubauen, braucht Zeit und Kontinuität der Beziehung – Eigenschaften, die wir aus verschiedenen Gründen im klinischen Alltag nur mangelhaft bieten können.

Für die therapeutische Beziehung und für die Pflgetätigkeit ist es wichtig, Interesse für die Einstellungen und Gedanken des Patienten zu haben, ihn zu fragen und die eigene Einstellung mitzuteilen. Eine Psychose wird in der Regel immer eine Katastrophe im Netz der zwischenmenschlichen Beziehung darstellen, was regelmäßig zu Verunsicherung und heftigen, teilweise gegensätzlichen Gefühlen führt. Bei Psychosen ist die kognitive Einschränkung bzw. die verminderte Informationsverarbeitungsfähigkeit wissenschaftlich messbar; die Gefühlsveränderungen sind es nicht. Ciompi (»Affektlogik« 1982) hat aufgezeigt, wie eng affektive und kognitive Vorgänge miteinander verbunden sind.

Asmus Finzen befragte Patienten nach Ablauf einer Psychose, was ihnen geholfen hat:

- Menschen, die ernsthaft zuhören
- Eine akzeptierende (therapeutische) Haltung der Zuhörer
- Die Möglichkeit, sich allmählich im Zusammenhang mit der eigenen Lebensgeschichte zu fühlen

Dies ist möglich (Linnemann & Rohlf 1990) durch das Eingehen einer konstanten therapeutischen Beziehung; nicht zu einer Einzelperson, da hier zu häufig Beziehungsabbrüche stattfinden, sondern zu einem therapeutischen Team. Die Beziehungsaufnahme setzt jedoch voraus, dass wir uns um die Patienten bemühen. Wir gehen ja im stationären Kontext eine Beziehung auf Zeit mit den Patienten ein.

Wie kann die Umsetzung einer solchen Beziehungsarbeit aussehen?

Loren Mosher entwickelte 1971 in San José ein Konzept, das es jungen, an einer Psychose erstmalig erkrankten Menschen ermöglichen sollte, in einer reizarmen Umgebung vorwiegend sozio- und milieutherapeutisch mit möglichst geringem Neuroleptikaeinsatz behandelt zu werden. Er ging davon aus, dass in den Zuständen, die damals in der Akutpsychiatrie herrschten, kein Mensch mit einer akuten Psychose gesunden konnte, da er die Umgebung und die Beziehungsarbeit, die er dazu brauchte, dort nicht erhalten konnte, sich im Gegenteil die Symptome verschlimmerten – so auch heute noch auf geschlossenen Akutstationen.

1985 nannte Mosher in einem Aufsatz vier Hindernisse auf dem Weg zur heilungsfördernden klinischen Situation:

Das medizinische Krankheitsmodell

Da sich die Psychiatrie um die volle Anerkennung als Teildisziplin der Medizin bemühe, dominiere hier das medizinische Krankheitsmodell. Dies statte den Arzt im Vergleich zu anderen Berufsgruppen mit unverhältnismäßig viel Autorität und Verantwortung aus und räume zugleich den Psychopharmaka höchsten therapeutischen Stellenwert ein. Die Patienten würden dabei nicht als Menschen, sondern in erster Linie als Leidende mit Behinderungen und Fehlfunktionen wahrgenommen, deren Erkrankung es in Form einer Diagnose zu etikettieren gilt. Die Folge davon sei eine Verobjektivierung und Stigmatisierung dieser Menschen, die in Zukunft als psychisch krank gelten.

Die Größe der Institution

Die Gesamtgruppe einer psychiatrischen Station, die üblicherweise 20 und mehr Betten habe, umfasse zusammen mit dem Personal häufig 40 oder gar 60 Per-

sonen. Schwer gestörte Patienten hindere die Unübersichtlichkeit einer solchen Station daran, der neuen Umwelt zu vertrauen, mit dieser Umwelt neue Erfahrungen zu machen und in ihr eventuell eine Art Ersatzfamilie zu finden.

Die soziale Struktur

Je größer eine Institution sei, desto fester die Strukturen. In großen Institutionen herrschten oft Starrheit, Vertrauen auf Autoritäten und institutionalisierte hierarchische Entscheidungen vor, die außerhalb der Kontrolle der Patienten lägen. Dies wirke sich negativ auf die Patienten aus, die sich in der Folge machtlos, abhängig und ohne Verantwortung erlebten.

Die medikamentöse Behandlung

In der Psychiatrie sei ein starker Glaube an Psychopharmaka als eine Art Wunderheilmittel vorherrschend. Aus diesem Grund werden sie standardmäßig eingesetzt, obwohl sie die Schizophrenie nicht heilen können, sondern lediglich die psychotischen Symptome mindern und unter Kontrolle bringen. Außerdem sei erwiesen, dass Neuroleptika ernsthafte, zum Teil irreversible Nebenwirkungen verursachen können, die Heilungschancen zumindest bei einigen Formen der Schizophrenie beeinträchtigen und wenig zu einer langfristigen psychosozialen Rehabilitation beitragen.

Die erste europäische Soteria

Der Schweizer Psychiater Luc Ciompi gründete 1984 in Bern die erste europäische Soteria, geprägt vom Ansatz des affektzentrierten Schizophrenie-Verständnisses und dem biopsychosozialen Schizophreniemodell. Nach seiner Überzeugung könne nur eine Grundhaltung, die Krankheitssymptome zunächst in ihrer Bedeutung verstehen will, dem Patienten zu einer gesünderen Konfliktbewältigung verhelfen.

So formulierte er acht therapeutische Grundsätze für die Soteria Bern:

- Kleines, möglichst »normales«, transparentes, entspanntes und reizgeschütztes therapeutisches Milieu
- Behutsame und kontinuierliche menschliche Stützung durch die Krise mit wenigen ausgewählten Bezugspersonen
- Konzeptuelle und personelle Kontinuität von der akuten Behandlungsphase bis zur Wiedereingliederung
- Klare und gleichartige Informationen für Patienten, Angehörige und Bezugspersonen hinsichtlich der Behandlung, Erkrankung und Prognose
- Ständige enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und weiteren Bezugspersonen
- Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen und Prioritäten auf der Wohn- und Arbeitsachse mit Induktion von realistischen, vorsichtig positiven Zukunftserwartungen
- Verwendung von Neuroleptika nur bei anders nicht abzuwendender akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, bei fehlenden Besserungszeichen nach vier bis fünf Wochen oder bei nicht behebbarer Rückfallgefahr in der Nachbetreuung
- Systematische Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe während mindestens zwei Jahren aufgrund einer vorausgegangenen Analyse von individuellen Prodromalsymptomen, Belastungssituationen und möglichen Bewältigungsstrategien mit Patienten, Angehörigen und weiteren Bezugspersonen

Prinzipien der Soteria-Behandlung

Die kontinuierliche Begleitung durch die Psychose erfolgt in der Soteria-Behandlung durch eine Bezugsperson, die von der Aufnahme bis zur Entlassung für den Patienten verantwortlich ist. Für die Therapeuten ist ein ganzheitliches Psychose-Verständnis wichtig; die Erkrankung wird als psychische Extremreaktion im Rahmen einer schweren seelischen Krise gesehen. Die zwischenmenschliche Beziehung ist primärer Bestandteil der Therapie. Dabei steht der Mensch mit seinem subjektiven Erleben, seiner Situation und

seiner Lebensgeschichte im Mittelpunkt. Denn in einer psychotischen Krise hat ein Mensch grundsätzlich das Potenzial zur Wiederherstellung seiner Persönlichkeit und zur Integration der Psychose in seinen Lebenszusammenhang. Dabei wird an individuelle Ressourcen und Stärken der Eigenverantwortung angeknüpft. Die Psychose-Erfahrung wird als subjektive Realität des Patienten angenommen, die grundsätzlich bedeutungsvoll und sinnvoll sein kann. Vom Behandlungsbeginn bis zur Entlassung werden eine personelle Kontinuität garantiert und eine Weiterbehandlung im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem vermittelt. Auch bei einer Wiederaufnahme steht der gleiche Beziehungstherapeut zur Verfügung und es gibt keine vorgeschaltete zentrale Aufnahme.

Der Umgang mit Psychopharmaka ist behutsam: Es werden Alternativen zur medikamentösen Behandlung erörtert und zugelassen, die Dosis häufig überprüft und angepasst und ein Nebenwirkungsprofil erstellt. Ziel ist ein selbstständiger, eigenverantwortlicher Umgang mit Medikamenten. Die Patienten haben die Möglichkeit, im »weichen Zimmer« (besonders reizarm ausgestattetes Zimmer) begleitet zu werden, gegebenenfalls leisten das auch Angehörige. Bei der Fallbesprechung wird die Erkrankung nicht isoliert betrachtet, sondern als Zusammenschau der Lebens-/Krankheitsgeschichte.

Für die Patienten gibt es regelmäßige Gruppenzusammenkünfte, damit sie ihre persönlichen Ressourcen wiederentdecken, in der Gemeinschaft zu leben lernen und sich über ihre Psychose-Erfahrungen austauschen können. Darüber hinaus ist eine bedürfnisorientierte familiäre Unterstützung möglich; das soziale Umfeld wird mit Einverständnis des Patienten frühzeitig und kontinuierlich einbezogen, beispielsweise im Rahmen des »Offenen Dialogs«.

Die Arbeit an der Beziehung ist unsere Hauptaufgabe, das Kerngeschäft (Begleiten durch die Erkrankung »being with«). Sich mit Patienten im Aufenthaltsraum zusammenzusetzen und unaufdringlich präsent zu sein, gehört zur täglichen Arbeit und ist das Kernthema in der Soteria-Arbeit.

Arbeit an der Beziehung ist nicht nur zeit- und kostenintensiv, sondern fordert auch persönliche Investition. Es ist tatsächlich etwas Besonderes, sich mit psychisch gestörten Menschen zu beschäftigen, es gehört eine Faszination bzw. Neugier dazu.

Phasen der Soteria-Behandlung

1. Phase: Beruhigung

In der akuten Phase zeigt sich durch das subjektive Erleben eine sensorische Überstimulation von innen und außen, die sich durch eine unstrukturierte Flut von Eindrücken, Gedanken und Gefühlen sowie durch entsprechend starke Angst ausdrückt. Im Vordergrund stehen hier Angstlösung und Beruhigung durch ein reizarmes und stabiles Milieu. Durch einfühlsames Begleiten, aufnehmend waches Dabeisein und intuitives Eingehen auf die aktuellen Bedürfnisse versuchen die Bezugspersonen, Ängste zu mildern und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Dabei ist das Herstellen des jeweils passenden Abstands, der nicht zu nah (Gefahr des Identitätsverlustes) und nicht zu weit (Gefahr der Verlassenheits- und Vernichtungsangst) ist, vorrangiges Ziel. Die Strukturlosigkeit des »weichen Zimmers« ermöglicht, die inneren Bedürfnisse im Raum darzustellen. Am Gemeinschaftsleben nimmt der Patient nur teil, soweit es ihm guttut. Es bestehen keine Verpflichtungen für den Haushalt.

2. Phase: Stabilisierung und Aktivierung

In dieser Phase wird schrittweise und behutsam mittels einfacher Haus- und Gartenarbeiten die Wiederherstellung des konkreten Realitätsbezugs und die Orientierung im Alltag gefördert. Die praktischen Tätigkeiten des täglichen Lebens werden gezielt als therapeutisches Mittel begriffen und eingesetzt. Das gemeinsame Tun ermöglicht dabei ein Lernen am Modell und bietet Identifikationsmöglichkeiten sowie Erfolgserlebnisse und die Erfahrung, Verantwortung übernehmen zu können.

Die konstruktive Auseinandersetzung mit sich und der Erkrankung wird durch die Unterstützung der Bezugspersonen

gefördert. Je nach Bedarf der Patienten kann über die Inhalte und möglichen Ursachen der Psychose gesprochen werden. Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche sowie die angebotenen kreativen Therapien sind dabei hilfreich. Ebenso tragen die Kontakte zu den Mitpatienten mit ihren eigenen Erfahrungen zur Stabilisierung und Weiterentwicklung bei.

3. Phase: Soziale und berufliche Integration

Diese Phase ist durch die Vorbereitung auf die Entlassung und damit die Wendung nach außen geprägt. Dabei werden gemeinsam mit den Bezugspersonen mögliche Perspektiven geplant und vorbereitet. Ziel ist ein möglichst selbstständiges Leben hinsichtlich Wohnen, Arbeiten, sozialen Kontakten und Freizeitgestaltung. Neben der Auseinandersetzung und dem Umgang mit der Erkrankung ist die Erarbeitung von individuellen Frühwarnzeichen und Verhaltensweisen zur Rückfallverhütung wichtiger Bestandteil der Entlassungsvorbereitung.

Die therapeutischen Ziele dieser Phase erfordern einen Rollenwechsel der Bezugspersonen. Von einer fürsorglichen und verständnisvollen Haltung müssen sie vermehrt fordernd und konfrontativ auftreten (von der Elternrolle zum »guten Freund«).

4. Phase: Psychosoziale Stabilisierung und Nachbetreuung

Diese Phase findet nach der Entlassung statt und soll einen Rückfall verhindern. In begrenztem Umfang besteht neben den auswärtigen Behndlern Kontakt zum Team der Soteria. Es können Gespräche oder spontane Besuche stattfinden, auch kurzfristige Rückzugsmöglichkeiten tage- oder nachtweise.

Die Psychologin Bettina Kroll hat in ihrem Soteria-Buch die Arbeitsweise wie folgt beschrieben:

»An vier langen Tagen (bis zu 10 Std. täglich) machten wir die Erfahrung, dass dafür eine annehmende und partnerschaftliche Grundhaltung der Mitarbeiter Voraussetzung ist. Wir kamen in ein Team, das mit positiver Neugier und Lust



Foto: Wolfgang Schmidt

neue Wege ausprobierte. Dies zeigte sich beispielsweise im Verzicht auf ein Stationszimmer, weil es den Mitarbeitern entbehrlich schien. Das Zusammenleben mit den Patienten, das »being with«, wurde als zentrale Aufgabe gesehen. Wir erlebten, dass daraus vertrauensvolle und haltende Beziehungen erwachsen. Diese beeinflussten dann nachhaltig das Stationsklima, das sich durch weitgehende Gewaltfreiheit auszeichnete und den Patienten einen Raum gab, sich mit ihren Lebenskrisen auseinanderzusetzen. Vieles wurde hinterfragt und diskutiert, für gut befunden oder auch verworfen. Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen waren kompetente und geduldige Gesprächspartner.«

Voraussetzungen, um ein bestmögliches Behandlungsangebot mit Soteria zu ergänzen

- Die Betriebsleitung muss an der Implementierung von Soteria und der Bereitstellung von Ressourcen für die Umgestaltung und den störungsfreien Betrieb ohne Aufweichung der Grundkriterien ein Interesse haben. (So sind beispielsweise die Soteria-Häuser in Zwiefalten und Gangelt aus dem laufenden Klinikbudget ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung der Krankenkassen entstanden!) Besonders gefährdet sind Soteria-Häuser, die durch eine ungünstige Lage (Grenznahe, ländliche Umgebung, Großkrankenhäuser in Reichweite) ständig um Belegung kämpfen müssen und aus diesem Druck heraus auch bei den Diagnosen Zugeständnisse machen müssen, somit das Konzept aufzuweichen

droht. Auch bei Aufnahmen aus größerer Entfernung kann keine Nachsorge und nur lückenhafter Familieneinbezug geleistet werden.

- Die Integration einer solchen Station in das gesamte Akutbehandlungssetting der Klinik, um keine psychiatrische Behandlung 1. und 2. Klasse entstehen zu lassen. Eventuell könnten für Soteria geeignete Patienten diese nicht erreichen, wenn im Krankenhaus zu wenig Kenntnis über das Soteria-Konzept besteht. Auch die Konkurrenz von Stationen untereinander kann nur durch regelmäßige aktive Aufklärung vonseiten Soteria minimiert werden.
- Das Interesse von Mitarbeitern an einer Veränderung ihres Arbeitsstils im Sinne einer engen und anstrengenden (aber auf Dauer befriedigenderen) Beziehungsarbeit. Wir haben bei der Auswahl der Mitarbeiter sehr offen auf das Für und Wider der Soteria-Arbeit aufmerksam gemacht und Menschen darauf angesprochen, denen wir ein anderes Arbeiten zugetraut haben. So arbeiten in der Soteria auch aus fast allen Berufsgruppen Menschen, die vorher kaum Berührung mit der Psychiatrie hatten.
- Regelmäßige Überprüfung der Soteria-Kriterien durch externe Supervision und interne Intervision berufsübergreifend. Das ursprüngliche Konzept ist inzwischen mehrfach ergänzt und verändert worden. Es erwies sich z.B. als großes Hindernis, die Soteria-Patienten von der Klinikküche abzumelden und ein Budget zur Verfügung zu stellen, damit die Patienten selbstständig planen und einkaufen konnten.

Auch die einzelnen Berufsgruppen mussten ihre Rollen neu definieren: z.B. den Arztbrief vor Absenden von der Bezugspflege kontrollieren zu lassen oder gar von ihr schreiben zu lassen, erfordert ein Akzeptieren von neuen Aufgaben und ein Sich-Verabschieden von Privilegien.

Eine nicht zu unterschätzende Gefahr besteht, wenn das Soteria-Konzept nicht von der Betriebsleitung als Teil des Gesamtkonzeptes unterstützt wird. Damit ist das Konzept personengebunden und wird bei Wechsel der Verantwortlichen nicht weitergeführt oder wegen betriebsinterner, meist budgetrelevanter Umstände, von heute auf morgen abgeschafft (so in Hamburg 2016).

Als langjähriger Verfechter der Idee von implementierten Soteria-Elementen auf bestehenden Akutstationen gehe ich inzwischen davon aus, dass ein Soteria-Konzept idealerweise nur in einem Soteria-Haus umgesetzt werden kann (von wenigen Ausnahmen abgesehen!).

Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen, die mit einer entsprechenden Haltung in der Soteria arbeiten könnten, gibt es ausreichend, sie müssen allerdings entsprechend gefördert und für diese Arbeit gewürdigt werden. ■

Dr. Wassili Hinüber, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bis 2017 leitender Oberarzt an der ViaNobis-Fachklinik Gangelt
E-Mail: whinueber@web.de

Literatur

KROLL, BETTINA (1998) Mit Soteria auf Reformkurs. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis
FINZEN, ASMUS; HOFFMANN-RICHTER, ULRIKE (1998) Was ist Sozialpsychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag
LINNEMANN F.; ROHLFS, T. (1990) Psychoanalytische Zugangswege zur Psychosenpsychotherapie in der psychiatrischen Praxis. In: Thom, A.; Wulff, E. (Hrsg.) Psychiatrie im Wandel. Köln: Psychiatrie Verlag

Weitere Literatur beim Verfasser.

Informationen zu Soteria:
www.soteria-netzwerk.de

Soteria unterstützt eine intensivere Beziehungsgestaltung

»Soziale Psychiatrie« befragte
Gunnar Lentfer zur Arbeit im Soteria-Haus in Gangelt



Gunnar Lentfer gezeichnet von einem Patienten

SP: Wie verlief Ihr beruflicher Werdegang vor der Arbeit im Soteria-Haus?

Gunnar Lentfer: Nach meiner Ausbildung zum Krankenpfleger habe ich einige Zeit mit wenig tragenden Früchten studiert und war in meinem Ausbildungsbetrieb als studentische Aushilfe tätig. In einer Umbruchphase, in der ich das Studium abgebrochen habe und umgezogen bin, fand ich dann über eine Zeitarbeitsfirma eine Stelle im Fachkrankenhaus ViaNobis in Gangelt, wo ich auch heute noch arbeite.

SP: Wie kam es zu Ihrem Eintritt in das Soteria-Haus?

G.L.: Während meines Vorstellungsgesprächs im Fachkrankenhaus sah ich im Hintergrund ein Flipchart stehen, auf dem sich Elemente des Konzeptes und der Haltung der Soteria, die in den kommenden Jahren implementiert werden sollte, befanden. Ich war sofort überzeugt von dem, was ich sah, und sprach auch an, dass sich die Haltung sehr mit meiner persönlichen Einstellung deckte.

Nach ein paar Jahren auf der geschlossenen Akutstation wechselte ich dann in den offenen Bereich und bin, als das Projekt Soteria-Haus umgesetzt werden sollte, gefragt worden, und von Anfang an dabei.

SP: Welche Unterschiede sehen Sie im Vergleich zur Arbeit auf anderen Stationen?

G.L.: Ich glaube, dass der Unterschied gering ist, wenn man schon immer eine Haltung besessen hat, die eine enge therapeutische Beziehung anstrebt und den Willen hat, dies auch umzusetzen.

Die Rahmenbedingungen in der Soteria unterstützen allerdings eine intensivere Beziehungsgestaltung. Auch fördert das hohe Maß an Mitbestimmung und Eigenverantwortung die Zusammenarbeit mit den Patienten. Die reizarme und wenig an ein Krankenhaus erinnernde Atmosphäre trägt deutlich zur Stabilisierung bei, zudem wirkt auch die Gruppe an sich bereits therapeutisch: Jeder passt auf jeden auf. Wir nennen das auch »eine Familie auf Zeit«.

SP: Welche Perspektiven wünschen Sie sich für Soteria?

G.L.: Ich wünsche mir für die Soteria zum einen, dass sich ihr Gedanke des therapeutischen Miteinanders auch auf andere Bereiche ausbreitet, aber auch, dass mit der Zeit die Rechnungsträger erkennen, dass es sich langfristig lohnt, eventuelle Mehrkosten, z.B. beim Personalschlüssel, zu tragen. Die Soteria am Klinikum München-Ost hat das ja bereits geschafft, indem sie von Anfang an Forschung betrieben hat und so entsprechend argumentieren konnte.

Gunnar Lentfer, 38 Jahre, Psychiatriefachpfleger und seit 2008 in der Fachklinik ViaNobis

In Belegschaftshand

VON MARTIN OSINSKI

Krankenhäuser müssen mindestens 500 Betten haben, sollten sich zu Ketten zusammenschließen und gehören in die Hand großer Kapitalgesellschaften – oder?! In Spremberg im Südosten Brandenburgs gibt es eine bemerkenswerte andere Konstruktion.

Spremburg, 23.000 Einwohnerinnen und Einwohner und damit größte Stadt des brandenburgischen Landkreises Spree-Neiße, schmückt sich mit dem Namenszusatz »Perle der Lausitz«. Dort steht ein Krankenhaus, dessen Geschichte bis ins Jahr 1869 zurückreicht. Eben dieses Krankenhaus erlangte einige mediale Aufmerksamkeit, als es jüngst im AOK-Krankenhausnavigator den Spitzenwert von 96 Prozent Patientenzufriedenheit erzielte und in dieser Disziplin auf Platz eins unter Ostdeutschlands Allgemeinkrankenhäusern landete.

Dieses für sich schon erfreuliche Ereignis lenkt die Aufmerksamkeit auf eine kleine gesundheitspolitische Sensation: Das 180-Betten-Haus befindet sich seit 20 Jahren mehrheitlich in Belegschaftshand. Und es erwirtschaftet Jahr für Jahr schwarze Zahlen. Eine Erfolgsstory, die der Reihe nach erzählt werden soll.

Teilprivatisierung

Kurz nach der Wende, im Jahr 1992, gingen die Stadt Spremburg und der Landkreis den gleichen Weg wie so viele andere Kommunen. Sie gründeten für das Krankenhaus eine Betreibergesellschaft, die Spremberger Krankenhausgesellschaft mit beschränkter Haftung. Zwei Privateigentümer übernahmen für je eine symbolische D-Mark 60 Prozent der Gesellschaftsanteile, Stadt und Kreis blieben mit je 20 Prozent beteiligt.

Fünf Jahre später waren die privaten Mehrheitsgesellschafter zahlungsunfähig; ihre Anteile wurden eingezogen. Der Landkreis übertrug seine Krankenhausbeteiligung an die Stadt Spremburg. Grundsätzlich sollte aber an dem eingeschlagenen Weg einer öffentlich-privaten Partnerschaft festgehalten werden.

Krankenhaus Spremberg

Jetzt schlug die Stunde der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf Initiative des Betriebsrats und mit Unterstützung der Gewerkschaft ÖTV gründeten sie 1997 den gemeinnützigen »Förderverein Krankenhaus Spremburg e.V.«. Mit Billigung der Landesregierung, vor allem aber dank eines überzeugenden Konzepts auf der Grundlage profunden Insiderwissens setzte sich der Förderverein gegen andere Bewerber durch und übernahm 51 Prozent der Krankenhausgesellschaft – diesmal nicht für eine symbolische Mark, sondern das Stammkapital musste in voller Höhe eingebracht werden. Von jedem Vereinsmitglied wurde deshalb eine Beitrittsgebühr von 500 DM erhoben, die zur Bezahlung der Gesellschaftsanteile eingesetzt wurde.

Psychiatrische Vollversorgung

Gemäß Krankenhausplanung des Landes Brandenburg leistet das Krankenhaus Spremburg die Grundversorgung der Region. Abgedeckt werden die Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie, Chirurgie, Anästhesie/Intensivmedizin und Psychiatrie. Insgesamt werden mit 180 Betten und 340 Mitarbeiterinnen rund 20 Mio. Euro Jahresumsatz erwirtschaftet. Hinzu kommen ein Servicebetrieb mit 60 Mitarbeitern und medizinische Versorgungs-

zentren. Seit 2007 gibt es, als Resultat einer Umfrage unter den Mitarbeitenden, einen Betriebskindergarten mit 59 Plätzen.

Dr. Volker Kalina, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist seit 1995 im Unternehmen. Seit 1998 leitet er als Chefarzt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. In seinem bescheidenen Büro im Sockelgeschoss der Klinik erläutert er die Entwicklung, die 1991 mit einigen psychiatrischen Betten am Standort Spremburg begann. Heute besteht die psychiatrische Klinik aus vier Stationen mit 75 stationären Plätzen, zwei Tageskliniken in Spremburg und Guben (35 teilstationäre Plätze) und einer Institutsambulanz, die ebenfalls an den Standorten Spremburg und Guben behandelt.

Der stationäre Bereich realisiert sektorisierte, gemeindenahе Versorgung des Landkreises Spree-Neiße (130.000 Einwohner) und strebt bestmögliche Behandlungskontinuität an. Die Patienten werden konsequent mit gemischten Diagnosen auf der zuständigen Sektorstation aufgenommen. Das einzige spezialisierte Angebot ist eine stationäre tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapie mit neun Plätzen, die eine halbe Station belegt und überregional nachgefragt wird.

Geschlossene Unterbringung erfolgt bei Bedarf auf der Sektorstation durch zeitweiliges Verschließen der Tür. Die Zahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen liegt bei einem Prozent der Behandlungsfälle. Die verschlossene Tür wird den Patienten erklärt, und natürlich wird sie für alle berechtigten Patienten umgehend geöffnet. Von Experimenten wie dem Potsdamer Tisch (ständige Bewachung der offenen Tür und verbale Verhinderung von Entweichungen) hält Kalina nichts – am Ende jeder Diskussion müsse klar sein, dass der Patient zu seinem und zum Schutz der Umgebung bleiben müsse. Die geschlossene Tür sei ehrlicher als scheinbar offene Diskussionen.



Foto: Martin Osinski


Krankenhaus
Spremberg

Psychiatrie und Mitarbeiterbeteiligung

Wirkt sich das Konstrukt Mitarbeiterbeteiligung auf die psychiatrische Klinik aus? Wie? Gibt es Unterschiede, die einen Unterschied machen? Chefarzt Kalina schmunzelt über den Versuch einer systemischen Frage. Wesentlich sei zunächst gewesen, dass der Förderverein überhaupt notwendig gewesen sei, das Haus und den Psychiatrie-Standort zu erhalten. Nachdem unseriöse Glücksritter das Unternehmen in ernste Gefahr gebracht hatten, sei Mitarbeiterbeteiligung eine interessante Option gewesen. Das Wesentliche, so Kalina, sei aber die grundsätzliche Feststellung: Ein Krankenhaus gehört nicht in die Hände eines gewinnorientierten Konzernträgers. »Das ist das Schlimmste.«

Schwieriger sei die Unterscheidung, ob ein normal-gemeinnütziger Betreiber oder eine Mitarbeitergesellschaft besser sei. Ein konkreter Pluspunkt in Spremberg sei die Tatsache, dass es zu keinem Zeitpunkt eine Unterschreitung der Psych-PV aus betriebswirtschaftlichen Erwägungen oder aus Gewinnstreben gegeben habe. Ob dies sich aus der Gemeinnützigkeit des Unternehmens oder aus der Mitarbeiterkontrolle der Betriebsleitung ergibt, da mag der Chefarzt sich nicht festlegen. »Das kann man natürlich diesem Modell so ein bisschen zurechnen, aber das wäre auch bei einem anderen, nicht gewinnorientierten Träger möglich.«

Beteiligte Mitarbeiter, zufriedene Mitarbeiter?

Was macht das Eigentümermodell mit dem Personal? Geschäftsführerin Kathrin Möbius wird gern mit dem Satz zitiert: »Die Mitarbeiter sind meine Chefs.« Wieder schmunzelt Dr. Kalina. Sicherlich handelt keine Geschäftsführung gegen die Gesellschafter. Andererseits gilt aber auch hier, dass etliche Diskussionen zwar geführt, schlussendlich aber durch knallharte betriebswirtschaftliche Realitäten begrenzt und beendet werden. Entsprechend sei die Belegschaft nicht immer und vollzählig begeistert, sondern durchaus gespalten in der Bewertung der Mitarbeiterbeteiligung.

Harte Daten zur Mitarbeiterzufriedenheit und zum Krankenstand liegen dem Chefarzt nicht vor. Bei Ärzten und Psychologen gebe es überhaupt keine Fehlzeiten, die den Verdacht auf Unzufriedenheit oder Erschöpfung aufkommen ließen. In der Pflege gebe es einige ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit berufsbedingten Verschleißerscheinungen, und am anderen Ende viele junge Frauen mit Fehlzeiten durch Schwangerschaft und kranke Kinder. Fluktuation gebe es aufgrund von persönlicher bzw. Familienplanung, im Übrigen sei die Bindung an das Unternehmen sehr stark.

Unter den psychiatrischen Patientinnen und Patienten sieht Chefarzt Kalina allerdings eine steigende Zahl von Menschen aus helfenden Berufen, die über krankmachende Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, Altersheimen und Pflegediensten im Einzugsgebiet berichten.

»Der höchste Patientenanteil, berufstechnisch gesehen, kommt aus der Pflege.« Hier werde schon ein Unterschied zum eigenen Haus sichtbar.

Objektiv sei auf jeden Fall die Patientenzufriedenheit überdurchschnittlich hoch. Das gelte auch für die Psychiatrie und habe mit Sicherheit mit dem guten Personalschlüssel zu tun. Aber, noch einmal, so Kalina, das ließe sich auch ohne Mitarbeiterbeteiligung durch den Verzicht auf Gewinnstreben erklären. »Wenn ich Gewinn machen will, kann ich das nur auf dem Rücken vom Personal machen. Das ist hier niemals das Ziel gewesen, in diesem Haus.«

Betriebliche Mitbestimmung

Wie stehen Betriebsrat und Gewerkschaft zu der Beteiligungskonstruktion? Mein zweiter Gesprächspartner ist Matthias Warmo, Krankenpfleger in der Intermediate Care, jetzt zu 60 Prozent freigestellt als Vorsitzender des Betriebsrats. Ehrenamtlich ist er stellvertretender Vorsitzender des Fördervereins. Außerdem engagiert er sich gewerkschaftlich im Bezirksvorstand wie auch im Landesfachbereichsvorstand von ver.di.

Der Förderverein hat heute 280 Mitglieder. Darunter sind 50 externe, alle anderen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses. In früheren Jahren waren neun von zehn Mitarbeitern im Verein, heute sind es ca. 68 Prozent; in den letzten Jahren hat sich die Belegschaft verjüngt. Der Verein wirbt stetig um neue Mitarbeiterinnen, aber die jüngeren halten eher Abstand. Sie sehen, anders als die Kollegen damals, Mitte der neunziger Jahre, keine unmittelbare Notwendigkeit, dem Verein beizutreten.

Der gewerkschaftliche Organisationsgrad liegt bei 25 Prozent. Das ist guter Brandenburger Durchschnitt. In manchen Kliniken ist er geringer, in den Häusern der Asklepios-Kette sind mehr als 30 Prozent der Belegschaft in der Gewerkschaft.

Zielkonflikte?

Krankenpfleger, Betriebsrat, Miteigentümer, Gewerkschafter – wie viele Seelen passen in eine Brust? Die Vergütung nach

Haustarifvertrag liegt, je nach Berufsgruppe, 7–12 Prozent unter dem TVöD. Matthias Warmo räumt ein, dass es die üblichen Mitbestimmungsauseinandersetzungen auch in Spremberg gibt. »Aber wir sind natürlich aufgrund der Trägerschaft immer gezwungen, Lösungen zu finden. Wir streiten uns zu den Themen, aber der Streit wirkt sich nicht auf andere Bereiche aus.« Das liege sicherlich auch daran, dass die Geschäftsführerin das Trägermodell lebe, das Krankenhaus also nicht den typischen Manager in der Geschäftsführung habe.

Kritisch werden die internen Diskussionen dann, wenn einzelne Personen Personalpolitik oder Partikularinteressen mit Angelegenheiten des Fördervereins vermischen. Der Förderverein mischt sich nach Möglichkeit nicht in die Personalpolitik ein – »manchmal schon, da wo es Probleme gibt, aber im Grundsatz steht das nicht in der Satzung«. Schließlich sei die Amtszeit des Vorstands im Förderverein auf zwei Jahre begrenzt; wer sich da an problematischer Unternehmenspolitik versuche, bekomme bei der nächsten Vorstandswahl die Quittung.

Kommunalpolitik

Die Stadt Spremberg nimmt ihre Mitverantwortung in der Gesellschafterversammlung professionell wahr. Die Bürgermeisterin vertritt die Stadt in der Gesellschafterversammlung. Sie hat die Grundsätze des Modells verstanden und akzeptiert. Die Stadtverordneten sind in der Gesellschafterversammlung »interessierte Öffentlichkeit«. Das alles trägt zu hoher Akzeptanz in der Bevölkerung bei – eine wichtige Komponente, wenn Krankenkassen oder Landesregierung zum Nachteil der Klinik die Versorgungsstrukturen ändern wollen. Als die frühere Gesundheitsministerin Anita Tack nach Spremberg kam, um die Schließung einer Abteilung durchzusetzen, standen zweitausend Spremberger vor ihrem Krankenhaus.

Hier liegt vielleicht auch ein Grund, warum die Spremberger nicht das liebste Kind der Landesregierung sind. Mit manchem Manager eines Großkonzerns sind Deals zu machen – gib hier zehn Betten,

nimm dort 20 ... Wenn die Geschäftsführerin aus Spremberg ins Potsdamer Gesundheitsministerium kommt, hat sie immer einen Mitarbeitergesellschafter dabei. Dann wird hart verhandelt, das kleine Spremberger Krankenhaus hat nichts zu verschenken.

Zur Nachahmung empfohlen

Spremberg ist bundesweit das einzige Krankenhaus mit Belegschaftsbeteiligung. Ver.di berichtete 2016 unter der Überschrift »Zur Nachahmung empfohlen« und umschiffte die Klippen mit bemerkenswerter Gelassenheit: »Im Großen und Ganzen ist ver.di mit der Situation im Spremberger Krankenhaus einverstanden, nur: Das Entgeltniveau liegt unter dem des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) sowie anderer Haustarifverträge an Brandenburger Krankenhäusern. »Unser Ziel bleibt es deshalb, für die Kolleginnen in Spremberg das Niveau des TVöD oder mindestens des Cottbusser Krankenhauses zu erzielen«, sagt Ralf Franke, der zuständige ver.di-Sekretär im Bezirk Cottbus. [...]

Was die Tarifverhandlungen jedoch erschwere, sei der Umstand, dass die Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in Spremberg sehr viel mehr Verständnis für die wirtschaftliche Situation »ihres« Hauses mitbrächten als sonst üblich.«



Chefarzt Dr. Volker Kalina



Matthias Warmo

Fotos: Spremberger Krankenhausesellschaft mbH

Licht und Schatten

Was lehrt uns das? Spremberg ist zurzeit bundesweit das einzige Krankenhaus mit Belegschaftsbeteiligung; es ist weder eine Insel der Seligen noch ein Volkseigener Betrieb. Hier wird Mitbestimmung, Verantwortung und Identifikation mit dem Unternehmen anders gelebt als anderswo. Das hat Konsequenzen für das Management ebenso wie für Belegschaft und Betriebsrat. Wer das einfache Muster »die da oben, wir hier unten« zur Orientierung braucht, dem wird hier bald schwindlig.

Aber die Quadratur des Kreises funktioniert auch hier nicht. Kröten müssen geschluckt werden, und nicht immer wird es Win-win-Lösungen geben. Wie fast überall wurde eine Servicegesellschaft outgesourct; Physiotherapie und Geburtshilfe wurden ebenfalls ausgelagert. Weniger Stress und hohe Patientenzufriedenheit durch mehr Personal, das gibt es nur um den Preis eines niedrigeren Lohnniveaus. Die Arbeit im Förderverein ist eine ehrenamtliche Investition in das Modell und die Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes. Was ist der Lohn? Sicher mehr Information, mehr Einblick in Zusammenhänge, vielleicht auch mehr »Bedeutung für andere« im Dörnerschen Sinne. Sympathisch ist es schon, dieses kleine, renitente Krankenhaus an Sprembergs Karl-Marx-Straße. ■

Martin Osinski, Diplom-Psychologe, Supervisor, seit Kurzem Vereinsbetreuer, lebt in Neuruppin, Brandenburg
E-Mail: osinskivision@t-online.de

DGSP-Denkanstoß: Soziale Psychiatrie und Klinik

Die Denkanstöße als sozialpsychiatrisches Manifest der DGSP wurden 2016 umfassend überarbeitet, aktualisiert und in neuem Gewand herausgegeben. Kurz nach der Veröffentlichung kam Kritik aus den Reihen der Mitglieder, dass die psychiatrische Klinik zwar hier und dort immer mal wieder erwähnt werde, die Auseinandersetzung mit der akuten psychiatrischen klinischen Versorgung sich aber nicht in einem eigenen Denkanstoß wiederfinde. Sozusagen als Denkanstoß an die DGSP formulierte Wolfram Voigtländer in einem Schreiben die Frage, ob sich die DGSP im psychiatriepolitischen Diskurs nicht mehr für die Klinik zuständig fühle.

Der DGSP-Gesamtvorstand hat sich dieser Kritik angenommen und in der Sitzung im Mai 2017 gemeinsam mit DGSPlern, die leitende Funktionen in Kliniken innehaben, intensiv diskutiert. Aus dem Papier von Herrn Voigtländer, der darauf folgenden Diskussion und einer längeren Auseinandersetzung im Gesamtvorstand, sowohl in den Sitzungen als auch über umfangreichen schriftlichen Austausch unter Einbezug von Expert*innen aus der Klinik, ist der hier vorliegende Denkanstoß »Soziale Psychiatrie und Klinik« erarbeitet worden.

Dieser Denkanstoß soll kein feststehendes Papier sein, sondern vielmehr weitere Diskussionen inner- und außerhalb der DGSP anregen. Wie sehen Mitarbeiter*innen aus Kliniken die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Klinik? Wie empfinden sie ihre eigene Rolle, und welche Verbesserungen wünschen sie sich? Welche politischen Rahmenbedingungen müssten geschaffen werden, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten? Wie gut oder schlecht fühlen sich Betroffene unter den Bedingungen klinischer Versorgung aufgehoben? Was denken und empfinden Angehörige? Welche Chancen und Risiken liegen in der stationsäquivalenten Behandlung?

Wir freuen uns, wenn Sie sich, ausgehend von diesem Denkanstoß, an unserem Diskurs beteiligen.

denk-an-stöße

»Die Mitarbeiter*innen auf Station sind für die Pflichtversorgung und Alltagsbewältigung zuständig. Eine sozialpsychiatrische Gesamtsicht wird nur selten angestrebt. Sie müssen sich täglich mit Ansprüchen aus der sozialen Realität der Klient*innen auseinandersetzen. Eine gemeindepsychiatrische Organisation der klinischen Versorgung wäre die beste Lösung.«

Martin Bührig, Chefarzt des Klinikums Bremen-Nord, beim DGSP-Verbandstag im Mai 2017

Die Grundlage sozialpsychiatrischer Behandlung und Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist vor allem ein ganzheitliches Verständnis von Krise und Erkrankung. Der Mensch in seiner individuellen Situation steht im Mittelpunkt. Seine persönlichen Lebensbedingungen und Bedürfnisse werden in alle Überlegungen miteinbezogen. Dazu zählen die Beziehungen zu Angehörigen und Freund*innen, die Bedeutung von Arbeit und Beruf, Lebensgeschichte, die Frage nach Bedeutung und Sinn einer Erkrankung. Ebenso das Eingebundensein in die eigene Stadt oder Gemeinde und die damit eventuell vorhandenen und zu nutzenden Ressourcen bzw. die zu überwindenden »Inklusionsbarrieren«. Die

Kooperation verschiedener Berufsgruppen ermöglicht eine multiprofessionelle Perspektive. Wesentlich ist auch die Berücksichtigung von Funktion und Bedeutung des psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungssystems innerhalb der Gesellschaft – Psychiatrie zwischen Ordnungsmacht und Hilfsinstitution. Das sind die Kernelemente sozialpsychiatrischer Grundhaltung.

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wird in fast allen Kliniken unterschritten. Der Personalnotstand und die überbordende patientenferne Dokumentationsarbeit sind der Qualität der inhaltlichen und patientenorientierten Arbeit abträglich. Die therapeutischen Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen fühlen sich vor diesem Hintergrund oftmals überlastet. Hohe Krankenstände können als Indikator struktureller Mängel dienen.

Belastend für Patient*innen und Mitarbeiter*innen sind die in diesem Kontext unvermeidbar vorzufindenden Defizite in der Milieugestaltung und in der Gestaltung der therapeutischen Beziehungen. Die in der Regel in einem krisenhaften Zustand befindlichen Patient*innen erhal-

ten nicht die ihrem rechtlichen Anspruch und dem fachlichen Standard entsprechende angemessene Hilfeleistung. Diese Defizite müssen konsequent bearbeitet werden, um zu vermeiden, dass Zwangsmaßnahmen angewendet werden, Psychopharmaka hoch dosiert werden und Mitarbeiter*innen aufgrund der Arbeitsbelastungen und der Entwertung ihrer beruflichen Qualifikation in den Burn-out geschickt werden. Defizite sind jedoch vermeidbar, wie verschiedene Modellbeispiele, die wir benennen werden, zeigen.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit den Zielen der Gewinnmaximierung (private Träger) bzw. Defizitbegrenzung (öffentliche Träger) sowie der Quersubventionierung in vielen Häusern führt zu einer enormen Verdichtung der Arbeit in der Klinik. Chefarzt*innen und leitende Pflegekräfte bestätigten diesen Umstand bei einer Diskussion im Rahmen des DGSP-Verbandstages im Mai 2017. Dabei wird, bezogen auf die Finanzierung der Psychiatrie, das meiste Geld von den Krankenkassen für psychiatrische Kliniken ausgegeben. Alle Kliniken haben sich in unserem Gesundheitssystem an ökonomischen Zielen zu orientieren, private Klinikkonzerne schütten zudem Gewinne an Aktionär*innen und Kapitalge-

denk-an-stöße

sellschaften aus, zusätzlich erhöht auch die zu geringe Investitionsförderung der Länder den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser. Zu kritisieren ist die Strategie der Krankenhausleitungen bzw. der Unternehmensleitungen, in Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen defizitäre somatische Bereiche aus den Einnahmen für die psychiatrische Versorgung quer zu subventionieren.

Um die Verbesserung der Situation für Betroffene, Angehörige und Personal herbeizuführen, sollen folgende Aspekte der psychiatrischen Versorgung gemeinsam mit allen Beteiligten besser gestaltet werden:

- Die Aufnahme-, Behandlungs- und Entlasssituation muss patientenorientiert sein. Dies bedeutet, dass das handelnde Personal mit ausreichend Zeit, größtmöglicher Kontinuität und patientenorientierter Haltung Gespräche mit den Patient*innen und gegebenenfalls mit Angehörigen führen kann. Dies ermöglicht erst ein optimales Informationsniveau bei allen Beteiligten hinsichtlich der medizinischen und weiteren therapeutischen Behandlung, der rechtlichen Rahmenbedingungen, der klinischen Abläufe und Regeln, der Lebenssituation der Patient*innen (Bürger*innenstatus) und auch bezüglich daraus abzuleitender begleitender sozialer Maßnahmen (z.B. Sicherung des Arbeitsplatzes), Angehörigenarbeit etc.
- Die somatische Dominanz in der Behandlung sowie die Fixierung auf Diagnosen verengt den Blick auf die Patient*innen, deren Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten und ist in der Regel defizitär statt ressourcenorientiert. Teampotenziale sind darüber hinaus zu nutzen. Das vielfältige Fachwissen der im Krankenhaus vertretenen Berufe ist wahrzunehmen, um so den therapeutischen Möglichkeitsrahmen im Sinne der Patient*innen maximal zu gestalten.

- Das Angebot von »Spezialstationen« zur Behandlung bestimmter Erkrankungsformen ist – wenn erwünscht – im Sinne der gemeindenahen Psychiatrie umzusetzen. Die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten im Sozialraum der Patient*innen sind auf den sozialen Kontext bezogen vorzuhalten, und einer Selektion von Patient*innen sollte konsequent entgegengewirkt werden.

- Eine zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung in der Daseinsvorsorge, wie z.B. im Krankenhausbereich, setzt falsche Anreize. Statt Gewinnabschöpfung von Finanzmitteln der Krankenkassen zur Behandlung erkrankter Menschen muss das Ziel die bestmögliche Krankenversorgung sein. Wozu selbstverständlich auch Vorhaltekosten für Pflichtangebote zählen. Hier gilt es eine gesamtgesellschaftliche Grundsatzdiskussion zu führen, an der alle relevanten Akteur*innen beteiligt sind.

- Die Pharmaindustrie und ihre Forschungsabteilungen möchten ihre Produkte vermarkten. Ihre Interessen liegen damit zwangsläufig weniger in einer personell gut ausgestatteten besseren Versorgung in der Klinik. Je genesungsfördernder das therapeutische Milieu ist, desto weniger Medikamente sind nötig.

Hintergrund:

Die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen der Psychiatrie und Unzufriedenheit mit den dortigen Arbeitsbedingungen bewegte zwischen 1968 und 1970 Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen in der Psychiatrie dazu, sich mit dem Ziel zusammenzuschließen, die Situation in der Psychiatrie zu verändern, und führte zur Gründung der DGSP. Die DGSP vereint psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen, Betroffene und Angehörige, die ein sozialpsychiatrisches Grundverständnis teilen.

In einem für die DGSP historischen Beschluss wurde 1979 festgelegt, die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu fordern. Hintergrund war, dass die damaligen Reformbemühungen trotz vergrößertem Personal- und Geldaufwand weiterhin keine zufriedenstellende psychosoziale Arbeit ermöglichten. Vielmehr wurde durch teure Modernisierungsprozesse die Vorrangstellung der Landeskrankenhäuser zementiert.

Seit dieser damaligen negativen Entwicklung hat sich die sozialpsychiatrische Landschaft bis heute vielfältig entwickelt und bietet differenzierte, ortsnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen an. Die künstliche Trennung in klinische und außerklinische Versorgung gilt es zu überwinden und das Gegebene trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen als ein Behandlungs- und Versorgungssystem in der Verantwortung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu sehen.

Patient*innen in ihrer individuellen Situation mit daraus resultierenden Bedürfnissen und ihrer sozialen und kulturellen Eingebundenheit stehen im Mittelpunkt der Bemühungen, dies sowohl in der Klinik wie auch außerhalb. Das psychiatrische Krankenhaus ist ein Element im Netzwerk der psychiatrischen Hilfen und damit auch ein Akteur der Gemeindepsychiatrie. Stationäre und ambulante Hilfsleistungen und Versorgungsformen sind so zu vernetzen, dass betroffene Menschen in verschiedenen, oft krisenhaft zugespitzten Lebenssituationen sicheren Halt finden und ein Bezug zu ihrer Lebenswelt jederzeit gewährleistet ist. Besonders von Klinikleitungen ist ein Bekenntnis zur Kooperation gefordert, um die bestmögliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu gewährleisten. Ärztliche und pflegerische Leitungen sind gefordert, versorgungspolitische und psychiatrisch-fachliche Argumente gegenüber ökonomischen Gesichtspunkten stärker einzubringen.

denk-an-stöße

Institutionen wie die psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken sind in der Versorgungslandschaft fast flächendeckend etabliert. Mit dem PsychVVG unterstützt der Gesetzgeber den Aufbau stationsäquivalenter Behandlungen, die eine gute Vernetzung von stationären und ambulanten Akteur*innen erfordern. Es ist unerlässlich, dass Mitarbeiter*innen aus den ambulanten und stationären Bereichen die jeweils anderen Angebote nicht nur kennen, sondern die Arbeitsweise und Haltung reflektieren und somit zu einer institutionsübergreifenden Zusammenarbeit finden und es zu einem gemeinsamen Verständnis von psychischer Erkrankung und der erforderlichen Hilfen kommt.

Die DGSP fördert den Dialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Mitarbeiter*innen. Damit setzt sich die DGSP für eine umfassende Partizipation auf den unterschiedlichen Ebenen des psychiatrischen Hilfesystems ein. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Bürger*innen unserer Gesellschaft, mit gleichen Rechten und Pflichten (Gleichheit vor dem Recht).

Die DGSP sieht sich in der Rolle und Funktion des »Wächteramtes« für die Interessen und Rechte insbesondere der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, aber auch für die Rechte der Mitarbeiter*innen in der Psychiatrie. Neben dem institutions-, berufs- und methodenübergreifenden Ansatz ist für die Entwicklung einer dialogischen Perspektive im psychiatrischen Versorgungsalltag wichtig, auch die spezifischen Kompetenzen von Genesungsbegleiter*innen gleichwertig einzubeziehen.

Beispiele:

Es gibt in der psychiatrischen Landschaft Deutschlands Leuchtturm-Projekte, die zeigen, dass mit geeigneten Maßnahmen, dem Willen zur Kooperation und zum Dialog sowie mit sozialpsychiatrischer Grundhaltung eine gute Versorgung und

Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen in der Klinik möglich sind.

- Das Marien Hospital Herne hat NRW-weit den niedrigsten Stand der Unterbringungen nach PsychKG. Die Stationen sind offen und sowohl vom Krankheitsbild als auch beim Personal durchmischt, es gibt zum Beispiel keine festen Nachtwachen mehr. Ein individueller Behandlungsplan wird jeweils mit einem Bezugstherapeuten erarbeitet.
- Die psychiatrische Abteilung am Klinikum in Heidenheim setzt stations- und settingübergreifend auf die Umsetzung eines Home-Treatment-Konzepts. Statt Chef-/Oberarztvisiten werden Therapieversammlungen nach dem Vorbild des »Offenen Dialogs« durchgeführt. Die Klinik unterstützt Patienten*innen beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika.
- Die Krisenwohngruppen des Psychosozialen Trägers Solingen sind praktisch ein Kleinstkrankenhaus, in dem nur wenige Betten zur Verfügung stehen. Damit werden akute Krisen schnell mit der Tagesklinik und Elementen der ambulanten Gemeindepsychiatrie verknüpft.
- Die Soteria ist eine alternative stationäre Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen. Die Anwendung von Neuroleptika ist gering, es wird auf eine offene Stationsführung und auf Wohnelemente gesetzt, wobei ausdrücklich von »Patient*innen« gesprochen wird, da dort akut behandelt wird. Die Behandlung erfolgt in Form einer »Begleitung durch die Psychose«. Die Mitarbeiter*innen und Patient*innen gestalten ihre Beziehung gleichwertig, es gibt kaum Rollendifferenzierung und Hierarchie. Zudem werden Angehörige und Freund*innen offensiv in die Patient*innenunterstützung eingebunden.

Die DGSP fordert:

- Ein übergreifendes und gemeinsames sozialpsychiatrisches Krankheitsverständnis und daraus resultierende gemeinsame Grundhaltungen
- Die Zusammenarbeit von gemeindepsychiatrischen Diensten und psychiatrischen Kliniken auf der Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses guter sozialpsychiatrischer Versorgung, z.B. auf Basis eines Regionalbudgets
- Die Prinzipien von Empowerment, Partizipation und Recovery sowie die Stärkung des Dialogs gelten als bestimmende Elemente psychiatrischer Versorgung.
- Die Psych-PV läuft am 31. Dezember 2018 aus, und es ist ungewiss, was danach passiert und wie sich der G-BA zur Frage der Personalbemessung positioniert. Es darf kein »PEPP« durch die Hintertür eingeführt werden.
- Die Bundesländer müssen ihrer Verpflichtung zur Zahlung des Investitionszuschusses nachkommen.
- Aktive Aufklärungsmaßnahmen der Akteur*innen im psychiatrischen Feld zur Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen und Patient*innenverfügungen zur Sicherstellung des Patient*innenwillens
- Sicherstellung umfassender Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf der Flucht unter konsequenter Einbeziehung von Sprachdolmetscher*innen und Kulturmittler*innen
- Präventives Mitwirken von Klinik und Gemeindepsychiatrie in der Gesundheitsaufklärung und Antistigmaarbeit
- Home Treatment als außerklinisches Angebot für krankenhausbehandlungsbedürftige Personen in institutionsübergreifender Kooperation
- Mitarbeiter*innen stärken, Haltungen und ethische Grundsätze zu leben
- Patient*innen wahrnehmen – Dialog auf Augenhöhe – »Verhandeln statt behandeln«
- Genesungsbegleiter*innen sind bei ambulanten sozialpsychiatrischen Anbieter*innen oftmals fest etabliert,

und auch im klinischen Bereich gibt es hierzu gute Modelle der Einbindung (z.B. Bremerhaven). Wünschenswert sind eine Weiterentwicklung und der Ausbau dieser Hilfen, sodass Betroffene in allen Versorgungssettings die aktive Unterstützung von Peers einholen können.

- Es wird eine unabhängige universitäre Versorgungs- und Pharmaforschung benötigt. Behandlung und Fortbildung sollen ohne Unterstützung der pharmazeutischen Industrie stattfinden.
- Ärztliche und therapeutische Unterstützung für Patient*innen, die Neuroleptika reduzieren oder absetzen wollen. Diese Ansätze sind in der Aus- und Weiterbildung zu vermitteln.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP bietet stetig Weiterbildungsmöglichkeiten an, die auch Foren zum Austausch sind. Unser Fortbildungsprogramm ist umfangreich und wird gut besucht. Daneben gibt es die regelmäßigen Fachtage der Fachausschüsse und Landesverbände sowie die Jahrestagung. Neben den Fachausschüssen werden hier vielfältige Möglichkeiten geboten, mit Kolleg*innen, Gleichgesinnten und anderen interessanten Gesprächspartner*innen den Austausch zu pflegen. Das bereichert und steigert zudem die Motivation jedes/jeder Einzelnen.
- Dieser Fachdiskurs mündet in den politischen Aktivitäten des Verbandes. In Stellungnahmen werden regelmäßig politische Entwicklungen kommentiert, konkrete Forderungen formuliert und politischen Entscheidungsträger*innen die Expertise der DGSP-Mitglieder und ihrer Fachausschüsse angeboten. Zur Bundestagswahl 2017 wurden die politischen Parteien mit Wahlprüfsteinen zur sozialpsychiatrischen Versorgung konfrontiert, die von allen befragten Parteien beantwortet wurden.
- Es wird auch der Austausch mit anderen Verbänden gepflegt, beispielsweise

se mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), dem Dachverband Gemeindepsychiatrie, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband als unserem Spitzenverband, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), dem Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Klinken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) und weiteren, die unter anderem regelmäßig im Rahmen des »Kontaktgesprächs Psychiatrie« oder des »Verbändedialogs« der psychiatrischen Pflegeverbände tagen. Gemeinsam mit weiteren Interessengruppen der psychiatrischen Versorgung wurde beispielsweise 2016 das »Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP), sozusagen das DRG der Psychiatrie, verhindert.

TUWAS – mit der DGSP:

- Nutzen Sie die Möglichkeiten der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung!
- Bringen Sie Ihre Expertise in die Facharbeitsgruppen der DGSP ein und nutzen Sie das Wissen und die Erfahrungen der DGSP-Mitglieder!
- Nehmen Sie die Möglichkeiten des Austauschs und des Erkenntnisgewinns der DGSP-Tagungen für Ihren praktischen Berufsalltag wahr!
- Nutzen Sie die Chance, die Ihnen die DGSP zur Meinungsbildung und -äußerung bietet – mischen Sie sich aktiv ein!



Seminare für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Arbeitsfelder

KURZFORTBILDUNGEN

Unser Programm enthält jedes Jahr rund 70 Angebote mit einem breiten Spektrum (sozial-)psychiatrischer, therapeutischer & sozialpolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an verschiedenen Orten in Deutschland statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Bundes-teilhabe-gesetz, kultursensible Beratung, Ressourcenorientierung u.v.m.

Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

»Behandeln Sie uns als mündige, gleichberechtigte Patienten«

ILSE EICHENBRENNER IM GESPRÄCH MIT DER AUTORIN CORNELIA SCHMITZ

Der Anfang 2017 im Psychiatrie Verlag erschienene Psychiatriekrimi »Betreutes Sterben« spielt auf einer geschlossenen Station. Die Autorin Cornelia Schmitz erweist sich in dem Buch als Expertin für stationäre Behandlung. Passend zum aktuellen Themenschwerpunkt führte Ilse Eichenbrenner ein Gespräch mit der Autorin über ihre Erfahrungen.

Ilse Eichenbrenner: Liebe Cornelia Schmitz, durch meine Rezension in der »Psychosozialen Umschau« wissen Sie bereits, wie gut mir Ihr »Betreutes Sterben« gefallen hat.

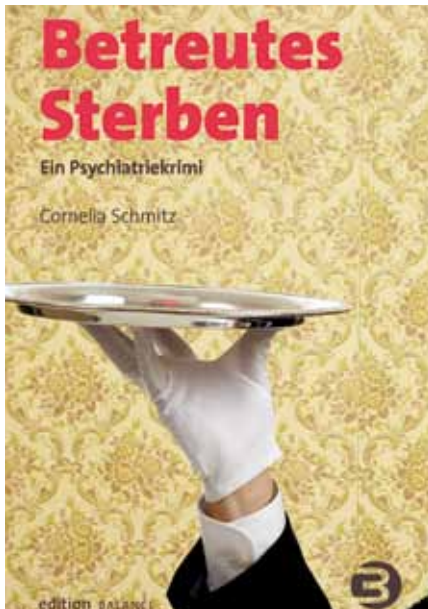
Cornelia Schmitz: Vielen Dank für Ihr Lob. Ich freue mich, dass Ihnen mein Buch gefallen hat.

I.E.: Ich finde, die stationäre Behandlung kommt bei Ihnen recht gut weg. Wollten Sie nur freundlich zum medizinischen Personal sein, oder entspricht dies Ihrer Erfahrung und Einschätzung?

C.S.: Nein, ich wollte klar meine Meinung sagen. Wie Sie wissen, war ich selbst als bipolare Patientin in stationären Einrichtungen. Und abgesehen von der ein oder anderen »Pflaume« fand ich das Personal immer durchaus wohlwollend, bemüht und nett. Die Sache ist nur die, dass Personal und Patienten oftmals aneinander vorbeireden, oder übereinander reden oder gar nicht reden. Die Diagnosen und die entsprechende Behandlung stehen fest, das Erfahrungswissen der Patienten wird nicht herangezogen.

I.E.: Was sind für Sie die Problemzonen – was finden Sie besonders schlimm? Was ärgert Sie?

C.S.: Für mich sind Freiheit und Selbstbestimmung zentrale Elemente meines Seins. Es ist grauenhaft, wenn ich hierin verletzt werde. Das passiert aber in den Kliniken immer wieder, egal ob durch »fürsorgliche Belagerung« oder nackten Zwang. Oftmals wird man wie ein unmündiges Kind behandelt, bevormundet, in ein enges Korsett von Regeln und Vorschriften gepresst, oder man wird sogar fixiert und isoliert. Das macht klein und unselbstständig und ist das Gegenteil von dem, was für das Erreichen des Zieles »psychisch gesund« richtig ist. Hier wäre das einzig Richtige: Reden, reden, reden, offene Fragen stellen, einfühlsam, also nicht bohrend, herausfinden, was



mit dem Patienten los ist, welchen Sinn der Wahn hat, welche Antriebsfedern oder Probleme sich dahinter verbergen. Vielleicht auch nicht immer sofort behandeln wollen, erst mal schauen, was Sache ist. Wahn oder psychische Störung bestehen nicht grundlos, oftmals stecken ein Wunsch, ein Begehren, dem eigenen Selbst verborgene Gefühle dahinter. Ein Wahn kann viele gute Seiten haben.

I.E.: Gibt es etwas, was sich positiv verändert hat? Wo sehen Sie Fortschritte?

C.S.: In den Kliniken selbst – aber ich spreche hier nur von meinen subjektiven Erfahrungen, und die liegen über zehn Jahre zurück – sehe ich leider keine Fortschritte. Im Gegenteil, meiner Meinung nach sind die Kliniken wieder konservativer geworden, parallel zu der Entwicklung in der Gesellschaft.

Ich war dreimal geschlossen untergebracht, davon das erste und das dritte Mal in derselben Klinik. Beim ersten Mal – 1999 – bin ich gut wieder rausgekommen und habe mich auch in der Klinik wohlfühlt. Warum? Die Ärzteschaft und

das Pflegepersonal sprachen lange und ausführlich mit den Leuten, hörten ihnen zu, versuchten herauszufinden, wie man am besten heilen könnte. In der Aufnahmesituation z. B. setzte sich ein Pfleger zu mir auf den Boden im Flur, rauchte dort mit mir eine Zigarette nach der anderen, plauderte über Gott und die Welt und erreichte schließlich, durch zwangloses Erörtern des Themas, dass ich freiwillig ein Medikament nahm. Damals gab es dort einen sozialpsychiatrischen Chefarzt.

2006 in derselben Klinik unter anderer Leitung war es, als hätte sich alles um 180 Grad gedreht: Wesentlich mehr Zwang, wesentlich mehr Vorschriften, Pfleger, die einem in den Hals schauten, ob man die Pillen auch wirklich geschluckt hatte. Das war sehr demütigend.

I.E.: Hat sich aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren viel getan? Und wenn ja, in welche Richtung?

C.S.: Hm. Meine letzte Klinikerfahrung ist einige Jahre her, insofern kann ich nicht aus eigener Erfahrung über Veränderungen in Kliniken sprechen. Von anderen Patienten höre ich, dass der Zwang in der stationären Behandlung der Gleiche geblieben ist. Und dort gehört er nicht hin.

Ich akzeptiere zwar Einweisungen per Zwang – wenn jemand die Wirklichkeit nicht mehr einschätzen kann, zur Gefahr für andere wird oder dringend Hilfe benötigt, darf man zwangseinweisen. Aber: In der Klinik muss der Zwang aufhören und durch Deeskalation, Tiefengespräche, Psychotherapie, Nutzung der Gruppendynamik auf Station mit einer dadurch wohlwollenden Atmosphäre, einem »Austoberaum« oder »Nachdenkzimmer« u.v.m. ersetzt werden.

Außerhalb der Kliniken hat sich natürlich – auch durch die UN-Behindertenrechtskonvention – einiges getan. Man spricht etwa davon, die Werkstätten für behinderte Menschen ganz aufzulösen, man spricht über Partizipation, Home

Treatment, Sozio- und Psychotherapie und dergleichen.

Doch ich glaube, in der Sozialpsychiatrie zentriert man sich zu viel auf die Medikamentenfrage. Es ist für mich nebenrangig, ob ich Medikamente nehme oder nicht. Entscheidend ist nur, dass ich in meinem Selbstbewusstsein gestärkt werde: durch eine Behandlung, ein Angesprochenwerden als mündiger Mensch, der seine Entscheidungen nach Information und Rücksprache selbst trifft. Das kann eine Entscheidung für oder gegen Medikamente sein, wichtig ist nur, dass ich, und niemand sonst, einen Entschluss gefasst habe.

I.E.: In unseren Kreisen ist viel von EX-IN die Rede. Genesungsbegleiter arbeiten auch im Kontext stationärer Behandlung. Wie sehen Sie diese Entwicklung?

C.S.: Eher kritisch. Sagen wir so: Da ich in der Manie schon kein allzu großes Vertrauen in Ärzte, Sozialarbeiter und Pflegepersonal hatte und auf deren immerhin doch drei- oder siebenjährige Ausbildung verächtlich herabgesehen habe (»Ist das alles, was die können?«), hätte ich mit einem EX-INler vermutlich erst recht Probleme gehabt – wenn der Mensch mir etwas vorzuschreiben gedacht hätte. Ich hätte wohl sofort gedacht: Was qualifiziert dich denn groß? Du hast das Gleiche wie ich, also verzieh dich. Vielleicht wäre ich allerdings auch positiv überrascht worden, wenn die Person an mich herangekommen wäre, Zugang zu mir gefunden hätte, und dann tatsächlich Einfluss auf meine Behandlung gehabt hätte. Ich kann mir auch vorstellen, dass ich als EX-INlerin auf Station nicht recht wüsste, auf wessen Seite ich eigentlich stehe, dass ich in innere Konflikte geraten würde. Wichtig ist also auch hier: Wenn EX-INler auf Station arbeiten, dann vollkommen gleichberechtigt, und die Klinik muss eine sprechende Klinik sein, eine wohlwollende Atmosphäre haben, zwanglos sein etc. Außerhalb der Kliniken ist Ex-IN oder die Selbsthilfebewegung natürlich sinnvoll, in Schulen, Universitäten etc.

I.E.: Was wollten Sie den Ärztinnen und Ärzten schon immer einmal sagen?

C.S.: Es ist eine Binse, aber: Behandeln Sie uns als mündige, gleichberechtigte Patienten. Behandeln Sie uns nicht von oben herab, nicht so, als hätten wir nicht mehr alle Latten am Zaun. Bevormunden Sie uns unter keinen Umständen – das ist tatsächlich schädlich für die Psyche.

Stellen Sie sich niemals als autoritäres Hilfs-Ich zur Verfügung, sondern helfen Sie uns, das eigene Ich zu stärken. Fragen Sie, reden Sie. Der beste Psychiater, den ich je erlebt habe, war ein junger Assistenzarzt auf Station, der mit seinen sensiblen, respektvollen Fragen und ohne taktlos zu bohren, den Patienten geholfen hat. In der Psychiatrie hilft nur das Wort bzw. die vertrauensvolle Bindung.

I.E.: Welche Wünsche und Forderungen haben Sie an die pflegenden Berufe?

C.S.: Sehen Sie uns als Einzelwesen, nicht als Symptomträger, nicht als Teil einer Masse Mensch, nicht als »die Betroffenen«, sondern als Frau Müller, Herrn Meier mit je eigenen Vorlieben und Abneigungen. Sehen Sie uns als Subjekt, nicht als Objekt, nie als nur jemand mit einer Krankheit. Urteilen Sie niemals nach dem äußeren Anschein. Hören Sie gut zu und seien Sie respektvoll. Bedenken Sie vor allem auch die positiven Seiten eines Wahns, einer Störung. Wenn niemand leidet, warum behandeln?

I.E.: Was könnte mit einfachen Mitteln verbessert werden?

C.S.: Ich halte sehr viel davon, sich die Gruppendynamik unter den Patienten zunutze zu machen, diesen Ansatz gibt es ja bereits. Fördern Sie alles, was der Gruppe hilft, vertrauensvolle Bindungen untereinander aufzubauen. Stärken Sie die Patienten, die viel zum Gesamtwohl der Gruppe beitragen. Machen Sie aber nicht aus allem eine Therapie. Ein Gruppenerlebnis sollte vor allem Spaß bringen.

I.E.: Können Sie sich eine Psychiatrie ohne Klinik vorstellen – Stichwort Home Treatment? Oder ganz persönlich gefragt: Können Sie sich vorstellen, zu Hause behandelt zu werden?

C.S.: Ich sehe nicht den Gegensatz: Klinik oder Home Treatment, ich sehe den Gegensatz gute Behandlung vs. schlechte



Foto: Wolfgang Schmidt

Behandlung. In einer schlechten Klinik wird man traumatisiert, aber in einer guten Klinik (s.o.) kann man heil wieder rauskommen und viel an Anregung mitnehmen. Bei einer Depression kann ich mir die Behandlung zu Hause für mich gut vorstellen, bei einer Manie nicht, da ich mich in der Manie nicht im Geringssten krank fühle und keine Behandlung wünsche.

Da liegt der Hase im Pfeffer: Home Treatment funktioniert meiner Meinung nach nur bei Einverständnis des Klienten. Aber es wird immer Menschen geben, die man zwangsweise einweisen muss. Und für die müssen die Kliniken gut sein.

Mein Schlusswort. Grundsätzlich gilt: Man sollte an die Psychiatrie, an die Psychiater und die Gesundheitsberufe keine allzu großen (Heils-)Erwartungen haben. Menschen sind überall fehlbare Wesen und überall wird nur mit Wasser gekocht, alle können und dürfen sich irren, die ganze Psychiatrie ist noch jung und in der Entwicklung. Man muss vonseiten der Klienten wie der Profis die Latte ein bisschen tiefer legen.

I.E.: Ich danke Ihnen für das Gespräch.

C.S.: Ich danke Ihnen. ■

Cornelia Schmitz ist Autorin und Übersetzerin und lebt in Köln. Das Buch »Betreutes Sterben. Ein Psychiatriekrimi« ist in der »edition BALANCE« des Psychiatrie Verlags erschienen. (s. Rezension in SP 4/2017)

Das Gespräch mit Cornelia Schmitz wurde von Redaktionsmitglied Ilse Eichenbrenner per Mail geführt.

Unnötiges Übel oder sinnvolle Teilhabe?

Beschwerden in der psychiatrischen Versorgung

VON PETRA ROSSMANITH

Was ist das Besondere bei Beschwerden im Rahmen der psychiatrischen Versorgung? Über zentrale Aspekte, die das Vortragen einer Beschwerde im psychiatrischen Bereich anders als in den meisten anderen Dienstleistungsbereichen entscheidend beeinflussen, berichtet Petra Rossmanith anhand der Arbeit der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP).

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung können die Persönlichkeitsrechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen massiv eingeschränkt werden. Meist geht dies einher mit der Erfahrung von Entmündigung und Fremdbestimmung. Darüber hinaus ist die Situation von Psychiatrie-Erfahrenen häufig von einer existenziellen Abhängigkeit gegenüber den für sie zuständigen Professionellen geprägt. Neben rechtlichen Regelungen steht diese Abhängigkeit oft im Kontext eines unzureichenden Zugangs zu Alternativen. Auch der Zugang zu Ressourcen ist häufig eingeschränkt, da psychische Krisen meistens mit prekären und zugespitzten Lebenssituationen verbunden sind. Nicht selten geht dies einher mit einem eingeschränkten sozialen Umfeld und dem Erleben von Isolation. Zudem gestaltet sich das Kommunikationsverhalten mancher Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen schwierig.

Diese spezifischen Einflussfaktoren machen den Umgang mit Beschwerden in der psychiatrischen Versorgung zu einer besonderen Herausforderung für alle Beteiligten.

Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2009 wurden die universellen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen konkretisiert, und es wurde klargestellt, dass diese ein uneingeschränktes und selbstverständliches Recht auf Teilhabe besitzen. Seitdem wurde in der Rechtsprechung und den gesetzlichen Regelungen das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kontinuierlich gestärkt.

Mit dem »Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts« vom 29. Juli 2009 (BGBl. I 2009, 2.286) wurde der

§ 1901a BGB in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt und damit die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Die höchstrichterliche Rechtsprechung 2011 (BVerfG 2BvR882/09 und 2BvR633/11) und 2012 (BGH XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12) stärkte die Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten von untergebrachten Menschen. Dies machte Neuregelungen zur Zwangsbehandlung im BGB erforderlich, die mit dem »Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen



Spiegelungen im Schaufenster der BIP

Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme« vom 18. Februar 2013 (BGBl. I 2013, 266) im § 1906 BGB umgesetzt wurden. In der Folge wurden auch in vielen Bundesländern die Regelungen in den PsychKHG, PsychKG und UBG novelliert.

Das vertragliche Behandlungsrecht wurde mit dem »Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten« vom 20. Februar 2013 (BGBl. I 2013, 277) in einem eigenen Abschnitt im BGB neu geregelt. Das »Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten« vom 17. Juli 2017 (BGBl. I 2017, 2426) verpflichtet die rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer, ihre Betreuten in geeigneten Fällen auf

die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinzuweisen und sie auf Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung zu unterstützen.

Aufbau von Beschwerdestellen

Schon im Zusammenhang mit der Psychiatriereform in den 1970er Jahren gab es in dem Bestreben, die Patientenrechte zu stärken, bereits Ansätze zur Schaffung eines Beschwerdewesens. In Stuttgart entstand in den 1990er Jahren die erste unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle in Baden-Württemberg. Die DGSP führte von Mai 2005 bis April 2008 ein Projekt durch, um den Aufbau und die Arbeit von unabhängigen Beschwerdestellen in der Psychiatrie zu fördern. Das daraus hervorgegangene »Bundesnetzwerk unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie« ist ein Zusammenschluss der regionalen Beschwerdestellen, welches dem Erfahrungsaustausch, der Fortbildung und der Interessenvertretung gegenüber dem Gesetzgeber dient. Es führt eine bundesweite Übersicht über die bestehenden Beschwerdestellen, Besuchskommissionen sowie Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. (1) In einigen Bundesländern, beispielsweise Baden-Württemberg, Hessen und Berlin, wurden Beschwerdestellen mittlerweile gesetzlich verankert.

Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)

In Berlin wurde am 2. Februar 2011 die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP) offiziell eröffnet. Es ist bisher bundesweit die einzige Beschwerdestelle mit fest angestellten Mitarbeitenden und 16 Stunden Öffnungszeiten pro Woche. Das Angebot richtet sich nicht nur an Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, sondern explizit auch an Menschen mit



Petra Rossmanith (links) in einer Beratungssituation



Außenansicht BIP

Fotos: André Wagenzi

Anliegen im beruflichen Kontext. Das Team der BIP ist trialogisch besetzt und besteht momentan aus vier Mitarbeitenden, die sich drei Vollzeitstellen teilen. Pro Monat gehen seit der Eröffnung relativ konstant, mit einer leicht steigenden Tendenz, 30–40 neue Beschwerden ein. Mittlerweile wurden insgesamt über 3.000 Beschwerden bearbeitet. Zuständig ist die BIP bei allen Anliegen, die einen Bezug zu Berlin und zum psychiatrischen Versorgungssystem haben. Viele der Anliegen sind komplex und richten sich gleichzeitig an mehrere Beschwerdeempfangende. Der größte Teil adressiert mit 958 Beschwerden die stationäre klinische Versorgung. Dem folgen 569 Beschwerden, die sich an die Sozialpsychiatrischen Dienste richteten, und 533 Beschwerden gegenüber Rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern. Insgesamt ist das Spektrum der Beschwerdeempfangenden sehr vielschichtig, und die Beschwerden beziehen sich auf alle Berliner Bezirke und auf alle Bereiche des psychiatrischen Versorgungssystems.

Vermittelnder Ansatz versus sanktionierende Kompetenzen

Das Angebot der BIP ist niedrigschwellig ausgerichtet und verfolgt einen vermittelnden Ansatz. Das heißt, die Aufgabe der BIP ist es, die Beschwerdeführenden über Handlungsmöglichkeiten zu beraten und sie auf Wunsch beim Vortragen ihrer Anliegen zu unterstützen. Somit werden die Beschwerdeanliegen von den Mitarbeitenden nicht hinsichtlich ihrer Berechtigung geprüft, und die BIP hat keine Weisungsbefugnis oder sanktionierenden Kompetenzen. Insbesondere vor der Eröffnung wurde dies sehr

kritisch diskutiert. Psychiatrie-Erfahrene befürchteten eine »Beschwichtigungsstelle«, und vonseiten der Chefärztinnen und Chefarzte gab es deutliche Vorbehalte hinsichtlich einer »zusätzlichen Plattform für querulatorisches Verhalten«. Seit Bestehen der BIP hat sich jedoch genau dieser parteiliche, aber vermittelnde Ansatz bewährt und führt nur noch sehr selten zu Irritationen. Der Fokus liegt darauf zu klären, welches Anliegen an wen und mit welcher Absicht gerichtet werden soll. Zentral dafür ist, dass alle Beteiligten das Recht haben, ihr Anliegen, ihre Bedürfnisse und ihr Erleben zu schildern, auch wenn diese konträr sind zu denen der anderen. Da dabei oft widerstrebende Interessen, Verunsicherungen und Grenzüberschreitungen deutlich werden, ist es grundlegend für die Beschwerdebearbeitung, klare und transparente Standards zu haben. Ziel ist zu versuchen, mit allen Beteiligten anhand klarer Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen den Rahmen für eine möglichst gute Kommunikation zur Klärung des Anliegens zu schaffen. Durch diesen Vereinbarungsprozess der Rahmenbedingungen werden die bisherigen Beziehungskonstellationen verändert oder zumindest irritiert. Manchmal bringt schon das Aufzeigen von Handlungsoptionen, zwischen denen sich entschieden werden kann, eine deutliche Veränderung. Die Mitarbeitenden der BIP übernehmen hier jedoch rein moderierende Aufgaben, die Klärung der Berechtigung des Anliegens und der daraus zu ziehenden Konsequenzen liegt zwischen Beschwerdeführenden und Beschwerdeempfangenden.

Zugang zur Überprüfung durch Fachaufsichten oder zur Justiz

Manche Beschwerdeführende wünschen die Überprüfung des Sachverhalts durch eine Fachaufsicht oder eine übergeordnete Stelle. Dann vermitteln die Mitarbeitenden der BIP an die zuständigen Stellen oder tragen in Absprache das Anliegen auch stellvertretend vor. Leider ist eine Überprüfung durch eine Fachaufsicht nicht bei allen Beschwerdeanliegen gewährleistet, da nicht immer entsprechend zuständige Stellen definiert sind. Manchmal bleibt es für die Beschwerdeführenden unbefriedigend, da die zuständigen Stellen nur eine Eingangsbestätigung schicken, aber nicht über den weiteren Verlauf informieren. Auch der Zugang zur Justiz wird oft als unzureichend beschrieben und endet häufig schon bei der Weigerung der Polizei, eine Anzeige entgegenzunehmen mit dem Verweis auf die psychische Beeinträchtigung. Insgesamt konnte bei den von der BIP bearbeiteten Beschwerden bei 91 Beschwerden durch die Weiterleitung an eine übergeordnete Stelle für die Beschwerdeführenden ein positives Ergebnis erzielt werden, indem ihrem Beschwerdeanliegen von diesen stattgegeben wurde.

Beschwerden als Impuls zur Verbesserung

Beschwerden geben vielschichtige Impulse zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung häufig auch, wenn das Anliegen als solches nicht berechtigt scheint. Insbesondere in der meist stark hierarchisch ausgerichteten stationären klinischen Versorgung, die geprägt ist vom

Keine Ausgabe verpassen!

Soziale Psychiatrie

ist die Fach- und Mitgliederzeit-schrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. und erscheint 4-mal pro Jahr.

Soziale Psychiatrie richtet sich an alle im Arbeitsfeld Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, an Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige.

Soziale Psychiatrie berichtet über (Sozial-)Psychiatrie, Psychologie und Therapie, Medizin, Gesundheits- und Sozialpolitik.



Soziale Psychiatrie
im Jahresabo:
4 Ausgaben für 34 €
Sparen Sie 15%



Hier bestellen:
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Zeltlinger Str. 9 / 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de / www.dgsp-ev.de

Innenansicht BIP



Umgang mit zugespitzten Situationen, in denen schnell Entscheidungen getroffen werden müssen, ist die Möglichkeit einer Reflexion der Vorgehensweise und eines Blickwechsels sehr wichtig. Dabei können nicht alle Situationen einvernehmlich geklärt werden, aber häufig sind eine Korrektur der bisherigen Positionen oder zumindest eine Verständigung darüber, worauf die Unterschiede in der Haltung beruhen, und Absprachen zum weiteren Umgang möglich. Neben den konkreten personenbezogenen Anliegen sind in vielen Beschwerden Hinweise zu strukturellen Veränderungsbedarfen enthalten. Dies kann sich beispielsweise beziehen auf die Außendarstellung des Angebotes, das Umsetzen von Regelungen und Vorgaben, die Kritikfähigkeit und den internen Umgang mit Beschwerden, auf unklare Zuständigkeiten und mangelnde Kooperation, erniedrigende und diskriminierende Vorgehensweisen sowie auf eine mangelhafte Einbeziehung und Aufklärung.

Nachvollziehbarkeit versus Willkürlichkeit

Das Prinzip der regionalisierten Pflichtversorgung stellt den Zugang zur Versorgung sicher, wird jedoch schwierig, wenn es bedeutet, dass Menschen an unterschiedlichen Orten eine stark voneinander abweichende Behandlung erfahren und gleichzeitig ihre Möglichkeit, die Orte frei zu wählen, eingeschränkt ist. Indem sich Standards und Vorgehensweisen in der psychiatrischen Versorgung zwischen den Bundesländern, den einzelnen Versorgungsregionen und zum Teil auch innerhalb einer Einrichtung so stark unterscheiden, entsteht besonders im Zusammenhang mit der Einschränkung von Persönlichkeitsrechten schnell der Eindruck der Willkür. Häufig scheint

die Durchführung von Maßnahmen maßgeblich von den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Situation und dem Interagieren der beteiligten Personen bestimmt zu sein, statt auf allgemeingültigen Regeln zu basieren. Dabei haben die betroffenen Personen oft nicht das Gefühl, dass es eine auf sie abgestimmte Einzelfallentscheidung ist, sondern die Entscheidungen geprägt sind von Interessenskonflikten, Erfahrungen aus vorangegangenen Situationen, unklarem Umgang mit Verantwortlichkeiten und situativen Fehlinterpretationen.

Um dem entgegenzuwirken, wäre eine klarere und einheitlichere Definition insbesondere bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen hilfreich. Da es sich jedoch in zugespitzten Situationen immer um situativ getroffene Einzelfallentscheidungen handelt, ist eine verpflichtende Aufklärung über Rechte, den gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit zur Beschwerde zentral, um die Angemessenheit der getroffenen Maßnahmen nachträglich überprüfen zu können. Ein Zugang zu unterstützender Beratung als Möglichkeit, das eigene Anliegen zu sortieren und zu konkretisieren, kann sehr hilfreich sein, um die eigenen Erwartungen zu überprüfen und dann die gewünschten Beschwerdewege zu verfolgen. Wirklich zum Tragen kommt dies jedoch nur, wenn darüber hinaus der Zugang zu überprüfenden Instanzen in ausreichendem Maße gewährleistet ist. ■

Petra Rossmanith, Diplompädagogin, Leiterin der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)
E-Mail: rossmanith@gesundheitsbb.de
www.psychiatrie-beschwerde.de

Anmerkung

1 Homepage des Bundesnetzwerks:
www.beschwerde-psychiatrie.de

Wirksame Alternative zur stationären Behandlung

Die Praxis des Home Treatments in der Klinik für Psychiatrie am Bezirkskrankenhaus Günzburg

VON IRIS ZIMMERMANN UND HANNES MÜLLER, THOMAS BECKER, MIRIAM OTT, NICOLAS RÜSCH (KOAUTOREN)

In Günzburg wurde bereits 2005 ein akutenpsychiatrisches Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld aufgebaut. Der Beitrag stellt die Praxis des Home Treatments (HT) dar und geht auf die Beschwerdebilder der behandelten Patienten, die Zuweisungswege, Behandlungsziele, Therapieformen, die Rolle der Angehörigen und die Zusammenarbeit mit anderen Behandlern und Diensten ein. Abschließend werden die Leitlinien und Evaluationsergebnisse zu HT skizziert.

Im Zusammenhang des Ende 2016 vom Bundestag verabschiedeten PsychVVG wird vermehrt über Möglichkeiten der Umsetzung von akutenpsychiatrischer Behandlung zu Hause und stationsäquivalenter Behandlung im Bereich der Psychiatrie diskutiert. Bisher gibt es in Deutschland nur vereinzelte Angebote, die in dieser Weise arbeiten. Dazu gehört seit 2005 das Home Treatment (HT) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. Die Klinik war die erste in Süddeutschland mit einem Behandlungsangebot für akut psychisch erkrankte Menschen durch ein multiprofessionelles Team im häuslichen Umfeld.

Zu Beginn waren es nur wenige Patientinnen und Patienten, mittlerweile werden ca. 30 Patienten zeitgleich behandelt. Von 2005 bis 2016 waren insgesamt 1.281 psychisch erkrankte Menschen in der Günzburger HT-Behandlung. In diesem Setting werden psychisch schwer und akut erkrankte Menschen behandelt, um einen stationären Aufenthalt zu verhindern oder zu verkürzen oder um eine behutsame Rückführung in den Alltag nach langem stationären Aufenthalt bei besonders schweren Erkrankungen zu ermöglichen.

Bei den psychischen Störungen, unter denen die Patientinnen und Patienten leiden, findet sich die ganze Bandbreite, die auch auf einer gemeinpsychiatrischen Station anzutreffen ist.

Im (klinikinternen) Erhebungszeitraum Oktober 2005 bis Mai 2017 wurden 307 Patienten mit einer Diagnose des Kapitels F2 der ICD-10 behandelt – die größte Gruppe waren 178 Patienten mit der Diagnose F20.0 (paranoide Schizophrenie), 400 Patientinnen und Patienten hatten eine Diagnose aus dem Kapitel F3, darunter 168 Patienten mit einer F33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episo-

de). 117 Patienten hatten eine Diagnose aus dem ICD-10 Kapitel F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), hier hatte die größte Gruppe mit 51 Patientinnen und Patienten eine Diagnose ICD-10 F43.2 (Anpassungsstörungen). Bei 65 Patienten wurde eine Entlassdiagnose aus dem Kapitel F6 beschrieben, die Mehrzahl bildeten 27 Patienten, bei denen die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.31) formuliert wurde.

Im Konzept für das HT in Günzburg (Bezirkskrankenhaus Günzburg: Krankenhausleitung und Home-Treatment-Team 2015; Becker & Zimmermann 2013) gibt es Ausschlusskriterien wie: akute Selbst-/Fremdgefährdung, exzessiver/kontinuierlicher Substanzgebrauch, (belangvolle) organische Psychosyndrome (zumeist im Sinne der Demenz), Alter < 18 Jahren, unbeherrschbares chaotisches oder aggressives Verhalten, mangelnde Kooperation und fehlende Indikation für eine stationäre Behandlung.

Unter Verwendung dieser Kriterien wird in Abwägung bei der HT-Aufnahmeuntersuchung immer individuell entschieden. Dies gilt auch für das Kriterium des Wohnorts des Patienten, welcher normalerweise nicht weiter als 30 km oder 30 Minuten Fahrzeit von der Klinik entfernt sein sollte – wobei das Einzugsgebiet der Klinik weitaus größer ist.

Aufnahme/Zuweisung

Die Patienten kommen in die HT-Behandlung meist über telefonische Anmeldung.

Die Einweiser sind: der Patient selbst, Angehörige und Freunde, Betreuer, Hausärzte, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, komplementäre, psychosoziale Dienste (SPDI, WfB usw.), die Institutsambulanz der Klinik; Zuweisungen kommen aber auch aus anderen Kliniken.

Neben der Klinik ist der zweithäufigste Zuweiser der Patient selbst. Angehörige, Betreuer oder Freunde des Patienten sind ebenfalls häufige Initiatoren.

Die Kontaktaufnahme nach Anmeldung erfolgt werktags innerhalb 24 Stunden, es wird mit der Patientin oder dem Patienten ein Termin vereinbart, die Angehörigen sowie eventuelle andere Zuweiser werden selbstverständlich mit einbezogen. Leider ist es nicht immer möglich, kurzfristig aufzunehmen, deshalb wird eine Warteliste geführt. Es wird jedoch versucht, nach abgesprochenen Kriterien und Dringlichkeit die angemeldeten Patienten zügig in unsere Behandlung zu bringen. Beim Erstkontakt wird entschieden, ob eine HT-Behandlung aus unserer Sicht indiziert ist. Die Mitarbeiter des HT-Teams haben in Absprache mit dem Oberarzt generell die Entscheidungskompetenz für bzw. gegen eine Aufnahme des Patienten. Die wichtigste Voraussetzung ist, dass der Patient mit der Behandlung einverstanden oder zumindest bereit ist, mit den Mitgliedern des HT-Teams zu sprechen.



Unsere Ziele

Wir wollen eine tragfähige Behandlungsalternative zur Krankenhausbehandlung schaffen. Dazu gehört, eine stationäre Behandlung oder Unterbringung abzuwenden, eine möglichst frühe Übernahme nach der Krankenhausbehandlung sowie die psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung von Eltern, die ihre Kinder weiterhin versorgen. Menschen mit akuten Krisen bei chronischen Erkrankungen sollen bei der (Re-)Integration unterstützt und ihre Behandlung im vertrauten Umfeld ermöglicht werden. Es ist uns ein großes Anliegen, ein patientenorientiertes individualisiertes Behandlungsangebot bieten zu können. Wir streben die Steigerung der Zufriedenheit, Unterstützung und Information (Psychoedukation) von Patienten, Angehörigen und Betreuern an. Eines unserer Ziele ist es, die intrinsischen persönlichen und sozialen Ressourcen der Betroffenen besser zu erkennen und nutzbar zu machen. Soziale Entwurzelung und heimatferne Behandlung sollen reduziert, Lebens- und Wohnsituation erhalten bzw. angepasst und so die Lebensqualität der Betroffenen aufrechterhalten oder verbessert werden. Wichtig ist uns, Akutbehandlung zu Hause zu ermöglichen und Hospitalisierung zu vermeiden, Stigmatisierung zu minimieren und die Betroffenen in bestehende gemeindenahе komplementäre Dienste einzubeziehen, um Behandlungskontinuität zu sichern, Rückfälle zu verhindern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Behandlung und Therapieprozess

Zu Behandlungsbeginn werden dem Patienten die folgenden Behandlungsgrundsätze erläutert: Die Patientin steht im Mittelpunkt des therapeutischen Planens und Handelns, die Behandlung findet im üblichen Wohn- bzw. sozialen Umfeld statt. Die Themen der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds werden möglichst unverzüglich ziel- und lebensorientiert behandelt. Das HT-Team arbeitet auf der Grundlage multiprofessioneller Kooperation.

Das multiprofessionelle HT-Team am BKH-Günzburg besteht aus einem Oberarzt, zwei Ärzten, fünf Pflegekräften und

einer Sozialpädagogin. Je nach individueller Problematik der Betroffenen kommen pharmako-, sozio-, und psychotherapeutische Ansätze zum Tragen.

Es besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, Betreuern, Hausärzten, niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten, komplementären Diensten und Einrichtungen, mit unserer Institutsambulanz und der Klinik.

Hausbesuche

Grundlegend für die Home-Treatment-Behandlung sind die Hausbesuche, zu denen wir in neutralen Dienstfahrzeugen kommen. Sie finden meist drei Mal in der Woche statt und werden in der Regel zu zweit durchgeführt. Zur bedürfnisangepassten Behandlung können diese je nach Zustand des Patienten auch öfter, bis hin zu täglichen Kontakten, variieren. Genauso aber können die Besuche auch reduziert werden, wenn der Patient und die Angehörigen mit zu vielen Kontakten überfordert sind; dies kann auch während der stufenweisen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder zum Ende der Behandlung gelten.

Die Termine für die Hausbesuche werden grundsätzlich mit dem Patienten und dessen Angehörigen abgestimmt. Geplante Paar- und Familiengespräche werden gesondert terminiert – auch in den Abendstunden oder am Wochenende. Der Hausbesuchsplan für alle Patientinnen und Patienten wird jede Woche neu erstellt. Es ist vorgesehen, dass jeder Patient mindestens einen Arztkontakt in der Woche hat. Des Weiteren müssen Termine für Diagnostik und Therapien, die zum Teil an der Klinik stattfinden, berücksichtigt werden. Diese logistische Herausforderung sowie die Koordination von Aufnahmen und Entlassungen obliegen dem Pflegepersonal.

Normalerweise werden die Hausbesuche von Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 9:30 und 16 Uhr abgehalten. Derzeit fahren gleichzeitig drei Teams in der Kombination Pflege/Pflege, Pflege/Arzt oder Pflege/Sozialpädagogin zu den Terminen bei den Patienten, in Ausnahmefällen fährt auch ein Einzelner

der genannten Berufsgruppen. Während unserer Dienstzeiten sind wir für unsere Patienten stets telefonisch erreichbar, in der Regel auf jeden Fall zwischen 8 und 17 Uhr werktags, am Abend, Wochenenden und Feiertagen, je nach Erfordernis. Unter Einbezug der Struktur der Gesamtklinik finden die Patienten des HT-Teams außerhalb dieser Zeiten telefonisch Hilfe über eine Station oder den diensthabenden Arzt.

Begegnung auf Augenhöhe

Entscheidend für eine gute HT-Behandlung ist die Begegnung auf Augenhöhe mit den Patienten und deren Angehörigen, basierend auf einem wertschätzenden, vertrauensvollen und offenen Umgang mit allen Themen, welche die Erkrankung betreffen. Für die Arbeit im HT-Team benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams hohe fachliche und soziale Kompetenz, denn sie tragen große Verantwortung. Dazu gehören auch Mut und Vertrauen zwischen den Mitarbeitern des HT-Teams einerseits und Patienten, Teammitgliedern und Angehörigen andererseits.

Mit einer psychischen Erkrankung zu leben, ist für Patienten und Angehörige, vor allem in einer akuten Krise, schwierig (Müller et al. 2008). Bei der Behandlung im häuslichen Umfeld werden die Angehörigen im besonderen Maße mit einbezogen, und auch sie finden Gehör und Hilfe, um eine Überlastung zu verhindern. Sollte erkennbar sein, dass die Belastungssituation in der aktuellen Krise zu Hause zu hoch ist, sind wir in der Lage, für den Patienten kurzfristig ein Bett in der Klinik zu organisieren. So kann eine Eskalation zu Hause vermieden werden, mit der Option, die HT-Behandlung nach einer kurzen stationären Krisenintervention wiederaufzunehmen. Stationäre Aufnahmen aus der HT-Behandlung heraus kommen vor – es kann sein, dass der Patient oder Angehörige eine stationäre Behandlung vorschlagen.

Der Balanceakt zwischen Autonomie und Kontrolle ist für alle Beteiligten nicht immer einfach, oftmals ist es, vor allem aus Sicht der Behandler, mehr ein Ver-

statt ein Be-handeln. Dies bedeutet für die Erkrankten und deren Angehörige zu-meist eine neue, positive Erfahrung.

Von den Behandlungskomponenten Pharmakotherapie, Psychoedukation, sozialpädagogische Interventionen und psychotherapeutische Gespräche zählt wohl die Pharmakotherapie zu den am meisten diskutierten Hausbesuchsthemen. Gerade die Neueinstellung oder die Umstellung der Medikamente macht Angst; so sind ein behutsamer Umgang mit dem Thema und das Zur-Verfügung-Stellen guter Information entscheidend. Das Wahrnehmen von Wirkung und Nebenwirkung aus Sicht des Patienten und seiner Angehörigen sind wichtige Parameter für die Medikamentenoptimierung. Beide Aspekte werden in der Beobachtung sehr ernst genommen. Oftmals profitiert die Behandlung von bereits gemachten Erfahrungen. Auf diese Weise wird die Adhärenz des Patienten sehr gefördert.

Teamarbeit

Ein zentraler Teil unserer Arbeit ist der Austausch im Team. Hier gibt es eine tägliche morgendliche Übergabe sowie Termine für große Besprechungen mit dem gesamten Team. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Teammitglieder sowie die Informationen und Aufträge des Patienten und der Angehörigen sind entscheidend für die Behandlungsplanung und das gemeinsame Behandlungsziel.

»Wir benötigen häufige Konsultationen und den Dialog mit den Kollegen, um den Klienten vor den Folgen unserer eigenen Rigidität zu schützen und um uns zu helfen, die Falle zu vermeiden, an einer für richtig gehaltenen Geschichte festzuhalten« – so schreibt Gianfranco Cecchin in seinem Buch »Respektlosigkeit« (Cecchin, Lane & Ray 2010).

Eine wichtige Säule der HT-Behandlung sind die systemisch fundierten Einzel-, Paar- und Familiengespräche. Diese therapeutischen Gespräche sind lösungs- und ressourcenorientiert, und wir versuchen Zusammenhänge und Interaktionen zu verstehen, um gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen neue Wege im Umgang mit der Erkrankung zu finden.



Iris Zimmermann (links) und Frau Sprenger-Frodl mit den Dienstfahrzeugen des Home Treatment-Teams

Weiterführende Unterstützungsangebote

Die Behandlung zu Hause verändert die Position der Beteiligten, denn wir sind Gast. Dies spiegelt sich auch im Verhalten der Patienten wider, welche hier oft ganz anders erlebt werden als im stationären Kontext. Der Patient entscheidet selbst, was im Gespräch thematisiert werden soll. Wir führen Expositionen, verhaltenstherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen durch.

Da wir einen zeitlich begrenzten Akutbehandlungsauftrag haben – in der Regel zwischen 30 und 40 Behandlungstagen –, unterstützen wir Patienten bei ihrer Suche nach einem niedergelassenen Facharzt/Therapeuten, sofern diese noch keinen haben. Um die Behandlungskontinuität zu fördern, vereinbaren alle unsere Patientinnen und Patienten für die gemeinsame Entlassplanung einen Termin bei ihren niedergelassenen Behandlern bereits vor Festlegung des Entlassstermins.

Bei Familien mit Kindern stellen wir bei Bedarf den Kontakt zur verantwortlichen Sozialpädagogin und Familientherapeutin der Beratungsstelle FIPS (Familien in psychosozialen Notlagen; Beratungsstelle für Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil) an der Klinik her. Die FIPS-Mitarbeiterin hat auch die Möglichkeit, Patienten und ihre Familien über die HT-Behandlung hinaus zu begleiten.

Für unsere Hausbesuche bringen wir in der Regel eine Stunde Zeit mit. Dies wird aber relativ flexibel gehalten, abhängig von der Teilnehmerzahl der Ge-

sprache und dem Befinden des Patienten. So wissen unsere Patienten, dass es uns nicht immer möglich ist, die vereinbarten Termine ganz pünktlich einzuhalten. Sollte sich der geplante Termin um mehr als 15 Minuten verschieben, werden sie von uns telefonisch informiert. Wenn wir zu einer aktuellen akuten Krise eines von uns behandelten Patienten gerufen werden, kann es sein, dass sich für ein Hausbesuchsteam der ganze Tagesplan ändert. Es ist wichtig, die Patienten darüber zu informieren, dass so etwas vorkommen kann. Dies bedeutet aber auch, dass ihnen in einer vergleichbaren Situation in gleicher Weise schnellstmöglich geholfen wird.

Aus der Lebenssituation unserer Patienten ergeben sich die sozialpädagogischen Interventionen. Wir können erkennen, welche Möglichkeiten der Patient und seine Angehörigen haben, um Unterstützungssysteme zu erreichen und zu nutzen. Unsere Patienten können sämtliche Therapieangebote der Klinik wie Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie und weitere Gruppenangebote nutzen. Auf Wunsch stellen wir Kontakt zu Tagesstätten, sozialpsychiatrischen Diensten und Werkstätten her. Je nach Bedarf werden durch die Sozialpädagogin im Team gemeinsam mit den Patienten Anträge zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation gestellt, Rente und Grad der Behinderung beantragt, Pläne zur stufenweisen Wiedereingliederung ins Arbeitsleben erarbeitet oder für die Bereitstellung einer Haushaltshilfe gesorgt. Subjektiv empfinden viele unserer Patienten die Behandlung zu Hause intensi-

An der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär

Das Kölner Modell der Integrierten Versorgung

VON KLAUS JANSEN-KAYSER

Mit der Integrierten Versorgung, die seit 2010 in vielen Teilen der Republik praktiziert wird, kann der Graben zwischen den Behandlungssystemen verringert werden. Der Beitrag beschreibt, wie in Köln ein ambulant arbeitendes Versorgungssystem (gemeindepsychiatrischer Verein) gemeinsam mit einem stationären Behandlungssystem (Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie) systematisch und vertraglich vereinbart die Integrierte Versorgung durchführt und dabei systemische Netzwerkarbeit zur Krisenintervention und Stabilisierung realisiert.

Bis heute gibt es nur wenige Beispiele einer strukturiert geregelten und organisierten Zusammenarbeit zwischen gemeindepsychiatrischen Vereinen/Verbünden und Fachkliniken. Zumeist ist die Versorgungsstruktur in Behandlung (stationär, teilstationär, niedergelassen, ambulant) und in ein regional sehr unterschiedlich entwickeltes System der sozialen Teilhabe getrennt. Die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Versorgungsmodule über Sektorengrenzen hinweg mag hier und dort bei einzelnen Nutzerinnen und Nutzern halbwegs gut klappen. Jedoch auch 42 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete und ca. 30 Jahre nach dem »Modellprogramm« gibt es keine regulierte und am Interesse und Bedarf der Klientinnen und Patienten ausgerichtete bundesweit einheitliche und verlässliche abgestimmte Versorgungsstruktur. Es fehlt an einer gemeinsamen Grundhaltung, Kultur und einem gemeinsamen Ziel der Akteure in der Psychiatrie. Die Kritik mag hart klingen und soll auch nicht die Regionen treffen, in denen es eine gut verzahnte Versorgung gibt.

Versorgungsnetz durch Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V ist zusätzlich zur bisherigen Regelversorgung eine alternative Versorgungsstruktur im Sinne eines fach- und sektorübergreifenden, multiprofessionell arbeitenden Versorgungsnetzes. Leistungen, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, werden miteinander verknüpft. Alle an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen beteiligten Akteure werden miteinbezogen.

Die Besonderheit im »Kölner Modell« besteht darin, dass es neben der Kooperation mit den ambulanten Leistungserbrin-

gern gelungen ist, mit einer maßgeblich an der Versorgung beteiligten Klinik eine enge Kooperation zu schließen. Schon in der Entlassungsplanung von Patientinnen kann so eine umfassende ambulante Versorgung durch das »NetzWerk psychische Gesundheit« integriert werden.

Der 2017 noch von der alten NRW-Landesregierung verabschiedete und in einem breiten beteiligungsorientierten Prozess entwickelte Landespsychiatrieplan NRW bestätigt diese Sicht. So sind dort Anforderungen an eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und Handlungsempfehlungen und Maßnahmen beschrieben, die zum »Ziel haben, eine lebensweltorientierte, sektor- und settingübergreifende Behandlung umzusetzen. So wird eine weitgehende Behandlungs- und Beziehungskontinuität aufgebaut und der Transfer der Behandlungsergebnisse in den realen Alltag erleichtert« (1).

Die Überwindung des Grabens zwischen der stationären und ambulanten Behandlung (»treatment gap«) bedeutet, dass bei der Akutbehandlung und Krisenintervention der Ort der Behandlung vom Bedarf der Patientinnen und Patienten und dem sozialen Netzwerk bestimmt wird.

Enge Verzahnung

Das sind wichtige Gründe, weshalb in NRW im Rahmen der Verträge zur Integrierten Versorgung mit den Krankenkassen einige Leistungserbringer eine eng verzahnte Zusammenarbeit zwischen gemeindepsychiatrischen Vereinen und den Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie gewählt haben. Ein auffälliger Widerspruch sollte gleich benannt werden: Was hat eine Klinik davon, stationäre und teilstationäre Behandlung zu vermeiden oder zu reduzieren? Eine Rolle mag spielen, dass die Kliniken auf diese Weise

Erfahrungen mit dem Einsatz von Home Treatment als zukünftiges stationsäquivalentes Mittel sammeln können. Aber bevor es diese Möglichkeit gab, haben Kliniken immer auch ein (berechtigtes?) Interesse daran gehabt, eigene ambulante Behandlungsmöglichkeiten nach der klinischen Behandlung anzubieten. Besonders, wenn sie auch direkt fachlich und finanziell beteiligt sein können.

Das Interesse der gemeindepsychiatrischen Vereine an einer engen Kooperation mit Fachkliniken besteht seit jeher. Sie bieten schon seit Jahrzehnten ihre vielfältigen sozialpsychiatrischen Angebote an. Doch die Zusammenarbeit mit den Kliniken geschieht häufig keineswegs auf Augenhöhe. Es scheint vielmehr nach wie vor das Primat der klinischen Behandlung zu gelten. Entlassungsmanagement funktioniert bei Weitem nicht so ordentlich wie das Aufnahmemanagement. Gerade deswegen stellen diese wenigen Beispiele der Kooperation im Rahmen der Integrierten Versorgung in NRW (Paderborn, Mönchengladbach, Viersen und Köln) etwas Besonderes dar, was am Kölner Beispiel genauer beschrieben werden soll.

NetzWerk psychische Gesundheit Köln

Köln ist eine Stadt mit etwas mehr als 1 Mio. Einwohnern. An der psychiatrisch-stationären und nach Stadtbezirken organisierten Pflichtversorgung (Behandlung) sind alle vier Fachkliniken beteiligt. Die sozialpsychiatrische außerklinische Versorgung (soziale Teilhabe) halten praktisch alle Wohlfahrtsverbände und eine sehr große Anzahl privater Träger (meist Betreutes Wohnen, wenig Soziotherapie) bereit.

Zwischen dem Kölner Verein für Rehabilitation e.V., Mitglied im Paritätischen, und der LVR-Klinik Köln besteht seit

ver als auf Station. Sie berichten, das Gefühl zu haben, mehr Gespräche und mehr Aufmerksamkeit zu bekommen und besser wahrgenommen zu werden.

Leitlinien und Evaluation

Leitlinien des National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) versehen in ihren Empfehlungen zur evidenzbasierten Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Home-Treatment-Interventionen mit einer hohen Empfehlungsstärke (NICE 2009; DGPPN 2013).

In der DGPPN-S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2013) wurde erstmals die Evidenz zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien für den deutschsprachigen Raum systematisch aufbereitet. Zugleich unterstützt die Leitlinie die zahlreichen Bestrebungen im Land, das Hilfe- und Unterstützungssystem für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen weiterzuentwickeln. Das Update der Leitlinie verspricht nicht nur aktuelle Evidenz zu vielen der bisher beleuchteten psychosozialen Interventionen, sondern auch die Erweiterung des Spektrums (Gühne, Becker & Riedel-Heller 2016).

Im Rahmen der Begleitforschung zum Günzburger HT-Projekt (2006–2008) wurden 30 Angehörige (15 m, 15 w) von HT-Patienten bezüglich ihrer subjektiven Belastungswahrnehmung befragt. Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung deuten insgesamt auf niedrige Belastungswahrnehmung der Angehörigen von HT-Patienten (in Günzburg) im Vergleich zu anderen Stichproben psychoseerkrankter Menschen in europäischen Studien hin (Munz et al. 2011). Es gibt zahlreiche Studien, die belegen, dass die klinischen Behandlungsergebnisse in HT-Behandlung im Vergleich zu stationärer psychiatrischer Behandlung etwa gleichwertig sind und dass die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit eher zugunsten der Home-Treatment-Angebote ausfällt. Eine Zu-

sammenfassung des Forschungsstandes findet sich bei Gühne et al. (2011). Laut Studien ist die HT-Behandlung etwa bei Schizophrenie oder Depression ebenso effektiv wie eine Therapie im Krankenhaus. Dabei ist sie kostengünstiger (Frasch, Becker & Widmann 2017).

Die Forschung zur Angehörigenperspektive bleibt eine wichtige Aufgabe.

Das Home-Treatment-Konzept scheint immer mehr Profis für sich zu begeistern, und es gilt an dieser Stelle festzuhalten, dass im Home-Treatment-Team – zumindest in Günzburg – ein großes Maß an persönlichem Engagement und eine hohe Arbeitszufriedenheit herrscht. ■

Iris Zimmermann, Krankenschwester, systemische Therapeutin (SG), seit 30 Jahren am Bezirkskrankenhaus Günzburg, seit 2007 im HT-Team
E-Mail: iris.zimmermann@bkh-guenzburg.de

Hannes Müller, Fachkrankenpfleger Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg Home Treatment
E-Mail: hannes.mueller@bkh-guenzburg.de

Prof. Dr. med. Thomas Becker, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg
E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

Miriam Ott, Ärztin, Klinik für Psychiatrie und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg Home Treatment
E-Mail: miriam.ott@bkh-guenzburg.de

Prof. Dr. med. Nicolas Rüsch, Leiter der Sektion Public Mental Health, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg
E-Mail: nicolas.ruesch@uni-ulm.de

Korrespondenzadresse
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Home Treatment
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg

Literatur

- BECKER, T.; ZIMMERMANN, I. (2013) Daheim im Lot. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, S. 381–383
- BEZIRKSKRANKENHAUS GÜNZBURG: KRANKENHAUSLEITUNG UND HOME TREATMENT TEAM (2015) Mobiles Krisenteam – Home Treatment – Konzept (unveröffentlichtes Qualido-Klinikdokument). Bezirkskrankenhaus Günzburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- CECCHIN, G.; LANE, G.; RAY, W.A. (2010) Respektlosigkeit. Provokative Strategien für Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN); FALKAI, P. (Hrsg.) (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer
- FRASCH, K.; BECKER, T.; WIDMANN, F. (2017) Psychiatrie im Wohnzimmer. In: Gehirn und Geist, Heft 3, S. 60–65
- GÜHNE, U.; BECKER, T.; RIEDEL-HELLER, S. (2016) Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Ausblick auf das Update der S3-Leitlinie der DGPPN. In: PpM – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, Heft 8, S. 337–340
- 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. In: Psychiatrische Praxis, Heft 3, S. 114–122
- MÜLLER, H.; ZIMMERMANN, I.; BURKHART, C.; OTT, M.; FRASCH, K. (2008) Home Treatment – Erfahrungen aus Günzburg. In: Kerbe, Heft 3, S. 20–22
- MUNZ, I.; OTT, M.; JAHN, H.; RAUSCHER, A.; JÄGER, M.; KILIAN, R.; FRASCH, K. (2011) Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung (»Home Treatment«). In: Psychiatrische Praxis, Heft 3, S. 123–128
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK) (2009) Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update). NICE Clinical Guidelines, No. 82. Im Internet unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11681/> (letzter Zugriff: 07.11.2017)



drei Jahren eine vertraglich vereinbarte Kooperation im Bereich der Integrierten Versorgung (IV). Diese erfolgt unter dem Dach der Managementgesellschaft Psychische Gesundheit NRW (GpG NRW). Für die Umsetzung ist ein neuer Einrichtungstyp entwickelt worden, der über drei Jahre den Patientinnen und Patienten die Koordination individueller und bedürfnisangepasster Behandlung zur Verfügung stellt. Das NetzWerk psychische Gesundheit Köln (NWpG) bietet im Auftrag verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungen (2) Leistungen mit dem Ziel an, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Alternative zur stationären Behandlung zu ermöglichen. Dies umfasst die Mitsprache der Patientinnen und Patienten, eine feste Bezugsperson, die Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Krisenplans, die Einbeziehung des persönlichen und professionellen Netzwerkes der Patienten, eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Versorgern (Ärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten), mit den Diensten der sozialen Teilhabe und mit anderen sozialpsychiatrischen Hilfen und der Selbsthilfe, ein 24-Stunden-Krisendienst, Gruppenangebote, einen Rückzugsraum zur Übernachtung und das Home Treatment. Die Umsetzung erfolgt nach psychiatrischen Behandlungsstandards und nach dem Vorbild der in Skandinavien, vor allem in Finnland entwickelten und dort etablierten Therapieform, der bedürfnisangepassten Behandlung (»need adapted treatment«) und dem daraus entwickelten Offenen Dialog (»open dialogue«).

Die Kooperationspartner Kölner Verein und LVR-Klinik erbringen diese ambulanten Leistungen bedarfsabhängig sowohl in ihren jeweiligen Einrichtungen als auch im sozialen Umfeld – Home Treatment, aufsuchende Behandlung – unter Einbeziehung des persönlichen und professionellen Netzwerkes der Patientinnen und Patienten.

Strukturen und Angebote

Es gibt derzeit zwei Standorte in Köln. Einer befindet sich an einer Kölner LVR-Tagesklinik. Der zweite Standort ist die zentrale Koordinierungsstelle, vom Kölner Verein betrieben und mit Sitz in der Kölner Südstadt. Tageweise sind noch andere Standorte der LVR-Klinik einbezogen. Weitere feste Standorte sind in der Planung. Die dezentrale Struktur hat den Vorteil, dass die Wege zu den Patientinnen und Patienten auf den Stationen der Klinik möglichst kurz sind. So werden weiche Übergänge von der stationären zur ambulanten Behandlung ermöglicht und die Akzeptanz der Patienten, das ambulante Programm der Integrierten Versorgung zur Vermeidung oder Reduzierung von stationären Krankenhausaufenthalten anzunehmen, erheblich gesteigert.

Die Ergebnisse einer Evaluation durch das aQua-Institut vom März 2014 (3) zeigen, dass die Rate der Krankenhausaufnahmen im Verlauf dieser Form der integrierten Behandlung gesunken ist.

Einige der beteiligten Krankenkassen haben zum Jahresbeginn 2017 die Identifizierung ihrer Versicherten für

das Programm an das Kriterium eines erhöhten Krankenhausbehandlungsrisikos geknüpft. Danach ist ein stationärer Aufenthalt in den letzten zwei Monaten die Voraussetzung für die Einschreibung.

Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, bei der Entlassungsplanung der Patientinnen und Patienten aus der Klinik die Integrierte Versorgung bereits als besondere ambulante Behandlung zusätzlich zur Regelversorgung anzubieten. In einem gewissen Umfang kann dadurch auch eine personelle Kontinuität erreicht werden. Psychoedukative und andere (diagnosen-)spezifische Gruppenangebote, die Patienten bereits teilweise aus der teil- und vollstationären Behandlung vertraut sind, können weiterhin wahrgenommen werden. Die Gruppenangebote leisten auch in Krisensituationen einen wichtigen tagesstrukturierenden Beitrag zur Stabilisierung. Die Möglichkeit der ambulanten Nutzung der Gruppenangebote der Klinik ist ein wichtiges Instrument, um den Graben zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu überwinden. Flexible tagesklinische Angebote können dem tatsächlichen Bedarf der Patienten besser angepasst werden. Die Zeiten, in denen statische und starre klinische Angebote nur den stationären Patientinnen und Patienten vorbehalten sind, entsprechen heute weder fachlichen Erkenntnissen noch dem veränderten Behandlungsverhalten der Patienten. Weitere spezifische klinische und institutsambulante Kompetenzen und Erfahrungen werden genutzt: fachärztliche Eingangs- und Verlaufsassessments, ärztliche Leistungen in Krisensituationen, supportive Psychotherapie als Kurzintervention bei Krisen, fachärztliche Begleitung von besonderen Risikopatienten durch die Institutsambulanz, fachärztliche Zweitmeinungen bei diagnostischen und medikamentösen Fragen und Beratung sowie Unterstützung bei der ambulanten Richtlinienpsychotherapie.

Die Krankenkassen beteiligen sich, indem sie ihre Versicherten durch direkte Ansprache ebenfalls über die Möglichkeiten der Teilnahme an dem zusätzlichen ambulanten Angebot zur Vermeidung oder Reduzierung stationärer Behandlung informieren. Das erfasst dann sicher

auch alle Patientinnen und Patienten, die in den anderen Fachkliniken in Köln behandelt werden, aber auch diejenigen, die sich zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der zwei Monate nach der Entlassung aus der Klinik für das Programm entscheiden möchten.

Feste Bezugspersonen

Kernpunkt der Arbeit ist das »Fallmanagement«, mit dem jeder Patientin für die Zeit der Teilnahme am Programm eine feste Bezugsperson zur Verfügung gestellt wird. Die Aufgabe besteht in einer individuellen zentralen Koordination und Optimierung von hauptsächlich ambulanten, aber auch teil- und vollstationären Hilfsangeboten in Form einer ebenfalls bedürfnisangepassten Behandlung (»need adapted treatment«). Im Mittelpunkt steht dabei eine durch das NetzWerk psychische Gesundheit koordinierte systemische Gesamtbehandlung unter Einbezug des individuellen Netzwerkes des Patienten. Die Erstellung der sozialen Netzwerkkarte, die Krisenplanung – oftmals zusammen mit dem persönlichen, aber auch professionellen Netzwerk der Patientin –, und die ressourcenorientierte Klärung wichtiger Lebensthemen sind dabei die Aufgaben. Telefonische 24-h-Erreichbarkeit sind das ganze Jahr hindurch sichergestellt. Der Rückzugsraum für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen befindet sich an einem außerklinischen Ort – einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation – und bewusst nicht in der Klinik. Er kann von den Patientinnen und Patienten genutzt werden, die sich in einer Krisensituation befinden und ohne eine stationäre Behandlung auskommen möchten. Die nächtliche Versorgung ist durch eine Nachtwache gewährleistet.

Zusammensetzung der Teams und Zusammenarbeit

Das Team besteht derzeit aus sozialpsychiatrischen Fachkräften (Krankenpfleger, Sozialarbeiter und -pädagogen, Psychologen, Ärzte). Leider sind derzeit psychiatrieerfahrene Kolleginnen und Kollegen äußerst unterrepräsentiert.

Kölner Verein und LVR-Klinik sind jeweils Anstellungsträger für ihre Angestellten und entsprechend weisungsbefugt und tragen die Dienst- und Fachaufsicht. Für jede Seite gibt es einen Verantwortlichen für diese Fragen und auch für Kooperationsfragen auf der operativen Ebene. Der Vertrag ist von der Betriebsleitung der LVR-Klinik und dem Vorstand des Kölner Vereins unterzeichnet worden.

Es sind regelmäßige Gespräche vereinbart, um den Prozess der Implementierung und Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung in Köln zu gestalten. Monatlich findet eine gemeinsame Teamsitzung statt. Die Steuerung der Verteilung der Patienten, der fachlichen Organisation und die Vernetzung zur Managementgesellschaft NRW und den bundesweiten Akteuren der Integrierten Versorgung werden durch die Koordinierungsstelle gewährleistet. Die Verantwortung dafür liegt beim Kölner Verein. Zurzeit nehmen 364 Patientinnen und Patienten an dem Programm teil. Die Vergütung der Leistungen ist vertraglich festgelegt und richtet sich nach der Anzahl der jeweils vom Fallmanagement versorgten Patienten. Vertraglich fixiert ist auch eine Austrittsklausel, angelegt an eine bestimmte Höhe bei finanziellen Verlusten.

Ausblick

In den integrierten Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen haben die in Kooperation zwischen gemeindepsychiatrischem Verein und Fachklinik erbrachten Leistungen einen außerordentlichen Stellenwert. Es dürfte für die Krankenkassen sehr interessant sein, ob sich das »Krankenhausaufnahmeverhalten« in den beteiligten Kliniken möglicherweise ändert. Auch in Hinblick auf eine flexiblere sektorenübergreifende – stationäre, teilstationäre und ambulante – Nutzung der klinischen Leistungen könnte eine derartige Kooperation neue Erkenntnisse bringen. Für 2018 ist eine Evaluation vorgesehen, die die besondere Kölner Kooperation zum Gegenstand hat.

Die Vorteile für die Patientinnen bei der Nutzung solcher Kooperationsmodelle drängen sich geradezu auf. Einen



Klaus Jansen-Kayser

wirklich fließenden Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Integrierte Versorgung hinzubekommen und bei Bedarf auf eine hilfreiche personelle Kontinuität zurückgreifen zu können, versprechen eine deutliche Verbesserung der Behandlungsqualität.

Die Aufnahme des Konzepts NetzWerk psychische Gesundheit mit der beschriebenen Kooperation zwischen Kölner Verein und LVR-Klinik Köln in die Regelversorgung und als ein Angebot aller Krankenkassen für ihre Versicherten ist das Ziel, an dem wir in Köln und anderenorts arbeiten. ■

Klaus Jansen-Kayser, Krankenpfleger und Sozialmanager für Gemeindepsychiatrie, Leiter der Integrierten Versorgung in Köln »NetzWerk psychische Gesundheit«, Mitarbeiter im Kölner Verein für Rehabilitation e.V.

Anmerkungen

- Landespsychiatrieplan 2017 NRW <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/staatskanzlei/landespsychiatrieplan-nrw/2666>
- Beteiligt sind folgende Krankenkassen: Techniker Krankenkasse (TK), AOK (Rhld/HH), KKH, pronova BKK, BKK Aesculap, BKK HMR, BKK IHV, BKK Merck, Daimler BKK, Salus BKK, Siemens BKK
- STEGEBAUER, C.; KLEINE-BUDDE, K.; BESTMANN, B.; SZENCSENY, J.; BRAMESFELD, A. (2014) Strukturen und Prozesse für eine effektive vernetzte Versorgung in der Psychiatrie: ein Forschungsprojekt. Public Health Forum 22(82): 36.e1–36.e3

Das Regionale Psychiatriebudget – vom Prototyp zum Fließband?

VON BETTINA WILMS

Wer spricht heute noch vom Regionalen Psychiatriebudget (RPB)? Bettina Wilms wirbt für dieses Modell, mit dem die psychiatrische Versorgung weiterentwickelt werden kann und das mit seinen therapeutischen Zielen und Inhalten die Arbeit mit schwer erkrankten Patienten verbessert.

Neue Initiativen zu »innovativen« Versorgungsmodellen scheinen, seit im Herbst 2016 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) verabschiedet wurde, irgendwie in den Hintergrund zu treten – zumindest, was das Interesse aufseiten der Kostenträger angeht. Geht es um sektorübergreifende Konzepte, wird meist über den Innovationsfonds (1) geredet und dabei oft übersehen, dass bereits in der Antragstellung hierzu zwingend notwendig ist, sich über eine Finanzierungsgrundlage nach Auslaufen der Förderung nach maximal drei Jahren nicht nur Gedanken zu machen, sondern diese bestenfalls auch schon vorbereitet zu haben. Stattdessen ist in der Breite der Versorgungslandschaft das große Abwarten oder auch Lauern bezüglich der Budgetverhandlungen im PsychVVG eingetreten: Wer handelt was zuerst, wo ist mit einem Schiedsstellenverfahren zu rechnen?

Fakt ist: In den Augen der meisten Beteiligten ist PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen) nicht weg, sondern die von vielen Fachkolleginnen vertretene Meinung umreißt im Kern, dass die befürchteten Fehlanreize gemildert wurden.

Zur Frage, wie denn innerhalb der gesetzlichen Vorgaben demnächst Krankenhausbudgets verhandelt werden, stehen erste praktische Erfahrungen noch aus. Neue Wege sind insbesondere bei der Thematik der »regionalen Besonderheiten« in den Budgetverhandlungen zu beschreiten. Der Gesetzgeber wollte an dieser Stelle Raum geben für die Finanzierung von regionaler Pflichtversorgung, Notfallversorgung und anderen Gegebenheiten, die in der PEPP-Systematik als vorzuhaltende Versorgungsleistungen im einzelnen Behandlungsfall nicht dargestellt werden können. Ob dies ins-

besondere von der Krankenkassenseite auch so gesehen wird, dürfte zumindest bezweifelt werden.

Die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) ist inzwischen veröffentlicht: Auch hier fällt die Bewertung unterschiedlich aus. Wie eine veränderte Personalbemessung letztlich auch zu verbindlichen Personalmindeststandards führen kann, ist »in Arbeit« des Gemeinsamen Bundesausschusses (Wilms 2017b). Wozu also noch ein Beitrag über das Konstrukt des Regionalen Psychiatriebudgets?

Einige wesentliche Charakteristika des Regionalen Psychiatriebudgets finden sich im PsychVVG wieder

Dies mag auf den ersten Blick erstaunen. Für Kolleginnen und Kollegen, die einmal ein Regionales Psychiatriebudget verhandelt haben, ist die Systematik der im PsychVVG vorgesehenen Verhandlung eines Gesamtbudgets aber rasch einsichtig: Das Budget und dessen Findung sind von den unterjährig erfolgenden Abschlagszahlungen, die sich anhand des PEPP-Systems errechnen, getrennt (Deister & Wilms 2014). Dies bedeutet, dass die Klinik ein krankenhausindividuelles Budget, bestehend aus Leistungen nach PEPP und regionalen Besonderheiten, mit den Krankenkassen verhandelt. Hinzu kommen die Nachweise über das eingesetzte Personal nach dem jeweils gültigen Personalbemessungsinstrument – aktuell noch PsychPV. Anders ist die Realisierung des Budgets im Vergleich zu einem Regionalen Psychiatriebudget gedacht: So werden im PsychVVG verhandelte »Leistungen« nach PEPP – konkret sind dies Teilschritte psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit – abgerechnet. Mehr- und Mindererlösausgleiche erfolgen nicht. Im Gegensatz hierzu orientiert sich in einem Regionalen Psychiatriebudget die Realisierung des Budgets anhand der Anzahl

der behandelten Menschen im Verlauf eines Jahres: Hier fungiert PEPP ausschließlich als Abschlagszahlung auf ein zuvor verhandeltes Budget mit entsprechenden hundertprozentigen Mehr- und Mindererlösausgleichen.

Es ist also durchaus sinnvoll, sich mit der Systematik des Regionalen Psychiatriebudgets auseinanderzusetzen: erstens, um bestimmte Aspekte des PsychVVG konsequent in den Budgetverhandlungen zu nutzen, und zweitens, um die Entwicklungen, die hinter den Möglichkeiten des Regionalen Psychiatriebudgets zurückgeblieben sind, weiterhin in den Mittelpunkt psychiatriepolitischer Diskussionen zu stellen (Wilms 2017a, b).

Das Regionale Psychiatriebudget ist ein Finanzierungssystem

Anders als im Begriff zunächst plausibel erschließbar ist das Regionale Psychiatriebudget als Finanzierungssystem für Krankenhausleistungen konzipiert worden. Das Ziel war, die Anreize für eine stationäre Behandlung von Menschen mit häufigen Wiederaufnahmen abzubauen.

Alle aktuell nach SGB V als Regionale Psychiatriebudgets arbeitenden Modelle sind (leider) auf das Krankenhaus beschränkt, und die meisten beziehen sich auf die Population aller Menschen, die in einer bestimmten Versorgungsregion – daher der Begriff »regional« – dieser Behandlung bedürfen.

Für die Findung eines Krankenhausbudgets ist vor allem die Ausrichtung an einer bestimmten Anzahl zu behandelnder Patienten (sogenannte Köpfe) bedeutsam. In einem zu verhandelnden prozentualen Korridor kommt bei Erreichen dieses Ziels das Budget mit einem hundertprozentigen Mehr- und Mindererlösausgleich zur Abrechnung mit den Kostenträgern. Unter- oder Überschreitung des Korridors der jährlich behandelten Anzahl von Menschen kann zu

Nachverhandlungen führen, wobei in der Regel ein Spielraum von sechs Prozent zugrunde gelegt wurde.

In den meisten Fällen wurden sogenannte historische Budgets zur Orientierung herangezogen: Die Erlöse aus stationärer, teilstationärer und institutsambulanter Behandlung eines Referenzjahres wurden zusammengeführt und galten zusammen mit der verhandelten Kopfzahl als Ausgangspunkt für ggf. vorzunehmende Budgetentwicklungen in den Folgejahren.

Fehlanreize können somit minimiert werden. Denn weder ist eine zu kurze Behandlung mit der Gefahr von Wiederaufnahmen lukrativ noch eine zu lange Behandlung. Statt besonders umfangreiche Aufenthaltsdauern zu finanzieren, wird letztlich die Übernahme von regionaler Verantwortung für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses für eine bestimmte Population (Deister & Wilms 2014) vergütet. Die Prüfungen zur Verweildauer durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wurden auch mit diesem Argument in allen Projekten ausgesetzt.

Aus pragmatischen Gründen wurde auch die regionale Herkunft der behandelten Patienten historisch betrachtet: Vor Beginn eines Regionalen Psychiatriebudgets behandelte Patientengruppen mit Wohnorten z.B. außerhalb der regionalen Pflichtversorgung wurden in das neue Budget einbezogen und damit bisher behandelte Patientengruppen weiterhin berücksichtigt. Eine betriebswirtschaftlich motivierte Ausweitung des Kundenkreises ist in diesem Konzept nicht vorgesehen und intendiert.

Mit der Entwicklung des neuen Entgeltsystems entstand die Frage, ob und wie die bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Regionalen Psychiatriebudgets fortgeführt werden könnten. Unter dem Gedanken, dass ein Finanzierungssystem, das nicht auf kleinteiligen Einzelnachweisen einzelner Behandlungsschritte aufgebaut ist, sondern eine flexible und personenzentrierte Behandlungsgestaltung in den Mittelpunkt stellt, möglicherweise die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen



Foto: Wolfgang Schmidt

eher befördert, wurde der § 64b SGB V entwickelt. Nach Inkrafttreten dieser neuen gesetzlichen Regelung wurden im Verlauf des Jahres 2014 alle bis dahin bestehenden Regionalen Psychiatriebudgets nach teilweise schwierigen Verhandlungen vor Ort in die neuen Regularien überführt (siehe Kasten S. 38).

Regionale Psychiatriebudgets fördern die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Wesentliche inhaltliche Effekte konnten schon früh nach Erfahrungen des ersten Regionalen Psychiatriebudgets in Schleswig-Holstein (Itzehoe / Kreis Steinburg, beginnend ab 2003) publiziert werden. Die Behandlungsergebnisse waren vergleichbar mit einer konventionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bei gleichzeitigem Abbau stationärer Kapazitäten (Deister 2010). Darüber hinaus konnten auch in deutlich später begonnenen Projekten nicht nur gleiche Effekte, sondern ähnliche Anreize hin zu ambulant-teilstationären Konzepten beobachtet werden, die durchaus als Vorgänger der jetzt im PsychVVG verankerten stationsäquivalenten Behandlung gelten können (Deister & Wilms 2014).

Auf dieser Basis lassen sich individualisierte Behandlungsprozesse flexibel und personenzentriert gestalten, die Behandlungsabschnitte im häuslichen Umfeld ebenso möglich machen wie bei Bedarf rasche Settingwechsel unter Beibehaltung der persönlichen Kontinuität der Behandlerinnen. Kontakte zum Umfeld der Patienten, ihren Vorbehandlern und eine veränderte Schnittstellenarbeit weiteten sich dabei in allen beteiligten Regionen aus.

Dies ist nicht von jedem Mitarbeiter gleichermaßen gewünscht und verändert die Organisation therapeutischer Arbeit erheblich. Wird, wie in den meisten Regionalen Psychiatriebudgets üblich, auf einer Station gleichzeitig vollstationär, teilstationär und institutsambulant gearbeitet, so stellt dies erhebliche Anforderungen an das Zeitmanagement und Organisationstalent jeder und jedes einzelnen Mitarbeitenden.

Ebenso können sich Präferenzen von Patienten verändern: Geht ein Patient am dritten Tag nach Hause, um für sechs Tage die Tagesklinik auszuprobieren, kann dies Mitpatienten motivieren, es ebenfalls zu versuchen.

Verhandlungen um geeignete Behandlungsprozesse als Ausdruck geteilter Entscheidungsfindung nehmen daher in Regionalen Psychiatriebudgets nummerisch zu und fördern qualitativ kompetentere Therapeuten-Patienten-Beziehungen.

Regionale Psychiatriebudgets verändern therapeutische Ziele und Inhalte insbesondere in der Arbeit mit schwer erkrankten Patienten

Durch die klare Zuständigkeit für den weiteren Behandlungsverlauf, die häufige Wiederaufnahmen und hospitalisierende Langzeitaufenthalte schon aus rein ökonomischen Aspekten fragwürdig erscheinen lässt, entstehen Anreize, sich bereits in akuten Krankheitsepisoden mit tragfähigen Lösungen zur Teilhabe, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen, zu beschäftigen. Die in der klassischen Krankenhausbehandlung nur zu oft gepflegte Erleichterung, einen »schwierigen Patienten«

endlich entlassen zu haben und zu hoffen, dass er demnächst in ein anderes Krankenhaus geht, weicht der Aufgabe der Zuständigkeit. Die Verantwortung, auch über den einzelnen Aufenthalt hinaus, diesmal vielleicht Unterstützungswege gebahnt zu haben, die eine längere Phase ohne stationären Aufenthalt möglich machen, steht bei dieser Patientengruppe deutlich mehr als im Regelleistungssystem im Vordergrund.

Regionale Psychiatriebudgets geben Antworten auf Fragen nach einer zukünftigen Personalbemessung

Für eine flexible personenzentrierte Behandlung, für deren Konzeption eine Überwindung der Grenzen der Behandlungssektoren vorgesehen ist, kommen veränderte Arbeitszeiten und Aufgaben auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen zu. Jede Form einer Verflüssigung starrer settingspezifischer Therapie fordert klassische Aufgabenbeschreibungen heraus, wie sie aus der Psych-PV (Kunze & Kaltenbach 2003) bekannt sind. In der nunmehr 14-jährigen Geschichte Regionaler Psychiatriebudgets in Deutschland konnten wir immer wieder lernen, dass Mitarbeitende auch Unterstützung benötigen, wenn sich ihre Aufgabengebiete verändern: Dies betrifft fachliche Fortbildungsangebote, aber auch Angebote zum Veränderungsmanagement in einem modernen Klinikum, das sich auf den Weg macht, psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung weiterzuentwickeln (Deister et al. 2017). Gerade die Aufgabenbereiche der Pflege verändern sich mit einer Zunahme aufsuchender Hilfen innerhalb der Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses enorm. Letztlich sind aber von einer Flexibilisierung der Behandlungsangebote mit einer Fokussierung auf die persönliche Kontinuität in der Beziehungsgestaltung alle Berufsgruppen betroffen. Was ein Mitarbeiter und eine Mitarbeiterin können sollte, wird unter diesen Vorzeichen anders als noch vor 20 Jahren zu beantworten sein und Eingang in das Personalmanagement vor Ort finden müssen.

Und wie nun weiter? – Ausblick

Besonders problematisch ist, dass praktisch mit Verabschiedung des PsychVVG bundesweit keine weiteren Vertragsabschlüsse für Modellprojekte nach § 64b SGB V zustande gekommen sind, obwohl längst nicht in jedem Bundesland ein Modellprojekt eingerichtet wurde (Wilms 2017a). Gerade diese Modelle werden für die hier beschriebenen Kernthemen und Aufgaben, die sich aus dem PsychVVG ableiten, aber dringend benötigt. Die Brisanz dieser Problematik wird besonders unterstrichen durch die vertraglichen Anforderungen: Kliniken, die im Konstrukt eines Regionalen Psychiatriebudgets arbeiten wollen, sind auf das Wohlwollen der Kostenträger vor Ort angewiesen, wenn sie einen Vertrag nach § 64b SGB V abschließen wollen. Ein solcher Plan ist derzeit bei Weigerung nur einer einzigen Krankenkasse zum Scheitern verurteilt.

Die Chancen, die in Regionalen Psychiatriebudgets liegen, sowohl was die Finanzierungsgestaltung als auch was die inhaltlichen Aspekte der Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung angeht, werden derzeit nicht so genutzt, wie es sein könnte. Dabei sollten wir nicht riskieren, dass nachfolgende Generationen Sätze sagen wie: »Hätten wir mal ...«, sondern jetzt alles tun, um das, was wir bereits wissen, für eine bessere Unterstützung unserer

Nutzer auch auszubauen. Im Sinne der Überschrift dieses Beitrages hieße dies, dass der Prototyp unbedingt auf die Straße gehört! ■

Dr. med. Bettina Wilms, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Cheförztn der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH, Mitinitiatorin des Netzwerks »Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung« E-Mail: b.wilms@klinikum-saalekreis.de

Anmerkung

- 1 Der Innovationfonds ist als gesundheitspolitisches Instrument auf dem Boden des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes entwickelt worden. Er soll u.a. innovative, die Behandlungssektoren übergreifende Versorgungsformen finanziell fördern.

Literatur

DEISTER, A.; POLLMACHER, TH.; FALKAI, P.; ERK, K. (Hrsg.) (2017) Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
DEISTER, A.; WILMS, B. (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Köln: Psychiatrie Verlag
KUNZE, H.; KALTENBACH (Hrsg.) (2003) Psychiatrie-Personalverordnung. 4., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
WILMS, B. (2017a) Nie waren sie so wertvoll wie heute: Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Psychiatrischen Versorgung nach § 64b SGB V. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 28, 36–38
WILMS, B. (2017b) PsychVVG: Bilanz einer Kontroverse. Kerbe, 4, 23–24

Zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung

Was bedeutet das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes für die psychiatrische Theorie und Praxis?

VON UWE GONTHER

Parallel zur Bekanntgabe des Urteils des 2. Senats des Bundesverfassungsgerichts (1) zum Thema Fixierung veröffentlichte die DGPPN die S3-Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen« (2). Dies führt dazu, dass das Thema Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in diesem Sommer noch aktueller war als sonst. Gemeinsam ist den beiden ausführlichen Texten (das Bundesverfassungsgerichtsurteil umfasst 41 Seiten, die Leitlinie 305 Seiten) die Grundhaltung, dass Fixierungen in der Psychiatrie eine tiefgreifende Beeinträchtigung der Freiheitsrechte der betroffenen Personen darstellen.

Die Einschätzung des Bundesverbands der Psychiatrieerfahrenen (BPE) geht dahin, dass Fixierungen als Folter anzusehen sind, die nicht gerechtfertigt werden kann durch psychiatrische Diagnostik und Therapieplanung und entsprechende Dokumentation. So zeigte sich aufseiten der Betroffenen neben der grundsätzlichen Befürwortung der Ausrichtung des Urteils Enttäuschung, weil kein grundsätzliches Verbot der Fixierungen erging. Auch trägt der BPE die Leitlinie zum Thema nicht mit. Dies liegt vermutlich an der Einschätzung sowohl der DGPPN als auch des Gerichts, dass auch schwerwiegende Grundrechtseingriffe wie Fixierungen vom Gesetzgeber prinzipiell zugelassen werden können, wenn strenge Anforderungen an die Rechtfertigung eines solchen Eingriffs eingehalten werden. Auf geradezu salomonische Weise gibt also das Gericht den Beschwerdeführern – Betroffenen aus Baden-Württemberg und Bayern –, die jeweils nach eigener Auffassung zu Unrecht fixiert worden sind, recht und sagt gleichzeitig, dass unter bestimmten Bedingungen auch im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention Fixierungen in der Psychiatrie angemessen sein können. Dies wird insbesondere auf Seite 24 der Urteilsbegründung aus-

geführt, indem die staatlichen Schutzpflichten als Begründung für derartige Maßnahmen wie Zwangsunterbringung oder auch Fixierung herangezogen werden: »Die Fixierung eines Untergebrachten kann nach diesen Maßstäben zur Abwendung einer drohenden, gewichtigen Gesundheitsschädigung sowohl des Betroffenen als auch anderer Personen wie des Pflegepersonals oder der Ärzte gerechtfertigt sein.« (S. 25, II 1. c)

Richtervorbehalt

Vermutlich werden die weiteren Darstellungen im Urteil zu einer veränderten Umgehensweise mit Fixierungen im Alltag vieler Kliniken führen, denn um diesem Konflikt angemessen gerecht zu werden, schreibt das Bundesverfassungsgericht ab sofort den Richtervorbehalt für Fixierungen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, verbindlich vor. Konkret benannt wird auch der Zeitraum, in dem Richter über einen Notdienst erreichbar sein müssen, nämlich von 6 Uhr früh bis 21 Uhr abends an sieben Tagen die Woche. Außerdem, wird auf Seite 27 erläutert, dass während der Durchführung einer Fixierung grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten ist (S. 27, II 4. b). Des Weiteren wird die Bedeutung der Dokumentation hervorgehoben und eine verbesserungsorientierte, systematische Qualitätskontrolle und Evaluation gefordert. Ferner bezieht sich das Gericht in seiner weiteren Erklärung ausdrücklich auf die Vereinbarkeit mit der UN-Behindertenrechtskonvention und auf die UN-Sonderberichterstattung über Folter durch Juan E. Mendéz vom 13. Mai 2015, demzufolge auch nur jede kurzfristige Fixierung bei Menschen mit psychischen Behinderungen als Folter und Misshandlung angesehen werden kann. Dazu das Gericht: »Seine (Mendéz') Äußerungen haben zwar erhebliches Gewicht, sie sind

jedoch weder für internationale noch für nationale Gerichte verbindlich.« (S. 30, II 5. b)

Praxisbezug

Was folgt nun aus diesen grundsätzlichen Regelungen für unsere klinische Praxis? In Bremen gibt es seitens des Psychiatriereferats eine Anweisung, ab sofort gemäß diesem Urteil die richterliche Einwilligung beim Amtsgericht zu beantragen. Dafür nutzen die Kliniken Meldeformulare per Telefax. Da im Land Bremen bereits seit etwa einem Jahr alle Fixierungen in der Psychiatrie dem Psychiatriereferenten schriftlich gemeldet werden, erfordert die neue Situation keine große Umstellung.

In unserer Klinik mit dem Pflichtversorgungsauftrag für drogenassoziierte Störungen haben wir viel zu tun mit psychischen Ausnahmezuständen im Zusammenhang mit polyvalentem Substanzkonsum, insbesondere auch illegaler Substanzen. Eine herausragende Rolle spielt hier die gesteigerte Aggressivität unter Kokain. Derartig aufgeputschte Personen werden auch im geduldigen Eins-zu-eins-Kontakt während der akuten Phase ihres Rauschzustandes häufig nicht ruhiger. Neben dem speziellen Problem der Intoxikation mit Kokain oder ähnlich wirkenden synthetischen Substanzen scheint mir ein besonderes Problem im klinischen Alltag der fehlende sprachliche Zugang zu einigen Betroffenen zu sein. Trotz der bewusst multilingualen Ausrichtung unserer Behandlungsteams kommt es wiederholt zu Aufnahmen von aggressiven Patienten (entsprechende Patientinnen sind zumindest in unserer Klinik extrem selten), die sprachlich nicht zu erreichen sind. In solchen Fällen helfen mit erheblicher Verzögerung herbeigeschaffte Dolmetscherinnen und Dolmetscher auch nicht immer weiter, weil es gerade auch



Foto: H. D. Volz /www.pixello.de

mit aggressiven Patienten nicht nur um einzelne Therapiegespräche, sondern um eine Verständigung im stationären Alltag geht. Manchmal lässt sich eine Eskalation schon im Vorfeld vermeiden, wenn eine Art von Verständigung entsteht, für die Sprache mindestens erleichternd sein kann. Das bewusste Suchen nach einer gemeinsamen Sprache oder einer Einigung durch Gebärden kann dabei sogar günstiger sein als eine deutliche verbale Übermacht durch das Behandlungsteam. Ganz ohne gemeinsame Wörter ist es jedoch extrem schwer, eine Vertrauensbasis für eine Behandlung oder auch nur diagnostische Einschätzung herzustellen.

Gewalt als Folge der Krankheit?

Grundsätzlich haben wir es in der Psychiatrie mit der Frage zu tun, welche Art von Gewalt tatsächlich krankheitsbedingt auftritt und durch eine ärztlich geleitete Behandlung mit Gesprächen, Medikamenten und sonstigen Anwendungen tatsächlich reduziert werden kann. Kurz-, mittel- und langfristige Effekte können dabei durchaus pro Methode voneinander abweichen. Gerade im Zusammenhang mit Gewalt spielen persönliche Faktoren auf beiden Seiten eine große Rolle. Schon vor Monaten haben wir uns deshalb für ein kommunikatives Gesamtkonzept zur Prävention von Zwang und Gewalt nach dem Vorbild von »Safewards« entschlossen und befinden uns in der Phase der Schulung und praktischen Einführung. Auch bei »Safewards« handelt es sich nicht um ein Programm zur vollständigen Eliminierung von Gewalt aus der Psychiatrie. Vielmehr zeigen die Ergebnisse von Bowers aus dem Jahr 2014 (3) in

Großbritannien eine moderate Reduktion von Gewalt durch die Verbesserung der Aufmerksamkeit und der Kommunikation gerade auf psychiatrischen Akutstationen. Im echten Leben begegnen uns in der Gewalttätigkeit derjenigen, die als Patienten z.B. durch die Polizei nach einer Konfliktsituation hier vorgeführt werden, oftmals Mischungsverhältnisse aus Kriminalität, Dissozialität und krankheitsmitbedingten aggressiven Verhaltensweisen. Es ist ja nicht so, dass Menschen, die gewalttätig werden, entweder reine Kriminelle oder bloße Opfer ihrer wie auch immer gearteten psychischen Krankheit wären. Gewalttätiges Verhalten entsteht in der Regel in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen. Diejenigen, die Gewalt ausüben, haben in aller Regel selbst Gewalt erfahren. Zum Teil aus Gewohnheit, zum Teil aus Bequemlichkeit, zum Teil im Sinne einer Notwehr oder eines Nicht-anders-Könnens handeln Menschen bei Meinungsverschiedenheiten mit anderen Menschen gewalttätig. Ob derartige Gewaltdelikte in der Gesellschaft insgesamt zunehmen, ist umstritten. Zumindest stellt Gewalttätigkeit im Rahmen von Erregungszuständen bei psychischen Krankheiten ein Problem dar, mit dem wir uns in der Psychiatrie auseinandersetzen müssen. Dabei spielen die Übergänge zwischen den Systemen Justiz, Polizei, Klinik ebenso eine Rolle wie Schnittstellenprobleme zwischen unterschiedlichen ambulanten und stationären Leistungserbringern im Rahmen längerfristiger Behandlungen. Die Rechtskonstruktion des »psychisch Kranken« findet sich auch in der Begründung des Bundesverfassungsgerichtsurteils wieder (S. 25 u. S. 31). Dies sehe ich kritisch, denn Menschen mit psychischen Krankheiten und Krisenerfahrungen sind nicht als eine Kategorie der »psychisch Kranken« zu verstehen, sondern in ihrer jeweiligen Individualität. Die Erklärungskraft von psychiatrischen Diagnosen im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten ist jedoch sehr begrenzt.

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts heißt es dazu: »Als besondere Sicherungsmaßnahme zur Abwehr einer sich aus der Grunderkrankung ergebenden Selbst- oder Fremdgefährdung muss die Fixierung mit der in der Unterbringung

stattfindenden psychiatrischen Behandlung der Grunderkrankung in engem Zusammenhang stehen. Ihre Erforderlichkeit ist auch unter Berücksichtigung der psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen – etwa der Erfolgsaussichten eines Gesprächs oder einer Medikation – zu beurteilen sowie in jeweils kurzen Abständen neu einzuschätzen.« (S. 27, II 4. b) Nun wissen wir alle, dass von einem kausalen Zusammenhang zwischen Krankheit und Gewalttätigkeit im Sinne einer Alleinverursachung nicht die Rede sein kann. In der jeweiligen Mischung der handlungsmittelbestimmenden Faktoren und Motive können die sogenannten psychischen Krankheiten eine Rolle spielen. Dabei sind Angstzustände, Psychosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Demenzen und Intoxikationen höchst unterschiedliche Phänomene, welche allesamt nicht unmittelbar zu bestimmten Aggressionsaktionen führen. Vorhersagen zur Behandelbarkeit der zugrunde liegenden Krankheiten sind im Einzelfall sehr unsicher.

Möglicherweise befinden wir uns mit der Pathologisierung von kriminellen Verhaltensweisen auf dem Holzweg. Das Urteil des Verfassungsgerichts kann die hier angedeuteten grundsätzlichen Probleme selbstverständlich nicht alle lösen, gleichwohl weist es deutlich in Richtung einer gewaltarmen und menschenfreundlichen Psychiatrie und ist als solches sehr zu begrüßen. ■

Prof. Dr. med. Uwe Gonther,
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor des AMEOS Klinikums
Dr. Heines Bremen

Anmerkungen

- 1 Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 – Aktenzeichen 2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16; www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.html (letzter Zugriff: 13.08.2018)
- 2 Siehe: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) Reg. Nr. 038022; www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-022.html (letzter Zugriff: 13.08.2018)
- 3 BOWERS, L. (2014) Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs, 21(6), 499–508

Psychiatrie und Sicherungsauftrag – ist das noch gewollt?

Eine gesellschafts-, rechts- und gesundheitspolitische Fragestellung und die Schwierigkeit einer Lösung

VON HEINZ KAMMEIER

Im Frühjahr 2018 legte der Jurist und DGSP-Vorstand Heinz Kammeier dem Vorstand ein Diskussionspapier vor, in dem er seiner Wahrnehmung Ausdruck verlieh, dass es vor allem von führenden Vertretern der Klinik-Psychiatrie eine Tendenz gebe, in einer Klinik nur noch solche Personen zu behandeln, die einwilligungsfähig und behandelbar sind. Damit kommt nicht nur eine deutliche Distanz zu Möglichkeiten einer zwangsweisen Behandlung zum Ausdruck. Es klingen auch Bemühungen durch, sich vom Sicherungsauftrag der Psychiatrie bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung nach dem PsychKG bzw. bei zivilrechtlicher nach dem Betreuungsrecht zu verabschieden.

Historische Einordnung

Vor gut hundert Jahren haben sich psychiatrische Einrichtungen geradezu darum »gerissen«, dem Staat diesbezüglich ein großes Stück an Verantwortung für solche Menschen abzunehmen, die (psychisch-) krankheitsbedingt die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährden oder bereits strafrechtlich als (gemein-)gefährlich in Erscheinung getreten sind. Die polizeiliche Unterbringung von Gefährdern der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in einer Heil- oder Pflegeanstalt wurde durch Irrenfürsorge- und Polizei-Verwaltungsgesetze (z.B. in Preußen 1931), die von Rechtsbrechern durch die Einführung von »Maßregeln der Sicherung und Besserung« – in dieser Reihenfolge – im Strafgesetzbuch (1934) normiert.

Nach der Zeit der nationalsozialistischen forcierten Vernichtung von psychisch kranken Menschen begann die Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg damit, für diese Personen einen Besserungs-, wenn nicht gar einen Heilungsauftrag für sich zu reklamieren. Neu entwickelte Medikamente brachten einen Schub Hoffnung hierzu auf den Weg. Die Länder schufen Psychisch-Kranken-Gesetze, die außer dem Schutz der Allgemeinheit auch Hilfen für die Betroffenen versprachen. Im Maßregelrecht trat ab 1975 – pa-

rallel zur Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete – der Besserungsauftrag prioritär vor die Sicherung. Öffentlich-rechtliche Unterbringungen und Maßregelvollzug wurden medikalisiert. Schließlich wurde 1992 die entmündigende Vormundschaft durch das die Selbstbestimmungsfähigkeit des psychisch kranken oder auf andere Weise beeinträchtigten Menschen stärkende Betreuungsrecht ersetzt.

Stärkung der Patientenrechte seit 2009

Nach rechtlich wirkmächtigen neuen Gesetzen und Rechtsprechungen in den Jahren 2009 und 2011 scheint die Klinik-Psychiatrie sich zu einem Nachdenken über ihre gesellschaftliche Funktion gezwungen zu sehen. 2009 wurde die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) für Deutschland verbindlich, und im Herbst desselben Jahres trat das Patientenverfügungsgesetz in Kraft. Beide Normen stärkten das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen in Behandlungsangelegenheiten erheblich. Der Wille, krank sein oder bleiben zu dürfen, war nun noch deutlicher als bisher schon zu beachten.

Als dann noch im Jahr 2011 das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die zwangsweise Behandlung einer psychisch erkrankten Person aus Fürsorgegründen massiv einschränkte und eine Zwangsbehandlung zum Schutz dritter Personen gänzlich untersagte, zeigten sich Verunsicherungen bezüglich des Selbstverständnisses der Psychiatrie und ihres Auftrags.

Positionen von Experten

In der Stellungnahme Nr. 01 vom 16.01.2012 führte die Fachgesellschaft DGPPN aus: »Durch das Verbot der Behandlung ohne oder gegen den Willen des psychisch kranken Menschen werden [...] Ärzte gezwungen, behandelbaren Menschen wirksame Hilfe vorzuenthalten.«

Und: »Der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie wird die Behand-

lung einer Patientengruppe untersagt, die gerade am meisten davon profitieren könnte, stattdessen wird ihr aufgetragen, nur noch einen Sicherungsauftrag zu erfüllen. Dies [...] idealisiert in zynischer Weise die Rückkehr zur Verwahrpsychiatrie im Selbstbestimmungsinteresse des Patienten.« Und am Schluss dieser ihrer Stellungnahme forderte die DGPPN »eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine erforderliche Zwangsbehandlung auch bei einwilligungsfähigen Patienten, die infolge einer psychischen Störung gefährlich geworden sind und der Verantwortung von Ärzten übergeben wurden.«

Und in der DGSP-Zeitschrift »Soziale Psychiatrie« (2012, Heft 03, S. 13) konnte die forensische Psychiaterin Saimeh unter Verweis auf Haddenbrock schreiben, der »psychisch Kranke« befinde sich im Spannungsfeld zwischen Subjektsein und Objektsein »im Rahmen des fremdbestimmten Heilungsauftrages«, eine Situation, die für die forensische Psychiatrie »ganz besonders« gelte.

Im selben Jahr äußerten sich auch der Psychiater Spengler und der Jurist Koller (Psychiat Prax, S. 313) kritisch zur Entscheidung des BVerfG aus dem Jahr 2011. Inzwischen nähmen betreuungsrechtlich untergebrachte Personen bewusst wahr, dass nicht Ärzte, sondern ein Richter über die Medikation entscheide. Trotz Unterbringung würden »erste Patienten wegen Unbehandelbarkeit ohne Medikation entlassen«. Schließlich sei eine »Psychiatrie ohne Zwang [...] eine uneinlösbare Vision, wenn sie nicht ihren ärztlichen und gesellschaftlichen Auftrag verraten« wolle.

Inzwischen wird deutlich, dass Besserung und Hilfe, um mit einer psychischen Krankheit sozialadäquat zu leben, auch bei »offenen Türen« und sogar in der nichtstationären Gemeindepsychiatrie möglich ist. Für viele psychisch beeinträchtigte Menschen ist mittlerweile sogar ein Leben ohne ärztlich verordnete Psychopharmaka möglich.

Wo führt diese Entwicklung nur hin? Zur Verabschiedung vom Sicherungsauftrag der Psychiatrie?

Der Charité-Psychiater und DGPPN-Vorstand Andreas Heinz scheint im April 2017 bereits die Wende der DGPPN anzudeuten, die erkennen lässt, unter welchen Vorzeichen sich das psychiatrische Versorgungssystem wieder auf die Besserung psychisch kranker Personen – ohne Sicherung – konzentrieren könne: Dies gehe dann, wenn nur noch einwilligungsfähige, also behandlungswillige Personen stationär aufgenommen werden müssten. Wer in Wahrnehmung seiner Autonomie nicht nur eine psychiatrische Diagnostik, sondern gleich jegliche Behandlung ablehne, gehöre nicht in eine psychiatrische Klinik. Wörtlich sagte er (BT-Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, Protokoll 18/144 vom 26.04.2017, S. 13): »Was ist in Situationen, in denen Patienten mit einer Patientenverfügung jegliche psychiatrische Diagnostik ablehnen? Also nicht nur bestimmte Medikamente, sondern jede Diagnostik und auch Psychotherapie? Ich finde, dass die Patienten das Recht haben müssten, nicht in einer psychiatrischen Klinik untergebracht zu werden. [...] Wenn man alles ablehnt, muss man ein Recht haben, nicht in eine psychiatrische Klinik zu kommen.«

Um sich doch weiter und offensichtlich ausschließlich um Behandlung und Besserung kümmern zu können, will sich die (Klinik-)Psychiatrie unter dem Eindruck von Patientenverfügungsgesetz, UN-BRK und Wahrnehmung von Selbstbestimmungsrechten im klinischen Bereich nunmehr wohl von solchen Menschen freihalten, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht behandelt werden (können), bei denen aber auch die freiheitsentziehende Unterbringung (nach PsychKG, BetrRecht oder Maßregelrecht) nicht durch das Gericht oder den Betreuer aufgehoben wird.

In eine ähnliche Richtung dürfte auch die Beobachtung von ärztlichen Äußerungen vor dem BVerfG am 30. und 31.01.2018 zur Fixierung einzuordnen sein: Zahlreiche Ärzte einschließlich des DGPPN-Vorstands Arno Deister plädierten dafür, von der Anordnung von Zwangsmaßnahmen entlastet zu werden und solche Maßnahmen dem Richter zuzuschieben. Der Arzt sei für die Therapie, der Jurist für Zwang und Sicherung zuständig.

Mögliche Konsequenzen

Sollte die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener mit ihrer Auffas-

sung Recht haben, man könne mit einer Willenserklärung bzw. einer Patientenverfügung gemäß § 1901a BGB bei einer polizeilichen Zuführung in eine Klinik nach dem PsychKG auch schon die (Eingangs-)Untersuchung des Gesundheitszustands ausschließen, dann müsste die Klinik diese – nach Einschätzung der Polizei oder der Ordnungsbehörde – die öffentliche Sicherheit gefährdende Person ohne jeden Arztkontakt aufnehmen und verwahren. Oder müsste sie dann als möglicherweise (psychisch-) krankheitsbedingt die öffentliche Ordnung gefährdende Person außerhalb der Psychiatrie, z.B. im Polizeigewahrsam, untergebracht werden? – Bisher wird vertreten, dass bei einer PsychKG-Unterbringung in diesem nicht das Bundesrecht (§ 1901a BGB iVm Art. 31 GG) das Landesrecht bricht, da die PsychKG-Unterbringung als Polizeirecht in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt und deshalb das Land die Duldungspflicht einer Untersuchung auf der Grundlage des Polizeirechts auch gegen die zivilrechtliche Untersuchungssperre des BGB vorschreiben kann.

Fragestellung

Mit anderen Worten: Hat die Psychiatrie noch einen Sicherungsauftrag, und will sie diesen auch noch wahrnehmen – oder eher nicht? Fürchten die (Klinik-)Psychiatrie und die Forensik, sich angesichts anderer etablierter und nichtstationärer Versorgungsformen zu einer Psychiatrie mit Verwahrcharakter zu entwickeln und nur noch für die »schwierigsten Fälle« mit kaum vorhandener Behandlungsmöglichkeit zuständig zu sein?

Oder ist es rechts-, gesundheits- bzw. gesellschaftspolitisch an der Zeit, den Sicherungsauftrag in andere Hände als die der Psychiatrie zu legen oder gleich ganz an den Staat zurückzugeben? Die Frage ist dann, welche anderen Institutionen kämen dafür infrage, oder müssten neue Sicherungs- und Versorgungsstrukturen mit dazugehörenden Einrichtungen und Diensten neu geschaffen werden?

Diskussion im DGSP-Vorstand

Der DGSP-Vorstand nahm sich dieser Diskussion mit großer Intensität an. Die Beiträge waren oft von der jeweiligen beruflichen Sicht geprägt. Sehr wichtig erschien allen, dass das psychiatrische System, ob es jetzt Hilfe und Unterstützung

leistet oder nicht, sich niemals von der Verantwortung für den Menschen mit psychischen Leiden lossagen darf. Auch wenn Hilfe abgelehnt wird, sollten sich die professionellen Kräfte verantwortlich fühlen und zumindest das Hilfsangebot aufrechterhalten bleiben sowie Informationen über Hilfen zur Verfügung stehen.

Eine stärkere Vernetzung aller Akteure im System sowie das Nutzen von Instrumenten wie Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen können dazu beitragen, Krisen frühzeitig zu erkennen, zu verhindern oder abzumildern, um Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

Die jetzige Situation ist ein Symptom dafür, dass das System auf das Zusammenspiel von ökonomischen Anreizen und die Wahrung der Menschenrechte nicht ausreichend vorbereitet ist. Überfordern die Vorgaben der UN-BRK das psychiatrische Hilfesystem insbesondere an den Stellen im System, wo Psychiatrie Kontrollinstanz ist und den Schutz der Gesellschaft garantieren soll?

Dieser schwierigen Diskussion sollten sich die Fachgesellschaften und Fachexperten sowie auch Experten aus Erfahrung und andere Betroffene und ihre Angehörigen weiterhin sowohl auf gesellschaftspolitischer als auch fachlicher Ebene stellen. Wichtig ist es, Haltungen zu entwickeln und dadurch Handlungsspielräume und Sicherheiten im psychiatrischen Alltag zu erhalten. Die Diskussion sollte vor allem auch in den Teams der psychiatrischen Versorgung auf allen Ebenen geführt werden.

Die Politik kann nur gute Lösungen entwickeln, wenn sie sowohl von Experten der Fachebene als auch von Experten aus Erfahrung sachgerecht unterstützt wird. ■

Dr. jur. Heinz Kammeier

Evangelischer Klinikpfarrer und Jurist. Lehrtätigkeit und Beratung von Sozial-/Gesundheitsministerien und forensischen Kliniken in Angelegenheiten der Gesetzgebung und Organisation sowie Durchführung des Maßregelvollzugs. In der DGSP ist er Mitglied des erweiterten Vorstands und Teilnehmer im »Fachausschuss Forensik«. Er ist Herausgeber des de Gruyter-Kommentars zum Maßregelvollzugsrecht, Mitherausgeber der Zeitschrift »Recht & Psychiatrie« und Autor zahlreicher wissenschaftlicher Beiträge zum Psychiatrierecht und Maßregelvollzug.

Psychiatrie in Bewegung bringen



Wer ist die DGSP?

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist ein unabhängiger Fachverband für psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen aus den unterschiedlichen Feldern der psychiatrischen Behandlung und Versorgung. Die DGSP sieht sich dem »Trialog« verpflichtet und ist auch für Mitglieder aus dem Kreis der psychiatriee erfahrenen Menschen und deren Angehörige offen.

Die DGSP begreift psychisches Leiden im sozialen Kontext. Ihre Mitglieder setzen sich für bessere Lebensbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen und für deren Angehörige ein, und sie engagieren sich für eine vorurteilsfreie Wahrnehmung der Betroffenen in der Öffentlichkeit.

Mehr Informationen unter www.dgsp-ev.de

Zahlreiche Facharbeitsgruppen bieten die Möglichkeit zur aktiven Mitwirkung. Zu psychiatrierelevanten Themen nimmt der Verband Einfluss auf politischer Ebene im Bund und über seine Landesverbände in den Ländern.

Die DGSP veranstaltet bundesweite Tagungen zu (sozial-) psychiatrischen Themen. Ihr umfangreiches Fortbildungsangebot richtet sich an Mitarbeitende aus allen Bereichen der Psychiatrie, an Angehörige und Psychiatrie-Erfarene. Die Fach- und Mitgliederzeitschrift der DGSP »Soziale Psychiatrie« erscheint vier Mal im Jahr und berichtet über aktuelle Themen der Sozialpsychiatrie.

Der Verband ist Mitbetreiber der Internetplattform www.psychiatrie.de. Die DGSP finanziert sich größtenteils über industrieunabhängige Spenden und Mitgliedsbeiträge.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
Fax: (0221) 52 99 03
E-Mail: info@dgsp-ev.de
Internet: www.dgsp-ev.de

Redaktion:

Patrick Nieswand, Tel.: (0221) 51 10 04
E-Mail: patrick.nieswand@dgsp-ev.de

Layout:

Gabine Heinze/TOUMAart, Leipzig

Herstellung:

Neumann Druck, Tullastr. 1, 69126 Heidelberg

Titelfoto: upixa/shutterstock.com

Januar 2019

Redaktionsschluss: Dezember 2018