



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

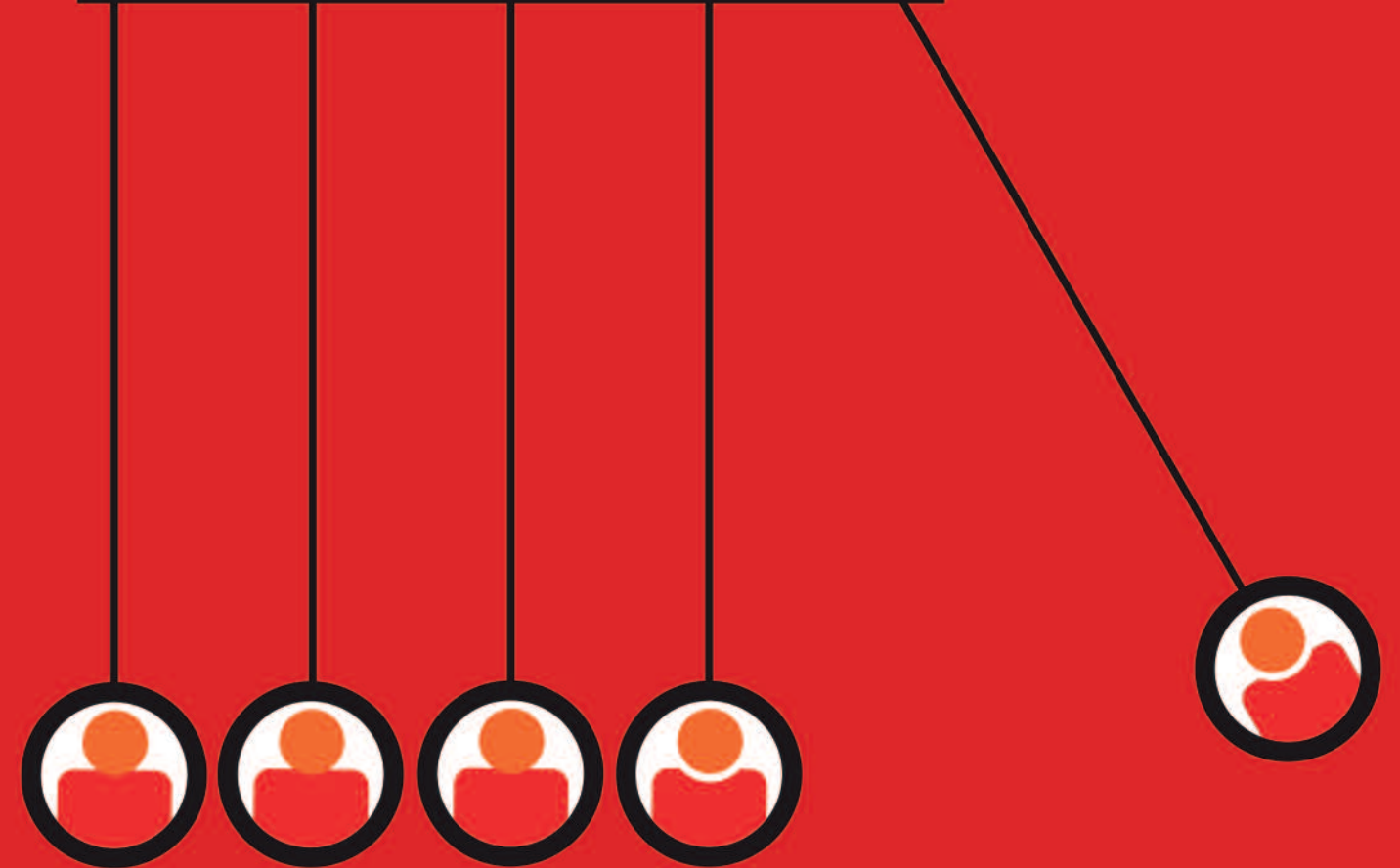
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02

Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.dgsp-ev.de



denk-an-stöße

**Grundsätze
Kontroversen
Ziele**



Denkanstöße der DGSP – der Rahmen

Mit den Denkanstößen legt die DGSP ein Papier vor, welches ausdrücklich als ein Arbeitspapier gemeint ist, das Anstöße zum Denken, zur Reflexion, aber auch zum Handeln geben soll.

Wir sind der Überzeugung, dass 40 Jahre nach Beginn der Psychiatriereform in Deutschland die Sozial- und Gemeindepsychiatrie sich (wieder) zunehmend nicht nur fachlich, sondern auch politisch in die Diskussion einmischen muss. Hierbei ist uns bewusst, dass dies nicht nur in einem kommunalen oder auch nationalen Kontext geschehen kann, sondern dass globale oder auch europäische Entwicklungen und Prozesse berücksichtigt werden müssen, da diese großen Einfluss auf unsere Lebensbedingungen in unseren Sozialräumen und interpersonellen Beziehungen haben. Damit beeinflussen sie auch, wie gemeindepsychiatrische Hilfen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe organisiert, und wie gemeindepsychiatrische, das heißt: lebenswelt- und sozialraumorientierte Hilfen, professionelle personenzentrierte „Interventionen“ und Beziehungen zu den Menschen in ihrem Umfeld gestaltet werden.

Für die Sozial- und Gemeindepsychiatrie stellen sich Herausforderungen, die durch globale Entwicklungen einer zunehmenden Neoliberalisierung und Ökonomisierung sowie durch kriegerische Auseinandersetzungen in einer multipolaren Welt gekennzeichnet sind. Es gibt aber auch gegenläufige Bewegungen. So stellt z.B. die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die an „Inklusion“, Teilhabe und den Rechten psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen orientiert ist, eine wesentliche Grundlage für eine zukünftige Gestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen dar.

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Folgen der gegenwärtigen globalen Entwicklungen sind für alle zu spüren und stoßen uns an! Sie zeigen sich insbesondere in folgenden Bereichen:

– Gesellschaftliche Ungleichheit

In der Folge der globalisierten, neoliberalen Entwicklung ist die Welt und auch unsere Gesellschaft von zunehmender Ungleichheit geprägt. Für viele Regionen, Stadtquartiere und – vor allem – Menschen bedeutet dies Arbeitslosigkeit, Armut und gesellschaftliche Exklusion. Sozialwissenschaftliche und -epidemiologische Befunde belegen, dass hiermit ein erhöhtes Risiko einhergeht, „Lebenskompetenzen“ einzubüßen sowie psychische Erkrankung und Beeinträchtigung zu erfahren. Für die DGSP bedeutet dies politisches Engagement, aber auch eine Herausforderung an die fachliche Ausgestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen.

– Multikulturelle Gesellschaft

Globale Ungleichheit und – vor allem – kriegerische Auseinandersetzungen bewirken eine Migration in die deutsche Gesellschaft durch Flüchtlinge und Migrantinnen/Migranten. Gesellschaft ist hierdurch zunehmend multikulturell und von Diversität gekennzeichnet und damit vor neue Herausforderungen und ggf. Konflikte gestellt. Hieraus ergeben sich Konsequenzen, die für eine sozialpsychiatrische Theoriebildung und Konzeptentwicklung ebenso relevant sind wie für die Ausgestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen, die sich auch zunehmend auf Menschen mit Migrationshintergrund (Diversity und Interkulturalität) ausrichten müssen.

– Sozialstaat

Der deutsche Sozialstaat steht angesichts der Entwicklungen vor Herausforderungen, die durch Ökonomie, Soziokultur, Demografie und europäisch-internationale Verflechtungen induziert sind. Zu beobachten ist eine zunehmende „Liberalisierung“ des Sozialstaates, die dem Individuum und seinen sozialen Netzen die Bürden der Kompensation gesellschaftlicher Ungleichheit zumutet und zugleich seine Leistungen zunehmend unter das Diktat „ökonomisierter“ Leistungserbringung stellt. Hierdurch drohen nicht nur lebensweltliche, solidarische Formen der Hilfe unter Druck zu geraten, sondern auch institutionelle, professionelle Formen der Hilfe, wie z.B. psychiatrische Krankenhausversorgung, rehabilitative Hilfen sowie Hilfen zur Teilhabe.

– Kultur und Subjekt

Die geschilderten Entwicklungen haben Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen der Menschen untereinander sowie auf jedes Individuum. Das „Soziale“ verändert sich! Der seit vielen Jahren zu verzeichnende gesellschaftliche Trend zur „Individualisierung“ droht unter dem Druck der „Liberalisierung“ seine emanzipatorische Kraft zu verlieren und durchdringt zunehmend das soziale Leben, die Beziehungen der Menschen untereinander sowie auch das Bild, das Menschen von sich und ihren Bezügen haben. Individualisierung wird verstärkt und „Arbeit“ an der eigenen Identität wird zu einem lebenslangen Prozess. Im Zusammenhang mit Interkulturalität ist dies eine besondere Herausforderung der Sozialpsychiatrie in theoretisch-konzeptioneller Hinsicht wie auch in der Gestaltung von regionalen Hilfesystemen und – vor allem – therapeutischer Konzepte und Programme.

Die emanzipatorische Unterstützung bei der je eigenen Identität bzw. Subjektivierung wird zu einer Kernkompetenz sozial- und gemeindepsychiatrischer Arbeit. Für die Profis ist hierbei entscheidend, eine grundsätzlich gleichberechtigte zwischenmenschliche Beziehung zuzulassen. Das bedeutet auch, über strukturelle Macht zu reflektieren und zu lernen, wirklich zuzuhören, um subjektive Wirklichkeiten in ihren Kontexten zu verstehen.

Hintergrund:

Vor nunmehr mehr als 40 Jahren hat die Psychiatrie-Enquete 1975 die „elenden und menschenunwürdigen Bedingungen“ der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen beklagt und eine „gemeindeorientierte“ Versorgung gefordert. Die Stunde der Gemeindepsychiatrie war gekommen. Sie erhielt ihre Entwicklung durch die „Empfehlungen der Expertenkommission 1988“, die die „vernetzten, gemeindeintegrierte“ Versorgung durch einen gemeindepsychiatrischen Verbund forderte. 1994 wurden der „Trialog“ und damit der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen etabliert. Um die Jahrtausendwende wurde der „personenzentrierte Ansatz“ propagiert, der seitdem verbindlich für die Gestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen ist. Die UN-BRK, 2009 von Deutschland ratifiziert, fordert eine „Inklusion“ und an den Rechten (nicht nur) psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen orientierte Politik und Ausgestaltung der Hilfen.

Zwar haben wir heute in vielen Regionen und Städten Deutschlands eine leistungsfähige, ausdifferenzierte Hilfelandschaft etablieren können, aber es gibt auch weiterhin „vergessene Mehrheiten“ (Wohnungslose, Suchtkranke) wie auch die oben genannten Herausforderungen, die es zu berücksichtigen gilt.

Auch die Ambulantisierung – im Zusammenhang mit weiterhin bestehenden gemeindefernen „Heimen“ – ist nach wie vor ein großes Problem.

Beispiel:

- In vielen Regionen sind die ambulanten Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen völlig unzureichend entwickelt. Es fehlen Möglichkeiten der „Integrierten komplexen Behandlung“ (Integrierte bzw. strukturübergreifende Versorgung), der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke, RPK) sowie Einrichtungen und Dienste der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In vielen ländlichen und unterprivilegierten Regionen gibt es kaum noch niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte.
- Dasselbe gilt für die klinische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Die Personalausstattung vieler Krankenhäuser hat sich mittlerweile auf einen Stand von vor über 30 Jahren zurückentwickelt. Die „Personalverordnung Psychiatrie“ ist vielerorts ausgehebelt. Neue Finanzierungsmodelle verschärfen die Situation und sorgen dafür, dass der regionale Versorgungsauftrag ins Hintertreffen zugunsten „lukrativer“ Spezialbehandlung gerät. – Die öffentlichen Gesundheitsdienste (Sozialpsychiatrische Dienste) sind oft personell so ausgedünnt, dass sie ihren Aufgaben der Beratung und Intervention kaum noch nachkommen können. Die „Zwangsunterbringung“ (Psych-KG) sowie die „Geschlossene Unterbringung“ (BGB) sind in vielen Bundesländern, gemessen an den Vorgaben der UN-BRK, noch völlig unzureichend geregelt, so dass die Unterbringungszahlen ständig wachsen. Darüber hinaus hat sich ein regelrechter Markt geschlossener Heimplätze (SGB XI und SGB XII) entwickelt, der derzeit explodiert.
- Die forensische Psychiatrie entwickelt sich zu einem Ghetto, in das zunehmend „unbequeme“ Patientinnen/Patienten abgeschoben werden. Es gibt eine Tendenz zur „Bestrafung der Exkludierten“. Gemeindepsychiatrische Hilfen für Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Flüchtlinge und asylsuchende Menschen sind vielerorts nicht existent. Dasselbe gilt für Menschen, die z.B. wohnungslos sind und durch die „Maschen“ bürokratischer Zuständigkeitsregelungen fallen.

Die DGSP fordert:

Die UN-BRK formuliert Leitlinien, die an den Rechten und der Inklusion psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen orientiert sind. Darüber hinaus gebietet sie, für eine Infrastruktur zu sorgen, die wohnortnah angemessene Hilfen bereitstellt. Aus diesem Grunde fordern wir:

- Das Schlagwort „Inklusion“ muss endlich mit Leben erfüllt werden. Hierzu gehört nicht nur eine hinreichende gemeindepsychiatrische Infrastruktur, die sich an den Erfordernissen eines kooperativen gemeindepsychiatrischen Verbunds orientiert, sondern auch eine sozialräumliche Ausrichtung aller gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen. Hierzu sind infrastrukturelle und, vor allem, personelle Ressourcen erforderlich, die es erlauben, auch vor dem Hintergrund der oben genannten Herausforderung sozialräumlich arbeiten zu können. Zukünftige gesetzliche Regelungen sind so zu gestalten, dass sie die Gedanken der Inklusion und regionaler, sozialraumorientierter Verbundsysteme (gemeindepsychiatrischer Verbund) befördern. Dies gilt für ein Bundesteilhabegesetz ebenso wie für die Krankenhausfinanzierung (PsychVVG). Entsprechende Finanzierungsregelungen der Bereiche sind so zu gestalten, dass sektorübergreifende Kooperationsbeziehungen gefördert werden, unter Einschluss ambulanter integrierter Versorgungsmodelle.
- Nicht nur vor dem Hintergrund zunehmender Migration ist es wichtig, dass sich sämtliche gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen konzeptionell so ausrichten, dass sie auf Inklusion abzielen, eine Exklusion von besonders benachteiligten Gruppen („ambulantes Ghetto“) verhindern und mithelfen, in den Sozialräumen ein solidarisches Miteinander (das beinhaltet: Konfliktregelung) der Menschen zu organisieren. Hierbei ist eine auf „Rechte“ und „Solidarität“ rekurrierende Grundhaltung von großer Bedeutung.
- Vor dem Hintergrund der Inklusion und internationaler Erfahrungen kommt „Peers“, also psychiatriee erfahrenen Menschen, eine wichtige Funktion bei der „Genesungsbegleitung“ von psychiatrisch erkrankten Menschen zu. Aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, dass Genesungsbegleiter (EX-IN) an der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe in den entsprechenden Teams mitwirken. Hierzu sind die Voraussetzungen zu schaffen.
- Die Anti-Stigma-Arbeit darf sich nicht nur in groß angelegten Kampagnen erschöpfen, sondern muss sich in ihrer Stoßrichtung auf konkrete, sozialräumliche Aspekte beziehen.

Die DGSP vertritt eine „soziale“ Psychiatrie. Wir sind der Überzeugung, dass dem „Sozialen“ bei der Genese sowie der Behandlung/Begleitung von psychischer Erkrankung und erkrankten Menschen ein großes Gewicht zukommt.

Aus diesem Grunde fordern wir:

- An den Universitäten und Hochschulen sowie anderen Ausbildungsinstitutionen müssen (nicht nur medizinische) „Lehrstühle“ und Ausbildungsgänge der Sozialpsychiatrie nicht nur erhalten, sondern ausgebaut werden.
- Sowohl die epidemiologische, die behandlungs- und teilhabeorientierte Forschung als auch die Versorgungsforschung muss ausgebaut und mit Ressourcen ausgestattet werden, die es erlauben, mindestens auf internationalem Niveau mithalten zu können.
- Es muss eine regelmäßige Psychiatrieberichterstattung geben, z.B. in Anlehnung an den „Teilhabebericht“ oder „Kinder- und Jugendbericht“ der Bundesregierung.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP ist ein Verband für Menschen, die in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie arbeiten. Auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sind als Mitglieder willkommen und können alle Ämter besetzen. Die DGSP ist ein multidisziplinärer Verband, in dem die Entwicklung der sozial- und gemeindepsychiatrischen Hilfen im Vordergrund steht – ohne eigene „Provider Interests“.
- Die DGSP bezieht Positionen, wo es um sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen und auch um individuelle, personenbezogene oder sozialräumliche Lösungen geht. In den Bundesgremien, aber auch in den Landesverbänden und themenbezogenen Fachausschüssen werden vielfältige Themen inhaltlich tiefgründig, oft kontrovers, aber immer in einer Atmosphäre solidarischer Kultur diskutiert sowie Lösungen entwickelt und Stellungnahmen veröffentlicht.
- Die DGSP ist ein fachpolitisches multiprofessionelles Hilfenetz von und für Profis. Die Diskussion über Hierarchiegrenzen hinweg wirkt für viele befreiend. Hier wird anerkannt, dass gemeindepsychi-

atrische Arbeit sehr befriedigend, aber auch ziemlich anstrengend sein kann. Psychiatrie ist nicht immer „Verhandeln statt Behandeln“. Es ist auch mit „Sachzwang“ oder „Widerstand“ umzugehen, oft bei bescheidenem Lohn und unsicherer Berufsperspektive.

- DGSPler finden ein Forum für ihre Ideen, Diskussionen und gemeinsame Orientierung; sie üben sich im aufrechten Gang und erfahren Wertschätzung. Die DGSP ist gelebte Burnout-Prophylaxe!

TUWAS – mit der DGSP:

Die DGSP braucht engagierte Profis aus jeder Berufsgruppe sowie Menschen, die Lust, Fantasie und Energie haben, über den Tellerrand hinaus zu denken und zugleich „die Geduld der Langmut“ (Luc Chiompi) aufbringen, dass nicht alles morgen passieren muss. Aber: Wir meinen, es darf gerne „brennende Geduld“ sein.

Christian Reumschüssel-Wienert

E-Mail: reumschuessel@paritaet-berlin.de

1. UN-Behindertenrechtskonvention: Rechte psychisch erkrankter Menschen durchsetzen

Daran nehmen wir Anstoß:

Psychisch erkrankte Menschen können vielfach ihre Rechte – trotz aller gegenteiligen Beteuerungen – bis heute nicht wirklich nachhaltig durchsetzen. Dies ist seit vielen Jahren eines der zentralen Themen in der Psychiatrie. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Rechte und den Rechtsschutz bei Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und -medikation sowie bei weiteren freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wie z.B. Fixierungen. Dabei existieren bereits gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung festlegen. Neben Art. 3 des Grundgesetzes stellt die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) klare Anforderungen an die Einhaltung der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zum Teil hat dies inzwischen dazu geführt, dass in vielen Bundesländern die Psychiatriegesetze zur Regelung von Zwangseinweisung und Zwangsmaßnahmen geändert wurden bzw. zur Änderung anstehen.

Hintergrund:

- Die UN-BRK wurde in einem langwierigen Prozess in Zusammenarbeit von gleichberechtigten Partnern, mit Fachexperten, betroffenen und behinderten Menschen, Experten aus eigener Erfahrung und mit Politikvertretern erarbeitet und ist seit dem 26.03.2009 in Deutschland geltendes Recht – im Range eines Bundesgesetzes. Demzufolge sind der Bund und die Länder verpflichtet, in ihrer Gesetzgebung und ihren Handlungsbereichen die UN-BRK einzuhalten und den Festlegungen konkrete rechtliche Gestalt zu geben. Ihr Grundsatz lautet: Menschen mit Behin-

derung haben die gleichen Rechte wie Menschen ohne Behinderung. Der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung bzw. einer anderen Behandlung, als sie Menschen ohne Behinderung erfahren, ist rechtlich vorzubeugen. Es darf keine Sondergesetze für Menschen mit Behinderungen geben!

- Die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs), die in die Zuständigkeit der Länder fallen, wurden dementsprechend geändert oder müssen noch überprüft werden.
- Im April 2015 fand zum ersten Mal mit Blick auf Deutschland eine Anhörung und Überprüfung der Einhaltung der UN-BRK durch den UN-Ausschuss „Committee on the Rights of Persons with Disabilities“ statt. Dabei wurde die Bundesrepublik Deutschland in den abschließenden Bemerkungen „Concluding observations on the initial report of Germany“ insbesondere zu den Bereichen „Zwangseinweisung“ und „Zwangsmaßnahmen“ stark kritisiert. Die Rechte von „Menschen mit psychischen Erkrankungen“, die in der UN-BRK als „Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen“ bezeichnet werden, werden nach Ansicht des UN-BRK-Ausschusses im Rahmen der bundesdeutschen Gesetze und speziell in der Praxis der Zwangseinweisung und Zwangsmaßnahmen nicht eingehalten. Die Praxis der Zwangsmedikation und der Fixierung wurde vom Ausschuss sogar als „Folter“ bezeichnet. Der Ausschuss schlug deshalb in seinem Empfehlungsbericht an Deutschland vor, Zwangseinweisung und Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren bzw. ganz abzuschaffen.

- Auch die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie wurde durch den UN-Ausschuss stark kritisiert. Hier wurde insbesondere die Tatsache hervorgehoben, dass die Gesetzgebung Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen anders behandelt als Menschen ohne psychosoziale Beeinträchtigungen.
- Trotz des durch die UN-BRK geschaffenen geltenden Rechts mangelt es in einzelnen Bundesländern nach wie vor an einer konformen Umsetzung der jeweiligen Gesetzgebung zur Hilfe und zum Einsatz von Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen.
- Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die unterschiedliche Interpretation der betreffenden Artikel der UN-BRK (wie vor allem der Art. 12, 14 und 18) hinzuweisen. In der Kritik dieser Artikel wird teilweise sogar von Ausweitung und Verfälschung gesprochen.
- In Deutschland ist inzwischen eine unabhängige Monitoringstelle zur Beobachtung der UN-BRK beim Institut für Menschenrechte in Berlin eingerichtet worden. Die hat eine Überprüfung mehrerer Gesetze vorgenommen und dabei die eindeutige Aussage getroffen, dass bei ihnen eine „Nicht-Konformität“ zur UN-BRK bestehe.
- Die heutige und die zukünftige Psychiatrie muss daran gemessen werden, inwieweit die Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingehalten werden.

Demzufolge ist zu fragen:

- Wird die Gleichstellung der Menschen mit und ohne psychosoziale Beeinträchtigungen in der Gesetzgebung und in der Praxis vollumfänglich umgesetzt?
- Wie sieht die Diskriminierung von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im gesellschaftlichen Leben aus?
- Wird die Forderung nach Inklusion umgesetzt? Wie weit vorangeschritten ist der Prozess der Inklusion?

Auch wenn dies gesellschaftlich nicht gern akzeptiert wird, bleibt die Tatsache anzuerkennen, dass die Psychiatrie immer schon zwei Funktionen wahrzunehmen hatte: die Ordnungsfunktion und die Hilfsfunktion. Damit deckt sie eine Bandbreite zwischen Kontrolle und Fürsorge ab. Ein zentrales Problem in diesem weiten Feld sind die Zwangsmaßnahmen. Eine klinische, stationäre und ambulante Psychiatrie, die aber bei der Ausübung von Zwangsmaßnahmen die Rechte von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung nicht beachtet und einhält, ist auch qualitativ keine gute Psychiatrie. Es ist aber in jedem Fall nachvollziehbar, wie schwierig es für die in der Psychiatrie Beschäftigten ist, mit Zwang umzugehen. Hilfemaßnahmen sind so zu organisieren und gestalten, dass Menschen in akuten Krisen die angemessene individuelle Hilfe erhalten – und dies (möglichst) ohne Zwangsmaßnahmen –, aber auch ohne Gefährdung für das Leben des Menschen in der Krise und ohne Gefährdung anderer Menschen. Konkret geht es darum, Zwangsmaßnahmen als „Ultima Ratio“ zu betrachten, als „unabwendbares Handeln“. Die Schwierigkeiten eines solchen Vorgehens sind allgemein bekannt. In diesem Sinne werden die Diskussionen darüber auch in der DGSP intensiv und kontrovers geführt.

Beispiel:

Auch wenn in einigen Bundesländern infolge der Gesetzgebung für psychisch Kranke (in den PsychK's) die Möglichkeit zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen eingeschränkt wurde, bleibt diese doch weiterhin zur Abwendung von „Notfällen“ möglich und zulässig. Diese Notfallpraxis birgt im Sinne der UN-BRK einen kurzfristigen zeitlichen Spielraum, der medizinisches Handeln priorisieren kann. Das heißt, dass in der Klinik die Definition des akuten Notfalls X vom zuständigen und verantwortlichen Arzt mit der Begründung des Vorliegens einer „Gefahrensituation“ umdefiniert wird. Eine solche Einschätzung ist subjektiv und daher nicht unproblematisch. Auch die Unterbringung psychisch Kranker in einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs wurde durch den Ausschuss der UN-BRK stark kritisiert. Dies insbesondere in Hinsicht darauf, dass Menschen mit und ohne psychosoziale Beeinträchtigungen durch die Gesetzgebung unterschiedlich behandelt werden. Zum Beispiel weiß eine Person, die eine Straftat begangen hat und zu Freiheitsentzug in einer Justizvollzugsanstalt verurteilt wurde, wie lange ihr Aufenthalt dort dauern wird. Dagegen weiß ein Mensch mit einer psychosozialen Beeinträchtigung und daraus resultierender Gefährlichkeit nicht, wie lange er für die gleiche Tat im Krankenhaus des Maßregelvollzugs untergebracht sein wird.

Die DGSP fordert:

- ... die politisch Verantwortlichen aller Parteien in Bund, Ländern und Kommunen dazu auf, die vielfältig noch bestehenden rechtlichen und faktischen Diskriminierungen psychisch erkrankter Menschen zu beseitigen und das international ausgehandelte Recht der UN-BRK gesetzlich umzusetzen und praktisch einzuhalten.
- ... dafür zu sorgen, dass das in der psychiatrischen Versorgung tätige Fachpersonal so gut ausgebildet, aufgeklärt und laufend fortgebildet wird, dass es in den psychiatrischen Behandlungs-, Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen bei der Unterbringung und der Durchführung von Zwangsmaßnahmen reflektiert und angemessen zu handeln versteht. Die Praxis von Macht- und Gewaltausübung durch Mitarbeiter ist nicht mehr hinnehmbar.
- ... dass neue Formen der Mitsprache in den Planungs- und Entscheidungsstrukturen aufgebaut werden: vor allem im kommunalen Hilfesystem (Verbundgremien), in Ausbildung und Forschung. Betroffene, Angehörige und engagierte Bürger sollen dort mit-beraten und mit-entscheiden und ihre Sichtweisen und Rechte selbst vertreten können.
- ... eine menschenrechtsbasierte Psychiatrie, die die Etablierung einer Kultur des Verhandels und der Akzeptanz von Interessen, Wünschen und Bedürfnissen von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen ernst nimmt. Selbsthilfe, Aktivität und Empowerment sind Prämissen, die das professionelle Handeln im Sinne von Menschenwürde, Wertschätzung und Akzeptanz leiten und Beachtung verdienen. Eine solche Haltung ist zu fördern und zu unterstützen.

- ... dass in der stationären wie auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung ausreichende Organisationsstrukturen und Finanzierungskapazitäten geschaffen werden, um die notwendigen Ressourcen an Zeit und Personal vorzuhalten, die es allen ermöglicht, in akuten Krisen angemessen zu handeln.
- ... dass Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen in Krisen, die Zwangsmaßnahmen erfahren, in einer Weise begleitet und unterstützt werden, die ihren Wünschen und Bedürfnissen weitestgehend entspricht. Dabei soll die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ausbleiben, zumindest jedoch auf ein Minimum reduziert werden. Es gibt inzwischen zahlreiche Beispiele dafür, wie auch eine stationäre Psychiatrie im Akutfall ganz ohne oder mit nur wenigen und minimalen Zwangsmaßnahmen auskommen kann (z.B. durch offene Stationen, individuelle Begleitung in der Krise, Deeskalationsmaßnahmen etc.).
- ... dass jeder öffentlichen Darstellung, die eine Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen bedeutet oder eine solche unterstützt, Einhalt geboten wird. Die DGSP fordert ein umfassendes Diskriminierungsverbot und dessen Durchsetzung. In diesem Sinne fordern wir die allgemeine Anerkennung der „Monitoringsstelle“ des Deutschen Instituts für Menschenrechte als kompetente Instanz zur Feststellung der Verletzung von Rechten von Menschen mit Behinderungen.
- ... dass Menschen, die zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung mit sozialen Problemen belastet sind oder ein spezielles Schutzbedürfnis haben, wie z.B. Geflüchtete, aufmerksam und adäquat unterstützt werden. Hier tragen die Politiker Verantwortung dafür, die entsprechenden Ressourcen bereitzustellen.

Die DGSP ist aktiv:

- Sie weist durch Stellungnahmen und bei Anhörungen auf die immer noch bestehende rechtliche und faktische Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen hin.
- Bei Tagungen und Fortbildungen der DGSP wird die unzureichende rechtliche Gleichbehandlung und die fehlende Umsetzung bestehender Rechte und des internationalen Rechts, wie der UN-BRK, immer wieder zentral thematisiert.
- Die DGSP begleitet die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland durch Teilnahme an Anhörungen, z. B. durch die „Monitoringstelle“ des Deutschen Instituts für Menschenrechte. Die DGSP beteiligte sich zusammen mit 80 anderen Verbänden des

Behindertenbereiches an der Erstellung eines Parallelberichtes („Schattenbericht“) für den Ausschuss der UN-BRK.

- Die DGSP nimmt auf Einladung an den Anhörungen des UN-BRK-Fachausschusses in Genf teil. Dort konnte sie bereits zum Thema der Psychiatriegesetze in Deutschland sprechen und Forderungen stellen.
- Der DGSP geht es nicht nur um eine soziale Psychiatrie, um sozialpsychiatrische Kompetenzen und eine gute Behandlung erkrankter Menschen. Es geht ihr auch nicht nur um ein Verhandeln statt Behandeln, darum, Medikamente zu reduzieren oder sie ganz abzusetzen. Es geht um mehr: darum, das Doppelmandat der Psychiatrie (Hilfe und Kontrolle) zu benennen und bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe für eine menschenrechtsbasierte Psychiatrie Sorge zu tragen. Die DGSP tritt weiterhin dafür ein, diese Ziele zu realisieren, und handelt damit im Rahmen der UN-BRK: mit den Menschen und für die Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen.

TUWAS – mit der DGSP:

Die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen zeigt sich im Alltag. Die DGSP sucht Menschen, die sich dafür interessieren und engagieren, im Einzelfall aufmerksam und im öffentlichen Leben deutlich allen Diskriminierungstendenzen entgegenzutreten.

Es gilt, die Betroffenen bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu ermutigen, zu beraten und im Einzelfall bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen, wenn diese selbst dazu nicht in der Lage sind. Die DGSP sucht Personen, die Interesse haben, im Rahmen der Anhörungen und der Begleitung zur Umsetzung der UN-BRK mitzuarbeiten. Dies bereits im Blick darauf, dass das nächste Mal im Jahr 2019 in Genf wieder eine Überprüfung Deutschlands hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK ansteht. Die DGSP wird sich weiter mit dem Thema Menschenrechte für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigen und ihre Forderungen stellen.

Schließlich ist auch gegen die subtile Duldung von rechtlichen Diskriminierungen psychisch erkrankter Menschen – auch und gerade im Kreis von psychiatrisch Tätigen – ein entschiedenes und solidarisches Vorgehen notwendig. Die DGSP versteht sich als Plattform für all diejenigen, die sich diesem Anspruch verpflichtet fühlen.

Patrizia Di Tolla

E-Mail: patrizia.ditolla@unionhilfswerk.de

2. Dialog, Trialog und Offener Dialog: Die dialogische Haltung als sozialpsychiatrische Kernkompetenz

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Adressaten psychiatrischer und psychosozialer Hilfen werden immer noch weitestgehend bei wichtigen Entscheidungsprozessen ausgeklammert. Wesentliches Wissen wird damit nicht oder nur mittelbar und fragmentarisch aufgenommen, Partizipation und Transparenz zugunsten einer paternalistischen Herrschaftsstruktur ignoriert. Hierfür gibt es keine hinreichende Legitimation. Dominatorische Kommunikation und Strukturen beeinträchtigen Empowerment und Recovery, verhindern Inklusion und Teilhabe und begünstigen Chronifizierung und Stigmatisierung! Die wirkliche Begegnung auf Augenhöhe, das offene Gespräch und die gemeinsame Suche nach guten Lösungen, das Interesse an neuen Ideen, die Akzeptanz von subjektiven Lebensentwürfen kennzeichnen die dialogischen Ansätze sowohl im Kontext von Einzel- und Gruppenbezügen, Psychose-Seminaren und Kriseninterventionen im Rahmen des Hometreatments (Offener Dialog) als auch in der partizipativen, integrativen Genesungs- und Teilhabeplanung. Ihre Bedeutung für den Prozess von Selbstbemächtigung und Genesung ist vielfach belegt, dennoch findet im psychiatrischen Alltag die Anwendung wirklicher Dialogik kaum statt.

Hintergrund:

Die Erfahrung mit den Psychose-Seminaren, in denen Psychose-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhelferinnen/-helfer und Psychiatrieprofis in einem Trialog voneinander lernen und neues Wissen generieren, Studien aus Finnland zu Netzwerktreffen in akuten Krisen in Form eines offenen, gleichberechtigten Dialogs aller Beteiligten, die Vervollständigung der Wahrnehmung und die Erweiterung der Handlungsoptionen durch psychiatrienerfahrene Genesungsbegleiter/innen in den Teams – alle diese Ansätze greifen hinlänglich bekannte kollektive Wissensstände auf: Der Mensch ist keine abgeschlossene Entität, sondern steht in vielfältigen Beziehungen, die heilende, aber auch zerstörerische Wirkung entfalten können. Einseitig pathologische Zugänge greifen hier zu kurz. Menschen, die tiefe Selbst- und Beziehungsverletzungen erfahren haben, brauchen anthropologisch orientierte Begegnungen, in denen sie sich angenommen fühlen, in denen der Wille besteht, sich auf einen gemeinsamen Verstehensprozess einzulassen. Auch auf Seiten der Professionellen braucht es Mut, Macht abzugeben und sich auch selbst weiterzuentwickeln (Intersubjektivität). Diese Begegnungen sind verortet im sozialen Raum, in der Lebenswelt des Menschen, weil dieser eben dort bestehen muss, und weil eben dort die Menschen leben, mit denen er zu tun hat. Dies ist die Basis für eine humanistische, demokratische Psychiatrie, wie sie die Sozialpsychiatrie sein will. Doch vielerorts greifen nach wie vor alte Denk- und Handlungsmuster; fortschrittliches Wissen wird ignoriert und kommt nicht zur Anwendung.

Beispiele:

- Team- und Fallbesprechungen finden meist ohne die betroffenen Klientinnen/Klienten statt. Ihre Beteiligung ist im Vorfeld häufig rudimentär, und im Anschluss werden sie mit den Ergeb-

nissen der „Experten“ konfrontiert.

- Hilfeplanung seitens der Leistungsträger findet vielerorts unter Ausklammerung des relevanten Bezugssystems statt, nicht selten unterlegt mit Behördenwillkür und finanzdiktatorischen Zielvorgaben, die am Bedarf und den Bedürfnissen der Klientel und ihrer Angehörigen vorbeigehen. Nicht selten sind Angst und Sorge die Wegbegleiter solcher Planungsprozesse.
- Be-handeln statt Ver-handeln unter dem Diktat von Compliance und Krankheitseinsicht kennzeichnet nach wie vor die Behandlungssituation vieler psychisch erkrankter Menschen.
- Psychiatrie-Erfahrene als Genesungsbegleiter (EX-IN) finden nur zögerlich Zugang in die psychiatrischen und psychosozialen Systeme.
- Psychiatrie-Erfahrene als Beiräte haben oft eher eine Alibifunktion in den Organisationen. Echte Mitbestimmung und Mitwirkung findet in der Regel nicht statt.
- Angehörige sind aus den Prozessen häufig ausgeklammert, obwohl sie in der Alltagsgestaltung sowie im Genesungsprozess eine wesentliche Rolle spielen.

Doch es geht auch anders, und auch dafür ließen sich wegweisende Beispiele aus dem In- und Ausland finden. Man muss nur wirklich wollen: „Nichts über uns ohne uns!“

Dieses Motto der Behindertenrechtsbewegung muss auch in der Psychiatrie des 21. Jahrhunderts endlich Einzug halten, denn: Was gibt uns das Recht, über den anderen in seiner Abwesenheit zu reden und gar über ihn hinweg Entscheidungen zu treffen?

Die DGSP fordert:

- Grundsätzliche Teilnahmemöglichkeit von Betroffenen an allen sie betreffenden Angelegenheiten mit aktiver Beteiligung der von ihnen gewünschten Bezugspersonen.
- Implementierung von Netzwerkgesprächen nach dem Modell des Offenen Dialogs in allen Bereichen der Planung, Versorgung und Behandlung.
- Übernahme des trialogischen Prinzips in die organisationalen und sozialpolitischen Gremien (Beiräte, Besuchskommission, Beschwerdestellen, Psychiatrieplanung).
- Integration von Psychiatrie-Erfahrenen als Genesungsbegleiter und Peer-Counselor in die Teams.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP führt trialogische Fort- und Weiterbildungen durch, u.a. zu den Themen Dialog und Offener Dialog, Empowerment, Umgang mit Beschwerden, Psychoseseminar, Medikation.
- Die DGSP hat einen „Ratgeber“ für die Gründung unabhängiger, trialogisch besetzter Beschwerdestellen herausgegeben.
- Die DGSP bietet multiprofessionellen Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf ihren Tagungen.
- Die DGSP pflegt eine gute Kooperation mit dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK)/Familien-Selbsthilfe Psychiatrie.

- Die DGSP fördert aktiv die EX-IN-Ausbildung.
- Die DGSP engagiert sich in der partizipativen Forschung.
- Die DGSP sucht den echten Dialog mit Politik und Verwaltung.

TUWAS – mit der DGSP:

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

- die Aneignung einer dialogischen Grundhaltung und Methodik,
- die Gestaltung integrierter Genesungs- und Teilhabepanung nach Prinzipien des Offenen Dialogs,

- die Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in ihre Teams und Beiräte,
- den Aufbau unabhängiger Beschwerdestellen vor Ort,
- die Durchführung von Psychoseseinaren,
- die Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen.

René Skischally

E-Mail: r.skischally@bruecke-sh.de

Kennen Sie die Soziale Psychiatrie?

Soziale Psychiatrie ist die Fach- und Mitgliederzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.

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

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

Soziale Psychiatrie enthält Film-, Buch- und Zeitschriftenbesprechungen, Ankündigungen und Kurzmeldungen zu aktuellen Veranstaltungen sowie Stellenanzeigen.

Soziale Psychiatrie erscheint viermal jährlich mit einem Umfang von ca. 68 Seiten. Für DGSP-Mitglieder ist der Bezug kostenlos. Ein Jahresabo kostet 34,- EUR, ein Einzelheft 10,- EUR.



Kostenloses Probeheft anfordern!

DGSP Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltlinger Str. 9 // 50969 Köln // Tel.: (0221) 51 10 02 // dgsp@netcologne.de

SEELISCHE GESUNDHEIT STIFTEN Stiftung für Soziale Psychiatrie

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

Stiftungszweck ist die Förderung

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

Insbesondere gefördert werden sollen:

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

Nähere Informationen zur Stiftung, über Zuwendungen und Zu-stiftungen:
Stiftung für Soziale Psychiatrie
Ansprechpartner: Christian Nieraease
Lameystr. 32 - 68165 Mannheim
Tel.: 06 21 / 41 41 26,
E-Mail: c.nieraease@vodafone.de
www.stiftung-sozialpsychiatrie.de

Zuwendungen an die Stiftung können eingezahlt werden auf das Stiftungs-konto:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE57 3702 0500 0001 3476 00



3. Gesundheit – als Spielball für wen?

Daran nehmen wir Anstoß:

Wer heutzutage als Patientin/Patient eine (nicht nur) psychiatrische Leistung benötigt, sieht sich als „Kunde“ einer hoch spezialisierten und komplex organisierten Gesundheitsmaschinerie gegenüber, die ökonomischer Funktionslogik folgt und den Patienten auf seine Rolle als „Kunden“ reduziert.

Eine zunehmend marktmäßig und kosteneffizient organisierte Gesundheitsindustrie hat Folgen für die Patientinnen/Patienten sowie für die Mitarbeitenden der psychiatrischen Hilfesysteme. Zunehmender Arbeitsdruck, Belastung und Beanspruchung sind bei fortschreitender Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen zu beobachten.

Nicht nur der Psychiatrie liegt oft ein eindimensionales, individualisiertes Krankheitsmodell zugrunde, das sich auf Symptome und Defizite konzentriert. Gesellschaftliche bzw. sozioökonomische Zusammenhänge werden ausgeblendet. Durch diese individualisierte, defizitorientierte Sichtweise wird nicht nur eine „Pflicht zur Gesundheit“ nahegelegt, sondern die Stigmatisierung von Abweichung bzw. nicht Norm entsprechendem Verhalten liegt nahe. Prävention und Gesundheitsförderung kommen in dieser Sichtweise nicht nur zu kurz, sondern werden zu einer Anforderung an „Selbstoptimierung“ und individuellen Lebensstil.

Hintergrund:

Eine sich zunehmend spezialisierende medizinische bzw. psychiatrische Wissenschaft zeitigt nicht nur Erfolge in Therapie und Versorgung, sie birgt auch die Gefahr institutioneller Verengung. Letzteres insbesondere dann, wenn sie einhergeht mit einer wettbewerbsmäßig, nach ökonomischen Effizienzkriterien organisierten Versorgungslandschaft. So sind durch Privatisierungswellen nicht nur im Krankenhausbereich eine Abkehr von gemeindepsychiatrischen Versorgungsprinzipien und eine Spezialisierung hin zu handhabbaren lukrativen „guten“ Risiken zahlungskräftiger Kunden zu verzeichnen. Hierbei bleiben insbesondere schwer und langanhaltend erkrankte bzw. beeinträchtigte Menschen auf der Strecke.

Der an Märkten orientierte Wettbewerb der Krankenversicherungen wird auf dem Rücken armer Menschen mit chronischen Erkrankungen ausgetragen, da diese als „schlechte“ Risiken gelten. Die in der GKV institutionalisierte gesellschaftliche Solidarität wird durch die Institutionen selbst ausgehebelt. Nicht nur chronische Krankheiten werden in ihren Entwicklungszusammenhängen individualisiert. Gesellschaftliche Entwicklungen, die große Ungleichheit produzieren, und Arbeitsbedingungen, die bei erhöhten Anforderungen immer unsicherer werden, werden so ausgeblendet, obwohl sozialepidemiologische Studien das Gegenteil belegen.

Beispiele:

- Die unterschiedlichen Versorgungssysteme mit ihren Bausteinen der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe sind in ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit kaum noch durchschaubar. Dennoch wird oft den Patientinnen/Patienten die Last der Koordination aufgebürdet. „Case-Management“ sollte für Abhilfe sorgen. Diese Hilfe ist aber aus diesem Kontext verschwunden.
- Moderne Versorgungsmodelle, wie z.B. die „Integrierte Versorgung“ (§§ 140 ff. SGB V) sind explizit nicht als Regelversorgung angelegt, sondern als Wettbewerbsinstrument der Kassen mit Zugangsbegrenzung. Schwer erkrankte Menschen werden strukturell ausgeschlossen.

- Gesundheit und Prävention werden heute auf dem Markt gerne als Aktivitätsprodukt angeboten. „Health Tracker“, Wellness-Programme und politische Konzeptionen von „Wellbeing“ haben Hochkonjunktur. Vor allem geht es darum, wie sich der einzelne bestmöglichst aktiv um seine Gesundheit kümmern soll – Selbstoptimierung. Das Individuum wird zur Gesundheit verpflichtet.
- Der Diskurs mit seinem Aktivitätsanspruch weckt Assoziationen zum Recovery- oder Empowerment-Konzept, auf das sich sozialpsychiatrisches Handeln gerne bezieht. Wie viel an Gesundheitsoptimierung und Eigenverantwortung kann dem einzelnen psychisch erkrankten Menschen zugemutet werden, und wo ist Raum für Patientinnen/Patienten, die leiden und betroffen sind von ihrer Erkrankung und den daraus resultierenden sozialen Konsequenzen?

Die DGSP fordert:

- Die Gesundheitsversorgung und damit auch die gemeindepsychiatrischen Hilfen müssen weiterhin solidarisch über Sozialversicherungssysteme finanziert bleiben und dürfen nicht einem wildwuchernden Markt überlassen werden. Die Solidarität findet ihren Ausdruck auch in der Gestaltung kooperativer Verbundsysteme mit regional definiertem Versorgungsauftrag.
- Hieran müssen sich auch Finanzierungsmodalitäten ausrichten. Sie sind so zu gestalten, dass sie untereinander anschlussfähig sind und vor allem, dass schwer und langanhaltend erkrankte bzw. beeinträchtigte Menschen nicht von Leistungen ausgeschlossen werden.
- Patientenrechte dürfen nicht dem liberalisierten Markt geopfert werden. Gerade Psychiatriepatienten und Heimbewohner müssen durch demokratisch legitimierte Gremien geschützt werden. Landes- und Kommunalpolitik muss die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung kontrollieren – sie darf sich nicht aus der Verantwortung stehlen. Hier besteht hoher Handlungsbedarf.
- Gute Qualität in der Psychiatrie ist gefragt! Die Psychiatrie soll sich dem Reduktionismus gegenüber zur Wehr setzen und aufzeigen, dass sie im Interesse ihrer Patienten keine einfachen linearen Lösungen akzeptieren kann. Hier geht es um die Transparenz von Versorgungsqualität, um Dokumentationsaufwand im Krankenhaus- und Gesundheitsversorgungswesen sowie um das Einhalten demokratischer Rechte der Patienten.
- Öffentliche Kontrolle muss durch Nutzerkontrolle ergänzt werden. Die DGSP fördert ein flächendeckendes Netz unabhängiger Beschwerdestellen für Patientinnen/Patienten, Angehörige und Mitarbeitende.
- Gesundheitsförderung und präventives Handeln sind wesentliche Faktoren, um gesellschaftliche Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen abzubauen. Zu fordern ist, dass Gesundheitsförderung und präventive Maßnahmen Vorrang vor kurativen Leistungen und gesellschaftlich mehr Gewicht haben sollen. Krankmachende wie auch gesundheitsfördernde Lebensbedingungen sind zu erkennen, öffentlich zu diskutieren und zu gestalten.

- Die DGSP fordert einen kritisch-reflektierten Einsatz von Neuroleptika in der täglichen Praxis: Alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen müssen ihren Blick durch pharmakritische und industrieunabhängige Fortbildungen schärfen und die Erkenntnisse neuerer Studien bei der Begleitung und Behandlung ihrer Patienten sowie der Verordnung von Medikamenten berücksichtigen.
- Die DGSP fordert psychosoziale Behandlungsformen, die helfen, die Anwendung von Neuroleptika in der Akut- und Langzeittherapie auf das minimal notwendige Maß zu reduzieren. Hierzu gehören aufsuchende und settingübergreifende gemeindepsychiatrische Behandlungsformen, ambulante Möglichkeiten der Körper-, Ergo-, Musik- und Soziotherapie, eine an das finnische Vorbild angelehnte „bedürfnisangepasste Behandlung“ (Need-adapted Treatment) und „Offene Dialoge“ (Netzwerkgespräche), aber auch Soteria-ähnliche und milieutherapeutische Behandlungsformen für den stationären Akutfall.
- Die DGSP fordert die angemessene Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen durch die Krankenkassen. Dabei ist der Grundsatz zu beachten, dass Behandlung und Genesung Zeit und Geduld im persönlichen Miteinander erfordern.

Wir alle sind in der Verantwortung und müssen nach Alternativen suchen!

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP nimmt die zahlreichen Beschwerden von Patienten/Patientinnen und Angehörigen über gravierende Folgewirkungen und die Forschungsberichte über mittel- und langfristig schlechtere Genesungsraten und Todesfolgen bei Neuroleptika-Nutzern sehr ernst.
- Die DGSP hat sich zum Ziel gesetzt, Aufklärungsarbeit rund um das Thema Behandlung mit Neuroleptika und Psychopharmaka

zu initiieren und zu fördern. Der Fachausschuss „Psychopharmaka“ der DGSP, die DGSP-Landesverbände und der DGSP-Bundesverband treiben dies voran: durch Veröffentlichungen, Fort- und Weiterbildungen, Tagungen, Erhebungen und Diskussionsveranstaltungen.

- Die Einbeziehung anderer Fachverbände, insbesondere des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener und des Bundesverbandes der Angehörigen, sowie der Krankenkassen ist uns selbstverständlich. Dabei sind konträre Positionen und eine fachliche Auseinandersetzung erwünscht. Ziel ist nicht die Verteufelung von Neuroleptika, sondern ein problembewusster Umgang damit.

TUWAS – mit der DGSP:

Die DGSP braucht die Unterstützung und Mitarbeit von unabhängigen Ärzten und anderen Kollegen, die kritisch gegenüber Institutionen, Behandlungstraditionen und der Werbung der Pharmaindustrie sind. Wir suchen Erfahrungsberichte aus allen psychiatrischen Berufsgruppen sowie von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, von Patientenbeauftragten und Mitarbeitenden aus dem Beschwerdebereich.

Für den DGSP-Fachausschuss Psychopharmaka:

Renate Seroka

E-Mail: seroka2014@gmail.com

Hinweis: Aktuelle und wichtige Veröffentlichungen zum Thema „Mortalität durch Neuroleptika“ und eine Debatte dazu finden Sie in der DGSP-Verbandszeitschrift „Soziale Psychiatrie“ sowie auf der DGSP-Homepage. Hier ist insbesondere auch die umfangreiche Recherche von Dr. Volkmar Aderhold veröffentlicht, der für seinen Beitrag zahlreiche Studien ausgewertet hat und Alternativen zur gängigen Medikamentenbehandlung benennt.

5. „Gute Arbeit“ für alle!

Daran nehmen wir Anstoß:

Die zunehmenden Belastungen in der Arbeitswelt führen zu einem Anstieg von Krankschreibungen oder Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen (DAK-Gesundheit 2013 u.a.). Krankenkassen reagieren häufig zu spät oder gar nicht auf Krankschreibungen längerer Dauer, so dass Maßnahmen zum Arbeitsplatzergo nicht zeitnah eingeleitet werden. Der allgemeine Arbeitsmarkt ist nicht inklusiv gestaltet. Angebote zur Prävention von psychischen Störungen am Arbeitsplatz werden noch zu wenig gefördert und genutzt. Doch auch die Belastungen durch Arbeitslosigkeit gefährden die psychische Stabilität. Die Arbeitslosenquote von Menschen mit Behinderungen liegt deutlich über der Arbeitslosenquote von Menschen ohne Behinderungen (vgl. Aktion Mensch 2012). Psychiatrische Kliniken scheinen sich immer weniger um den Erhalt der Arbeitsplätze oder die berufliche (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen zu kümmern.

Obwohl spätestens seit den 1960er Jahren immer wieder betont wird, wie wichtig Arbeit und Beschäftigung für die seelische Gesundheit sind, bleiben chronisch psychisch erkrankte Menschen häufig ganz ohne Beschäftigung. Die bestehenden berufsbezogenen Hilfsangebote sind oft wohnortferne, behinderungsspezifische Sonderwelten mit langen Wartezeiten. Sie sind regional häufig nicht ausreichend vernetzt und das Schnittstellenmanagement ist verbesserungswürdig. Zudem werden Menschen mit Mehrfachbehinderungen noch zu wenig berücksichtigt. Die individuelle Förderung bildet eher die Ausnahme. Ressourcenorientierung, Empowerment, Recovery und Partizipation sollten hier stärker berücksichtigt werden. Die Angebote werden in der Regel immer noch „für“ statt „mit“ Menschen gestaltet.

Die Beantragung einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben ist langwierig und komplex. Ihre Bewilligung ist abhängig von der Reha-Prognose zur Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Betroffene, Angehörige und Betriebe beklagen Informationsdefizite bei berufsbezogenen Unterstützungsleistungen. Sie erfahren oft nur durch „Zufall“ oder enorme Eigeninitiative von Möglichkeiten der beruflichen Förderung.

Die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Störungen ist in Deutschland noch wenig wissenschaftlich erforscht. Eine Teilhabeperspektive für den Lebensbereich Arbeit sollte immer Teil von Behandlungs- und Interventionsstrategien sein. Kostenträger und kostenträgerübergreifende Teilhabepflichten müssen ebenso zum Abbau von Barrieren beitragen wie ein breites Spektrum der Rehabilitations-, Qualifizierungs- und Arbeitsangebote.

Hintergrund:

Es ist unumstritten, dass „gute Arbeit“ als sinnvolle Betätigung empfunden wird. Eine Arbeit zu haben, ist in einer Erwerbsgesellschaft ein hohes Gut und Status zugleich. In ihr sind „Geld verdienen“ und „Anerkennung für die eigene Leistung bekommen“ die Basis für Lebensqualität, Autonomie, persönliche Freiheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Arbeit generiert Selbstbewusstsein, stärkt das Selbstwertgefühl, schafft soziale Kontakte, ist strukturgebend und identitätsstiftend.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind in ihrer Teilhabe am Arbeitsleben unterschiedlich stark auf individuelle Hilfeleistungen angewiesen. Die einen haben einen Arbeitsplatz, sind aber z.B. schon länger krankgeschrieben. Sie könnten mit angemessenen und vor allem frühen Hilfen relativ leicht wieder in den Betrieb zurückkehren. Andere – oft mit chronischen Krankheitsverläufen – haben schon lange nicht mehr oder noch nie gearbeitet. Sie brauchen Information und Beratung sowie differenzierte und komplexe Hilfen, um eine ihrem Leistungsvermögen angemessene Tätigkeit zu finden. Hierzu bedarf es häufig der praktischen Erprobung mit psychosozialer Beratung, Begleitung und arbeitsspezifischer Diagnostik, um zu einer individuellen, ressourcenorientierten, realistischen beruflichen Perspektive zu kommen.

Beispiel:

Die Unterstützung muss auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten und entsprechend geplant sowie durchgeführt werden. Dazu dient ein „individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (z.B. der von der Aktion Psychisch Kranke entwickelte IBRP). Jeder soll in diesem Rahmen die Angebote nutzen, die er wirklich braucht und nicht gezwungen sein, langwierige, kostenintensive Pauschalprogramme zu durchlaufen. Die Hilfen müssen deshalb als einzelne Funktionen verfügbar sein, die, wie in einem Baukasten, zu einer individuell angepassten Komplexleistung zusammengesetzt werden.

Wie die Hilfen müssen auch die Arbeitsangebote bedarfsgerecht und der Leistungsfähigkeit entsprechend zur Verfügung stehen. Das reicht von einer sozialversicherungspflichtigen Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (als Minijob, in Teil- oder Vollzeit, ggf. in Integrationsbetrieben) über die Arbeit im geschützten Rahmen einer Werkstatt für behinderte Menschen (ggf. als Teilzeitbeschäftigung oder als ausgelagerte Tätigkeit in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes) bis hin zu erwerbsalternativen Beschäftigungsformen wie Zuverdienst oder ehrenamtlicher Arbeit.

Die DGSP fordert:

- Sicherstellung des Wunsch- und Wahlrechts sowie der Partizipation der Betroffenen bei der Gestaltung von unterstützenden Angeboten und Prozessen (auch in Form von Peerberatung).
- Weiterentwicklung des Hilfesystems zu regional vernetzten, personenzentrierten und ortsnahen Hilfen zur Arbeit; Verbesserung des Schnittstellenmanagements.
- Unabhängige Beratung bezüglich berufsbezogener Hilfsangebote.
- Ermöglichung von Teilzeit-Angeboten des beruflichen Trainings und/oder Qualifizierung.
- Aufklärung zu gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen und spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten von Arbeitsplätzen.
- Ausbau inklusiver Arbeits- und Beschäftigungsformen, bei denen Menschen mit und ohne Behinderung zusammen arbeiten.
- Ausbau der Prävention von psychischen Störungen am Arbeitsplatz.

- Förderung von Forschungsvorhaben im Bereich berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen und/oder seelischen Behinderungen.
- Instrumente der Arbeitsförderung, die individuelle Beschäftigungsformen ermöglichen.
- Nachhaltige und ausreichende Förderung von Betrieben, die Arbeit für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung schaffen, wie Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekte.
- Weiterentwicklung der Werkstätten für behinderte Menschen, z.B. Ermöglichung von Teilzeitarbeit, ausgelagerte Werkstattplätze; Förderung von Zuverdienstprojekten für Menschen, für die eine Tätigkeit in einem Betrieb oder einer WfB nicht infrage kommt.

Sonderwelten sollten bei der Teilhabe am Arbeitsleben so wenig wie möglich, doch so viel wie nötig zum Einsatz kommen und verfügbar sein. Sie bieten für einen gewissen Zeitraum Schutz- und Freiraum zur psychischen Stabilisierung. Über alle Leistungen und Maßnahmen hinweg sollte eine kontinuierliche, individuelle und professionelle Begleitung ermöglicht werden, die Betroffene sowie Betriebe unterstützt. Hierzu wären z.B. die im Sozialgesetzbuch IX bereits formulierten Ansprüche so auszugestalten, dass sie in der Praxis verfügbar sind.

Das Recht auf Arbeit ist ein Menschenrecht. Die sozialpolitischen Verfahren, gesetzlichen Regelungen und die Angebote zur beruflichen Teilhabe sollten so gestaltet sein, dass dieses Recht für alle Menschen mit psychischen Störungen oder seelischen Behinderungen im erwerbsfähigen Alter entsprechend ihrem individuellen Leistungsvermögen gewährleistet ist.

Die DGSP ist aktiv:

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

TUWAS – mit der DGSP:

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

Für den Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung:

Marc Fesca

E-Mail: marc.fesca@pfeiffersche-stiftungen.org

Quellen:

Aktion Mensch. Kein Aufschwung am Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. 27.11.2012.

www.aktion-mensch.de/presse/pressemittelungen/detail.php?id=1494 (22.03.2017)

DAK-Gesundheit. Gesundheitsreport 2013. www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf (22.03.2017)

6. Wer komplexe Probleme hat, hat kaum Alternativen zum Heim, zur fremd organisierten Lebensweise, oder doch?

Daran nehmen wir Anstoß:

Auch heute führen vor allem schwere Beeinträchtigungen und damit verbundene hohe und komplexe Unterstützungsbedarfe häufig dazu, in ein Heim umziehen und damit die eigene Wohnung und die Eigenständigkeit aufgeben zu müssen. Trotz des Ausbaus ambulanter Unterstützungsangebote ist die Zahl wesentlich seelisch behinderter Menschen in Heimen nahezu unverändert geblieben. Leben in einem Heim bedeutet, unter besonderen Umständen die Verantwortung für Teile der eigenen Alltagsgestaltung dem Heimträger bzw. den Mitarbeitenden übergeben zu müssen. Für manche Menschen ist dies hilfreich, strukturgebend und lebenssichernd. Aber auch die Menschen, die eine solche Struktur nicht benötigen, müssen in Heimen eigene Lebensvorstellungen an vielen Stellen den institutionellen Strukturen unterordnen. Eine der Folgen ist der Verlust eigener Kompetenzen und die Schädigung vorhandener persönlicher Ressourcen. Zusätzlich müssen sie fast das gesamte Einkommen und Vermögen einbringen. Wer es noch nicht war, wird arm und vollständig abhängig von Sozialhilfe.

Die Novellierung der Eingliederungshilfe und die Schaffung eines neuen Teilhaberechtes wird u.a. die Trennung von Fachleistung und lebenssichernden Leistungen bringen. Die bisherige strukturelle Unterscheidung von ambulanter und stationärer Hilfeebringung wird damit obsolet. Sie wird, vermutlich, auch die vorrangige Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger stärken, eine alte Forderung der Gemeindepsychiatrie.

Es ist aber zu befürchten, dass Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und komplexem Hilfebedarf, die bisher vielfach in Heimen leben, davon nicht oder nur wenig profitieren. Eingliederungshilfe wird nicht unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt – das Verarmungsrisiko wird bleiben. Unklar bleibt darüber hinaus, wer zukünftig die für manche Menschen lebensnotwendigen Strukturen sichern wird. Ob mit dieser Gesetzesänderung eine Situation geschaffen wird, in der Hilfe, unabhängig vom Leistungsumfang, wirklich nur noch in eigenem Wohnraum erbracht wird, bleibt abzuwarten. Die vorrangige Zuständigkeit von Pflege- und Krankenkassen kann für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen nur dann eine Chance zur Verbesserung sein, wenn in diesen Systemen die erforderlichen Unterstützungs- und Behandlungsleistungen wirklich vorhanden sind.

Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und umfassendem Unterstützungsbedarf haben so gut wie keinen Zugang zu Wohnraum, bzw. oftmals nur mit Unterstützung von Leistungsanbietern. In Ballungsräumen ist bezahlbarer Wohnraum kaum vorhanden. Dies sind Symptome einer immer noch bestehenden grundsätzlichen gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es gilt daher entsprechenden Wohnraum zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig öffentlich zugängliche Räume zu schaffen, in denen Begegnungen von Menschen mit und ohne Behinderung stattfinden können. Der Sozialraum muss so gestaltet werden, dass keine Isolierung in der Lebenssituation als Einzelmietler entsteht, da diese nicht gesundheitsfördernd wirkt. Am-

bulante Unterstützung unterliegt immer noch der Anforderung, billiger sein zu müssen als die Unterstützung in stationären Hilfen. Dies wird im vorliegenden Gesetzesentwurf des Teilhaberechtes nicht entschärft, und das Wunsch- und Wahlrecht wird eingeschränkt. Die UN-BRK setzt aber als Maßgabe, den Wünschen und Rechten, insbesondere dem Wahlrecht der Menschen mit Beeinträchtigung zu entsprechen und dieses zu respektieren. Heime gelten nach der UN-BRK als Sonder-Wohnformen. Der hohe Grad der Institutionalisierung und der Mangel an alternativen Wohnformen in Deutschland wird von der UN deutlich kritisiert.

Nur wenn das zukünftige Teilhaberecht hier eine realisierbare Stärkung umfassender ambulanter Unterstützung ohne Kostenbegrenzung bringt, werden bisherige Heimbewohnerinnen/Heimbewohner wirklich davon profitieren.

Völlig inakzeptabel ist nach wie vor die Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen jeden Lebensalters in Pflegeheimen, da ihnen damit die berechtigten Ansprüche auf Teilhabechancen verwehrt werden. Dies wird durch das neue Teilhaberecht weiter verschlechtert, wenn die Vorrangigkeit der Pflege zur Eingliederungshilfe im Bundesteilhabegesetz nicht aufgegeben wird. Der Verweis auf die Vorrangigkeit anderer Sozialleistungen vor dem Teilhaberecht lässt nicht nur Gutes vermuten.

Hintergrund:

Seit der Psychiatrie-Enquete wurden zahlreiche Versorgungsstrukturen im klinischen wie im ambulanten Behandlungsbereich differenziert ausgebaut. Manche nachfolgende Veränderungen in Wohnheimen und gemeindepsychiatrische Unterstützungssysteme (Stichwort: Dezentralisierung, Ambulantisierung) sind gefährdet. Der ökonomische Druck unterstützt die Erhaltung von großen Wohnheimen (Komplexangeboten), weil stationäre Einrichtungen leichter zu organisieren und zu finanzieren sind. Zudem unterliegen ambulante Hilfen dem Mehrkostenvorbehalt des SGB XII, und das Wunsch- und Wahlrecht soll zukünftig auf die billigste Hilfe beschränkt werden. Diese im neuen Teilhaberecht verschärfte Regelung wird die Situation verschlechtern.

Heime werden vom gesamten klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgungssystem als einfache Lösung für komplexe Unterstützungsbedarfe genutzt. Auch dadurch gibt es keinen Druck, den Mängeln in ambulanten Hilfen und umfassenden Unterstützungsleistungen sowie bei der Bereitstellung von angemessenem Wohnraum konsequent abzuwenden.

Auch die Renaissance geschlossener Wohnheime (SGB XII und XI) zeigt, dass kaum offene Alternativen für die am schwierigsten zu unterstützenden Menschen entwickelt werden. Die Einbindung von Heimen in regionale Versorgungsstrukturen ist nicht überall gesichert. Die kommunale Verpflichtung zur Daseinsvorsorge besteht aber gegenüber allen Bürgern, völlig unabhängig von Erkrankungen oder Behinderungen.

Beispiel:

Bis heute bestehen noch Heime „auf der grünen Wiese“ ohne die Möglichkeit einer Gemeindeintegration. Insbesondere in ländlichen Regionen nimmt deren Zahl wieder zu, weil gute Modelle für die ambulante Versorgung fast nur für Ballungsräume entwickelt werden. Nach einem Aufenthalt in Heimen, die oftmals in einer eher attraktiven Wohnlage liegen, müssen Klientinnen/Klienten motiviert werden, in manchmal auch problematische Wohngebiete zu ziehen, wo überhaupt bezahlbare Wohnungen zur Verfügung stehen. Aber selbst aus diesen relativ gut ausgestatteten Regionen werden Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen in Einrichtungen außerhalb verlegt.

Die DGSP fordert:

- Regionale ambulante Versorgung und Unterstützung muss besonders in ländlichen Regionen ausgebaut und entwickelt werden. Erfahrungen aus den Städten müssen ausgewertet und entsprechend angepasst werden. Ambulante Versorgung muss bedarfsdeckend finanziert werden, ihre Strukturen müssen transparent sein.
- Ein geregeltes, transparentes und partizipatives Hilfeplanverfahren ist insbesondere bei wesentlich seelisch behinderten Menschen anzuwenden und fortzuschreiben; die Zielerreichung ist zu überprüfen.
- Aufenthalte in Wohnheimen (oder komplexen Sonder-Wohnformen) sind grundsätzlich zu befristen; Ziel der Unterstützung muss unabhängig von der Intensität der Betreuung für diese Wohnform immer eine eigenständigere Wohnform sein, auch wenn dieses Ziel nicht immer oder nicht kurzfristig zu erreichen ist.
- Da, wo es noch nicht geschehen ist, müssen sich bestehende Heime zum Wohnquartier hin öffnen und für den einzelnen Menschen Wege zum eigenen Wohnraum ermöglichen. Wohnheime müssen Teil des sozialpsychiatrischen Netzwerkes sein, um „durchlässiger“ zu anderen Angeboten zu werden.
- Die Lebenssituation von wesentlich seelisch behinderten Menschen innerhalb aber auch außerhalb von Heimen muss ein öffentliches Thema werden. Das Unwissen darüber verhindert die Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges zur Verbesserung von realen Teilhabechancen und deren Weiterentwicklung.

- Gemeindepsychiatrische Verbünde müssen die Verantwortung und die Verpflichtung für die Steuerung der Versorgung erhalten.
- Die Erfahrungen mit Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen wie Pflegewohngemeinschaften, Hausgemeinschaften etc. müssen auch in der Gemeindepsychiatrie genutzt werden. Es gilt, solche Modelle auszubauen und zu stärken. Dazu müssen die Menschen gefragt werden, wie und wo sie leben wollen.
- Ausreichend Unterstützung, Pflege und Behandlung insbesondere für die schwerstbeeinträchtigten Menschen müssen nach dem Wunsch der unterstützten Menschen überall organisiert werden.

Die DGSP ist aktiv:

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

TUWAS – mit der DGSP

Wir suchen Kolleginnen und Kollegen, die sich mit diesem Thema beschäftigen und an diesem Zustand etwas ändern wollen und die sich besonders für und mit Menschen mit komplexem Hilfebedarf engagieren wollen.

Für den Fachausschuss Wohnen:

Wolfgang Bayer

E-Mail: wbayer@rauheshaus.de

7. Forensik – „Spiel nicht mit den Schmuttelkindern!“

Daran nehmen wir Anstoß:

Der Staat hat den Auftrag, uns, die Bürger, vor den Gefahren zu schützen, die von krankheitsbedingt gefährlichen Menschen ausgehen. Dies betrifft vor allem solche Personen, die psychisch erkrankt, persönlichkeitsgestört oder in ihrer Intelligenz gemindert sind und die aus ihrer Beeinträchtigung heraus mit ihrer Tat andere Menschen erheblich geschädigt oder gar getötet haben. Wenn die juristisch definierte Krankheit die Ursache der Tat war, werden sie vom Gericht freigesprochen, das heißt, nicht oder jedenfalls milder bestraft. Aber wenn und solange sie als gefährlich erscheinen, werden sie in geschlossenen psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht, im Durchschnitt rund acht Jahre lang. Unterschiedlich intensive Therapieangebote ringen mit eintretenden Hospitalisierungsschäden und Deprivationen.

Dabei stehen heute längst andere Wege zur Behandlung psychischer Krankheiten und zur Reduzierung von Gefährlichkeit zur Verfügung. Die allgemeine Psychiatrie hat sich seit der Enquete-Zeit Mitte der 1970er Jahre zu einem geografisch sowie fachlich und institutionell differenzierten Versorgungssystem entwickelt. Eine funktionierende gemeindepsychiatrische Ausrichtung mit selbst übernommener Versorgungsverpflichtung steht den psychisch beeinträchtigten Bürgern mit Kliniken, Tagesstätten, betreutem Wohnen und vor allem ambulanten Diensten zur Verfügung.

Vieles hiervon wird den in der Forensik untergebrachten Personen immer noch mit rechtlichen Atavismen, aus struktureller Beharrlichkeit und vor allem wegen immer wieder auftretender Sicherheitshysterie einer (medialen) Öffentlichkeit, vorenthalten. Es mangelt nicht nur an einer umfassenden Bereitschaft der Gesellschaft, sich auch für ihre krankheitsbedingt gefährlichen Mitglieder verantwortlich zu fühlen, sondern vor allem an Mut und Zivilcourage von politisch und administrativ Verantwortlichen, von den überkommenen Vorgaben des frühen 20. Jahrhunderts Abstand zu nehmen und zu zeitgemäßen, effektiven und würdigen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten überzugehen.

Hintergrund:

Als vor über 80 Jahren das System des Maßregelrechts in Deutschland eingeführt wurde, kam für die damaligen Machthaber nur ein Wegschluss in Heil- oder Pflegeanstalten infrage. Es ging nicht um Besserung, sondern im Kern um Sicherung, – und in der Folge um Vernichtung.

Nach dem Krieg verblieb die Forensik in einer „absoluten Schlusslichtposition im Versorgungsbereich“, wie die Psychiatrie-Enquete es formulierte. Weder die Große Strafrechtsreform des Jahres 1975 noch die im selben Jahr veröffentlichte Enquete trugen zu einer nachhaltigen Verbesserung bei. Die Forensik wurde „medikalisiert“, Krankenhaus- und arztzentrierte Behandlung von Krankheiten traten in den Vordergrund. Die sozialen und Beziehungsaspekte von Gefährlichkeit, deren Reduzierung eigentlich den Hauptzweck dieser strafrechtlichen Sanktionsform bildet, verschwanden fast gänzlich aus dem Blickfeld der Verantwortlichen. Therapeuten, Sachverständige und Gerichte fokussierten sich mehr auf die individuelle Behandlungsbedürftigkeit der untergebrachten Person, als darauf, in welchem sozialen Kontext und mit welchen gemeinwesen-orientierten strukturell wirksamen Ressourcen die Gefährlichkeit sozialadäquat begrenzt werden könnte.

Ein nach zahlreichen Kindebstötungen Mitte der 1990er Jahre einsetzender Sicherheitsdiskurs führte in den folgenden zwei Dekaden zu einer Verdoppelung der strafrechtlichen Unterbringungsanordnungen, zu verzögerten Entlassungen, die überwiegend mit weiterer Behandlungsbedürftigkeit begründet wurden, und dadurch zu einer um das Zweieinhalbfache angestiegenen Inanspruchnahme von stationären, geschlossenen Plätzen in den forensischen Kliniken. Das Sexualdeliktebekämpfungsgesetz, die Aufrüstung bestehender Kliniken zu Hochsicherheitseinrichtungen, Neubauten von Forensiken und die Rekrutierung zusätzlichen Personals (man achte auf den militärischen Sprachgebrauch!) mit den damit verbundenen Kostensteigerungen waren die unvermeidbare Folge. Unter diesen Vorzeichen nimmt es nicht Wunder, dass sich komplementäre oder gar alternative Versorgungs- und Kontrollinstitutionen kaum oder gar nicht herausbilden und entwickeln konnten. Einzig gelang es in einigen Bundesländern oder Teilen davon durch die Initiative und Tatkraft engagierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Forensik erste forensische Ambulanzen zu errichten und – inzwischen erfolgreich – zu etablieren. Und erst recht zögerlich gewinnen teilstationäre Einrichtungen und betreute Wohnformen im Übergang von Langzeitbeurlaubungen zu Bewährungsentlassungen an Bedeutung.

Beispiel:

Ein Teil der langzeituntergebrachten Personen im stationären Maßregelvollzug, insbesondere diejenigen mit Intelligenzminderung seien hier erwähnt, könnte, bei entsprechend vorhandenen Versorgungsstrukturen, in ein außerstationäres, jedoch eng strukturiertes, betreutes und auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen ausgerichtetes Lebensumfeld entlassen werden. Derartige Wohn- und Lebensformen, ausgestattet mit entsprechender forensischer Expertise seitens des Personals, existieren bisher jedoch kaum bis gar nicht.

Die DGSP fordert:

- Maßregelvollzug nicht ausschließlich in einem Krankenhaus: Eine Reform der psychiatrischen Maßregel hat in erster Linie den Verzicht auf eine bisher allein auf die bauliche und organisatorische Struktur des psychiatrischen Krankenhauses festgelegte Zentrierung und Fokussierung zum Ziel.
- Maßregelvollzug als Sozialpsychiatrie: In die künftige Neuausrichtung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB ist die gesamte Breite und Palette der zur Verfügung stehenden sozialpsychiatrischen Versorgungs- und Kontrollmöglichkeiten, möglichst in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund, einzubeziehen.
- Krankenhaus nur soweit wie zwingend erforderlich: Dabei wird das psychiatrische Krankenhaus als „Krankenhaus des Maßregelvollzugs“ seinen Platz für diejenigen behalten (und behalten müssen), die genau einer forensisch-psychiatrischen stationären Krankenhausbehandlung, verbunden mit einer entsprechenden Sicherung, bedürfen. In einem solchen Maßregelvollzugskrankenhaus sind sowohl hochgesicherte, wie geschlossene als auch offene Stationen vorzusehen.

- Ambulanzen im Vollzug – nicht in der Nachsorge: Andere mit der psychiatrischen Maßregel belegte Personen sind durch Einrichtungen und Dienste, wie sie auch der allgemein-psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen, sowie durch spezialisierte forensisch-psychiatrische (dann nicht mehr: „Nachsorge“-)Ambulanzen zu betreuen und in einem an ihrer weiteren Gefährlichkeit orientierten Maß auch zu kontrollieren.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP befasst sich seit Jahren im „Fachausschuss Forensik“, in dem vor allem in der Forensik tätige Personen, aber auch Angehörige und (ehemals) Betroffene zusammenkommen, mit den jeweils aktuellen berufs- und rechtspolitischen Fragen, wie auch mit der Veränderung von forensischen bzw. gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen.
- Der FA Forensik hat eine Reihe von Forderungen und Stellungnahmen zu Fragen der psychiatrischen Maßregel für die DGSP erarbeitet und führt dies bei Bedarf fort.
- Der FA Forensik arbeitet an der Weiterentwicklung von Berufsbild und Aufgabe der Pflege in der Forensik.
- Der FA Forensik bemüht sich um Verständnis und Kooperation mit den Versorgungsinstitutionen der allgemeinen Psychiatrie, insbesondere mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, und hat dabei vor allem betreute Wohnformen und Ambulanzen im Blick.

- Darüber hinaus bieten DGSP und FA Forensik einschlägige Fortbildungen, Tagungen und Workshops an.
- Der FA Forensik betreibt und unterhält im Rahmen der DGSP die Website www.forensik.de, auf der aktuelle Informationen zu Tagungen, Publikationen und zur Rechtsprechung veröffentlicht werden.

TUWAS – mit der DGSP:

Reform braucht den Dialog und die Bewegung. Deshalb sind interessierte Personen, die irgendwie mit der psychiatrischen Maßregel zu tun haben, herzlich eingeladen, sich im Fachausschuss Forensik und darüber hinaus in der DGSP zu engagieren. Es gilt, eine zeitgemäße, effektive und würdige Form der Versorgung und Kontrolle von aus Krankheitsgründen delinquent geworden Personen in einem offenen Gemeinwesen zu gestalten.

Für den Fachausschuss Forensik:

Michael Hechsel

E-Mail: hechsel@aol.com

8. Suchtkrankenhilfe muss sich vom starren Abstinenzdogma lösen

Daran nehmen wir Anstoß:

Das so genannte Abstinenzparadigma hat über Jahrzehnte die deutsche Suchthilfelandschaft bestimmt. Während das traditionelle Suchthilfesystem aus Beratungsstellen, Reha-Fachkliniken und Selbsthilfegruppen Angebote für motivierte Suchtpatienten bereit hielt, blieb die „vergessene Mehrheit“ in der Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfe, in Justizvollzugsanstalten, in der Familien- oder Jugendhilfe oft ohne adäquates Angebot. Wenige Suchtkranke werden in Deutschland sehr gut versorgt, während ein großer Teil unterversorgt ist. Bei den meisten Suchtkranken liegt eine psychiatrische Erkrankung vor, die eine multiprofessionelle und insbesondere mit der Psychiatrie vernetzte Behandlung erfordert. Es fehlt weitestgehend eine aufsuchende Form der Suchtkrankenhilfe; dies werten wir als fehlende Bereitschaft, allen suchtkranken Menschen zu helfen. Kinderarmut in Deutschland muss als berechenbares Risiko für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen eingeordnet werden. Zur Verringerung dieses Risikos fordern wir Investitionen zur Prävention in den Bereichen Erziehung, Schule und Kinder- und Jugendschutz in Kooperation mit den Landesstellen für Suchtprävention. Ein Ausbleiben dieser Investition verstärkt Spaltungsprozesse in der Gesellschaft und wird empfindliche volkswirtschaftliche Schäden nach sich ziehen.

Hintergrund:

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

Beispiele:

- Es darf nicht sein, dass sich ein Klient in der Suchtberatungsstelle zwischen Rehabilitationsbehandlung und Nichtleistung entscheiden muss. Den mehr als 70.000 substituierten Menschen in Deutschland müssen Rehabilitationsangebote ebenfalls verfügbar sein. Diese Menschen müssen ihrem Leistungsvermögen entsprechend Arbeitsangebote erhalten und dafür rehabilitiert werden.

- Viele Selbsthilfegruppen haben das Problem der Rückfälligkeit dermaßen tabuisiert, dass betroffene Menschen ein Zurück in die Gruppe und die Bitte um Hilfe gerade dann nicht wagen, wenn sie diese eigentlich am dringendsten benötigen würden.
- In der ambulanten Eingliederungshilfe herrschen in vielen Gemeinden noch Konzepte vor, Hilfeangebote nur zu gewähren, wenn die Klienten weitgehend stabil abstinenter sind. Konsumierende Klienten, die diese Form der aufsuchenden Eingliederungshilfe besonders benötigen, können deshalb von dieser Pflichtleistung der Kommunen nicht profitieren.
- Chronisch Mehrfachabhängigen darf nicht über die Kürzung der Behandlungszeit, z.B. in stationärer Soziotherapie, die Chance einer hinreichenden Stabilisierung genommen werden. Gerade im Bereich der Eingliederungshilfe soll die besondere Schwere einer Suchterkrankung nicht zum Ausschlussgrund für Integrationsbemühungen werden.
- Die besonders stark in der Wohnungslosenhilfe repräsentierten chronisch Suchtkranken bedürfen einer spezifischen Beachtung und Unterstützung. Eine enge Kooperation zwischen Wohnungsbaugesellschaften, Wohnungslosenhilfe und Suchthilfe ist unabdingbar!
- Obgleich die Bemühungen zur Unterstützung suchtkranker Strafgefangener im Strafvollzug in den letzten Jahren zugenommen haben, werden die meisten Inhaftierten von motivierenden Maßnahmen nicht erreicht. Gerade bei der Vorbereitung der Haftentlassung werden oft bestehende Möglichkeiten eines unterstützenden Übergangs versäumt.
- Aber auch im Vorfeld einer Inhaftierung bleiben sinnvolle suchtspezifische Auflagen und Interventionen die Ausnahme. Abhängige werden immer häufiger forensisch untergebracht, anstatt alle Möglichkeiten in offener Behandlung mit Auflagen auszuschöpfen. Eine bessere Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe ist zwingend notwendig.
- Ein besonderes Problem stellt die für viele Betroffene prekäre Wohnungssituation dar. Bezahlbarer sozialer Wohnraum ist zunehmend weniger verfügbar, Menschen müssen mancherorts bereits bis zu 50 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für Wohnen aufbringen. Eine stabile soziale Reintegration wird damit ad absurdum geführt.

Die DGSP fordert:

- Überall dort, wo Suchtpatienten hilfebedürftig sind, müssen suchtspezifische Hilfeangebote verfügbar sein. Die primäre Beratung von Suchtbetroffenen muss zieloffen verlaufen und neben abstinenzorientierten Konzepten auch Konzepte der Schadensbegrenzung („harm reduction“) und des kontrollierten Konsums bereithalten.
- Suchtkrankenhilfe muss sinnstiftend wirken und jedem, unabhängig von Alter und gesundheitlicher und psychischer Verfassung, individuelle, lebensverändernde Perspektiven aufzeigen. Hoch- und niedrigschwellige suchtspezifische Hilfen müssen sich in einem differenzierten regionalen Hilfesystem zusammenfinden, damit für jeden Hilfesuchenden angemessene Angebote bereitstehen.

- Die Zusammenarbeit der Suchthilfe mit Angehörigen und der Selbsthilfe muss in jeder Region fest verankert sein und durch einen ständigen Austausch eine Transparenz der Konzepte sicherstellen.
- Leistungen zur Teilhabe fokussieren auf chronisch behinderte Menschen und dürfen auch Patienten mit unzureichender Abstinenzfähigkeit oder -bereitschaft nicht ausschließen.
- Suchthilfe braucht Vernetzung zwischen den Schnittstellen verschiedener Hilfeangebote. Kein Bereich darf über die Sucht eines Menschen hinwegsehen. Suchtkranken muss dort, wo sie leben, professionell so begegnet werden, dass Veränderungsmotivation gefördert und zum Ausstieg aus dem Konsum ermutigt wird.
- Selbsthilfegruppen sollten sich mehr für jene Patienten öffnen, die das Alkoholproblem tatsächlich noch nicht bewältigt haben und gerade deswegen in besonderer Weise auf den Zuspruch und die Unterstützung von Menschen angewiesen sind, die aus der Erfahrung eigener Betroffenheit Hoffnungsträger und Wegweiser sein können.

Die DGSP ist aktiv:

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

TUWAS – mit der DGSP:

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

Für den Fachausschuss Sucht:

Thomas Bader

E-Mail: tb.bader@t-online.de



Jetzt Mitglied werden bei der
Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.!

Gemeinsam Psychiatrie in Bewegung bringen

Vorteile

Gemeinsam stark
Engagiere dich auf unseren zahlreichen Tagungen gemeinsam mit Kolleg*innen aus allen Fachbereichen der Psychiatrie für eine soziale und gemeindenähe Psychiatrie.

Gut informiert
Erhalte 4 x jährlich kostenlos die Fachzeitschrift »Soziale Psychiatrie«.

Gut qualifiziert
Profitiere zu vergünstigten Preisen von unserem umfangreichen Fortbildungsangebot.

Bring deine Ideen ein und gestalte Psychiatrie aktiv mit!

www.dgsp-ev.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Zeitinger Str. 9 // 50969 Köln // Tel.: (0221) 51 10 02 // dgsp@netcologne.de

9. Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!

Daran nehmen wir Anstoß:

In der voll- und teilstationären sowie der ambulanten Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt psychotherapeutisches Handeln systematisch zu kurz. Trotz positiver Entwicklungstendenzen haben medikamentöse Behandlungen immer noch einen viel zu großen Stellenwert.

Aufgrund der Ökonomisierung des Gesundheitswesens fehlen vor allem personelle Ressourcen zur Umsetzung psychotherapeutisch orientierter Behandlungsansätze. Zu wenig oder gar keine Berücksichtigung finden die Bedürfnisse und individuellen Ziele sowie die sozioökonomische Lebenssituation der Betroffenen. Eine psychotherapeutische Grundhaltung im Kontext einer verstehenden, die Beziehung reflektierenden, milieuthérapeutischen Arbeit wird noch viel zu wenig vermittelt. Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen bleiben meist von Psychotherapie ausgeschlossen, obwohl inzwischen sowohl von den Therapierichtlinien als auch nach den S-3-Leitlinien solche Behandlungsansätze möglich wären.

Hintergrund:

Psychisch erkrankte Menschen haben oft massive Lebensbrüche zu bewältigen. Sie benötigen Unterstützung bei der Neuorientierung und dabei, diese zu überwinden und in ihre Biografie zu integrieren. Beziehungs- und Bindungsstörungen erfordern im psychiatrischen Alltag einen reflektierten, auf die individuellen Bedürfnisse und Fragen der Betroffenen angepassten Umgang.

Die Verlagerung psychiatrischen Handelns in die Gemeinde hat erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Kompetenz zur Folge. Dennoch findet eine berufsübergreifende psychotherapeutische Basisausbildung so gut wie nicht statt. Auch werden schulenübergreifende psychotherapeutische Weiterentwicklungen für Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen in der Weiterbildung und Regelversorgung noch nicht hinreichend berücksichtigt. Nach wie vor erhalten die Menschen mit den schwersten psychischen Störungen am seltensten psychotherapeutische Hilfen. Die Integration einer psychotherapeutischen Grundhaltung aller in der psychosozialen Arbeit Tätigen ist nach wie vor nicht am Bedarf orientiert und wird unzureichend umgesetzt.

Beispiele:

Einem chronisch psychisch erkrankten Menschen werden in den einzelnen Krankheitsphasen immer wieder Beziehungsabbrüche zugemutet. Viel zu häufig gerät er in akuten Phasen in Kliniken mit biologistischen Behandlungskonzepten. Neben chronischem Personalmangel trifft er auf eine alle belastende und ihn verunsichernde Aufnahmesituation.

Er wird behandelt, statt dass mit ihm verhandelt wird. Bei kurzer Behandlungsdauer und dem defizitären Setting – weitgehend fehlt z.B. noch die Integration sogenannter EX-IN-Mitarbeiter – geht es häufig nur um Symptomreduktion und bessere soziale Anpassung. Wenn er es überhaupt schafft, nach seiner Entlassung psychotherapeutische Hilfen zu finden („... der nicht wartezimmerfähige Patient“), ist diese nach den bisherigen Richtlinien zeitlich begrenzt.

Die DGSP fordert:

- Verbesserte Aus- und Weiterbildung speziell für die Behandlung schwerer psychischer Störungen, sowohl berufsgruppen- als auch schulenübergreifend.

- Entwicklung und Etablierung einer psychotherapeutischen Grundhaltung durch eine Basisausbildung in den multiprofessionellen Teams von psychiatrischen Institutionen, in Heimen und in der ambulanten psychiatrischen Betreuung.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine langfristige, bedürfnisangepasste psychotherapeutische Behandlung in allen Krankheitsphasen und unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuitäten.
- Hilfe und Therapie müssen sich stärker an den Fähigkeiten der Betroffenen orientieren (Resilienz!). Darin sollten die Betroffenen unterstützt und gefördert werden (Empowerment!). Der Genesungsprozess muss mit allen Möglichkeiten und konsequent unterstützt werden (Recovery!).
- Alternative Therapieformen, wie z.B. das „Need-adapted Treatment“ müssen etabliert und unter dem Motto „ambulant vor stationär“ ausgebaut werden.
- Es braucht eine konsequente Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in die Erarbeitung neuer Hilfen und Therapieformen und deren Vernetzung.
- Profis sollen nicht mehr einseitig behandeln, Medikamente verordnen, deren Dosierung bestimmen und anderes mehr, sondern mit den Betroffenen die jeweiligen Behandlungsschritte aushandeln.

Die DGSP ist aktiv:

- In der DGSP gibt es seit 1994 den Fachausschuss Psychotherapie, der die Entwicklung von Konzepten zur Stärkung psychotherapeutischer Kompetenz im Gesamtbereich der psychiatrischen Versorgung vorantreibt.
- Die DGSP bietet seit 2007 eine berufsgruppenübergreifende Fortbildung „Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern“ an.
- Die DGSP organisiert und unterstützt unter anderem Fortbildungen und Fachtagungen, auf denen diese Thematik der Fachöffentlichkeit nahegebracht wird.
- Wir sind als Fachausschuss Mitglied des Dachverbandes deutschsprachiger Psychosentherapie (DDPP) und engagieren uns in diesem.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen:

- Mitstreiterinnen und Mitstreiter aus allen Berufsgruppen, die sich für unsere Arbeit und die Fortentwicklung psychotherapeutischer Konzepte und Therapieformen interessieren und zum persönlichen Engagement bereit sind.
- Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, die mit uns in Erfahrungsaustausch treten und sich ebenfalls engagieren wollen.
- Sozialpsychiatrische Einrichtungen, die Interesse haben an unserer Fortbildung „psychotherapeutische Grundhaltung“.
- Niedergelassene Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die bereit sind, mit schwer und chronisch psychisch kranken Menschen zu arbeiten und auch Erfahrungen einbringen wollen.

Für den Fachausschuss Psychotherapie:

Dr. Ute Merkel

E-Mail: drs.merkel@gmx.de

10. Psychiatrische Pflege im psychosozialen Kontext

Daran nehmen wir Anstoß:

Teams im ambulanten und komplementären Bereich sind zunehmend nicht mehr multiprofessionell zusammengesetzt. Die Spezialisierung und sich abschottende Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen gestaltet sich mehr und mehr nach Versorgungsbereichen und Kostenträgerschaft. Damit wird den Betroffenen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld ein umfassendes, ganzheitliches fachliches Angebot vorenthalten.

Besonders deutlich wird dies an der psychiatrischen Pflege. Als fachlich bedeutsamer Teil wird die Pflege aus multidisziplinären Teams z.B. von Hilfen zur Teilhabe (SGB XII) eliminiert. Andererseits ist die Hilfe als „Behandlungspflege“ (SGB V) oft losgelöst von Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Darüber hinaus ist eine steigende Diskrepanz zwischen einer zunehmenden fachlichen Qualifizierung bis hin zur Akademisierung der Pflege zu verzeichnen und einer zunehmenden Dequalifizierung, der (nicht nur) die Pflege in der versorgungspolitischen Diskussion ausgesetzt ist.

An der Pflege zeigt sich exemplarisch, dass es bei gesundheitspolitischen Fragen längst nicht mehr um Qualität und Qualifikation oder auch den internationalen Vergleich im fachlichen professionellen pflegerischen Expertentum geht, sondern um „billige“ Versorgungsmodalitäten. Professionelle Pflege wird in der Regel nicht als qualifizierte Leistung im Gesundheitswesen bzw. der ambulanten psychiatrischen Hilfen angesehen: „Pflege“ – das können auch gut engagierte empathische Personen mit einer erfahrenen „Haushaltsbeschäftigungsqualität“.

Hintergrund:

Die sozialrechtliche Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege widerspricht der psychiatrisch-pflegerischen Berufsauffassung und dem Versorgungsbedarf insbesondere von psychisch erkrankten Menschen. Pflege ist nicht teilbar, sie geschieht umfassend mit ganzheitlichem Blick auf den Betroffenen und sein Lebensumfeld.

Die Diskrepanz in der Bezahlung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (teilstationär/stationär, komplementär und ambulant) ist häufig ein Hindernis, dass gut qualifizierte Pflegekräfte im ambulanten oder komplementären Bereich arbeiten.

Trialogisches Denken und Multiprofessionalität werden zwar in Hochglanzbroschüren von Kliniken und anderen Einrichtungen hervorgehoben, in einem beruflichen Alltag, der kaum Spielräume zulässt, jedoch wenig gelebt. Eine verengte Sichtweise hat jedoch viele Auswirkungen auf eine dem einzelnen Menschen nicht mehr adäquate und angepasste Alltagsstruktur.

In der pflegerischen Bildung herrscht selbst innerhalb der Pflegeverbände eine gravierende Diskrepanz darüber, welche Qualifikationsniveaus für eine gute psychiatrisch-(pflegerische) psychosoziale Versorgung benötigt werden.

Eine enge Orientierung an ausschließlich ökonomischen Werten und nur privatwirtschaftlichen Sichtweisen verpflichtete Haltung, Sprache und Motivation der handelnden Personen behindert nachhaltig qualitative Entwicklungen, auch der einzelnen Gesundheitsberufe.

Beispiel:

Der Zeittakt, der insbesondere noch im SGB XI eine Rolle spielt, ist für die Pflegeperson und den Patienten/Klienten ein Beziehungspflegevernichtungsinstrument. Diese Vorgabe hat nichts mit bedürfnisorientiertem Handeln zu tun. Pflegequalität wird auf „Abhakpflege“ reduziert. Die Formalien und Vorgaben von den Krankenkassen (wobei es wenige Ausnahmen gibt) bzgl. Nachweisen etc. reduzieren die ambulante psychiatrische Pflege auf Bürokratiewehikel.

Im stationären Bereich werden Pflegepersonen eingespart, so dass es wenige Spielräume in der Ausübung qualifizierter psychiatrischer Pflege gibt. Die Personalfuktuation im stationären Pflegebereich ist enorm. Die Folge: Es sind wenig erfahrene Pflegekräfte im stationären Bereich vertreten, in einer Situation, in der die Verweildauer immer kürzer wird, und fachlich fundierte Hilfe, vor allem auch in kritischen Sachlagen und Zuständen, dringlich erforderlich ist.

Die DGSP fordert:

- Pflege und Pflegekräfte müssen unverzichtbare Bestandteile von multiprofessionellen Teams sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext bleiben und entsprechend bei Planungen berücksichtigt werden.
- Die Pflegeausbildung muss an der Hochschule etabliert werden, um eine entsprechend hochqualifizierte professionelle Pflege in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu sichern.
- Eine gerechtere Bezahlung in den unterschiedlichen Bereichen der psychiatrischen Pflege muss erfolgen.
- Ambulante psychiatrische Pflege muss in allen Bundesländern als ein Versorgungsangebot ambulanter Behandlung etabliert werden.
- Die Fachkraft für psychiatrische und/oder somatische Pflege (staatl. anerkannte Fachkraft, Bachelor etc.) muss die Vollmacht bekommen, die fortzuführende Pflegeversorgung zu verordnen; die diesbezügliche Ärzteverordnungspflicht ist damit aufzuheben.

Die DGSP ist aktiv:

In der DGSP gibt es seit 1979 den Arbeitskreis Pflege, der sich aktiv mit den unterschiedlichsten Fragen der Berufsgruppe auseinandersetzt, Stellung bezieht, Broschüren erarbeitet, Tagungen organisiert und Fortbildungen anbietet.

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP arbeitet an Konzepten mit, die ein trialogisches Miteinander fördern und ganz selbstverständlich, auch in pflegeberuflichen Zusammenhängen, Betroffene aus Erfahrung und Betroffene aus Miterleben einbezieht. Dabei werden Konzepte im stationären Bereich dahingehend überprüft, dass Ver-handeln zur Grundhaltung gehört.

Berufsgruppenübergreifende Teamarbeit ist für uns zentral. Der Arbeitskreis Pflege unterstützt die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung der DGSP. Er bietet ergänzend – gerade für neue pflegerische Mitarbeiter/innen, die aus anderen Disziplinen wechseln – die Fortbildung „Basiswissen Psychiatrische Pflege“ an und gestaltet einmal im Jahr einen Fachtag.

Der Arbeitskreis Pflege arbeitet mit anderen psychiatrischen Pflegeverbänden zusammen, beispielsweise im Verbände-Dialog Psychiatrische Pflege.

11. Krieg – Flucht – Trauma – psychiatrische Hilfen

Daran nehmen wir Anstoß:

Geflüchtete, Schutz suchende Menschen erhalten in Deutschland nur eine minimale, auf das absolut Notwendigste begrenzte medizinische und soziale Versorgung. Es wird ihnen keine Möglichkeit zugestanden, ihre oftmals traumatisierenden Erfahrungen mit Not und Krieg und auf der Flucht mit fachlicher Hilfe aufzuarbeiten. Spätfolgen und Chronifizierungen werden ihnen vom Gesetzgeber bedenkenlos zugemutet. Auch präventive medizinische Maßnahmen schließt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) von vornherein aus. Die Lebensbedingungen in Massenunterkünften und mit unsicherem Aufenthaltsstatus gefährden die psychische Gesundheit dieser Menschen zusätzlich.

Es muss bezweifelt werden, dass das bundesdeutsche Asylrecht verfassungskonform ist und der Genfer Flüchtlingskonvention und den Menschenrechten entspricht. Die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen mit Traumafolgestörungen genügt keinesfalls den Anforderungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen; insbesondere Art. 5 UN-BRK (Diskriminierungsverbot) wird in eklatanter Weise missachtet. Gleichzeitig betont der Gesetzgeber, dass psychische Störungen kein Ausweisungs- oder Abschiebungshindernis darstellen. Politik und Sozialverwaltung stellen geflüchtete Menschen unter den Generalverdacht, psychische Leiden zu simulieren oder zu aggravieren, um der Ausweisung zu entgehen. Ärztinnen und Ärzte werden pauschal verdächtigt, Gefälligkeitsgutachten mit dem gleichen Ziel zu erstellen.

Hintergrund:

Weltweit sind mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Kriege, Bürgerkriege, politische Krisen, aber auch Klimaveränderungen und wirtschaftliche Not zwingen sie, ihre Heimat zu verlassen. Die große Mehrheit bleibt als Binnenflüchtlinge im eigenen Land oder flieht über eine Grenze in ein Nachbarland. Ein geringer Teil nimmt weite und lebensgefährliche Wege in Kauf, um in Europa Schutz zu suchen.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die daran interessiert sind, die psychiatrische Pflege weiterzuentwickeln und ihr eine Stimme zu geben.

Ziel ist die Mitarbeit in allen Gremien der DGSP, damit psychiatrische Pflege mehr zum Bestandteil in der psychosozialen Versorgung wird.

Für den AK Pflege:

Hilde Schädle-Deininger

E-Mail: schaedle-deininger@t-online.de

Wanderungsbewegungen sind heute im Kontext des globalisierten Welthandels und des Klimawandels zu sehen. Niemand verlässt sein Zuhause freiwillig. Lebensgefahr durch bewaffnete Konflikte, existenzielle Not, Perspektivlosigkeit und politische Instabilität dort stehen vergleichsweise großem Reichtum und sozialer Sicherheit hier gegenüber. Es wäre naiv und kurzsichtig, diese Zusammenhänge auszublenken.

Beispiel:

Das Ehepaar K. mit drei Kindern (8, 6 und 4 Jahre alt) kommt im Herbst 2015 aus Afghanistan über die Balkanroute nach Deutschland. Talibankämpfer haben dem vierjährigen Safi in der Tischlerwerkstatt des Vaters eine Hand abgehackt. Unterwegs wurden die Familienmitglieder in Bulgarien als Flüchtlinge registriert. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge prüft deshalb, ob sie dorthin zurückgeschickt werden können. Die drei Kinder leiden unter Schlafstörungen und Angstzuständen, weinen und schreien oft. Die Eltern reagieren überfordert. Ihr Erziehungsverhalten entspricht nicht den Vorstellungen der deutschen Unterstützerinnen/Unterstützer. Sie besuchen den Deutschkurs, können sich aber nicht lange konzentrieren und machen nur kleine Fortschritte. Eine Patenschaft über das „Netzwerk gesunde Kinder“ wird eingerichtet, das Bemühen leidet aber unter der Sprachbarriere.

Die DGSP fordert:

- Die DGSP unterstützt die Positionen von Pro Asyl und Ärzte ohne Grenzen zur europäischen und bundesdeutschen Flüchtlingspolitik. In Not geratenen Menschen ist ohne Ansehen ihrer Person sicheres Geleit und Flüchtlingshilfe zu gewähren. Was diese Menschen zunächst brauchen, ist ein sicherer Ort – auch im Aufenthaltsrechtlichen Sinne – und die Möglichkeit, zur Ruhe zu

- kommen, um sich später in der neuen Umgebung zu orientieren und für sich zukunftsfähige Perspektiven zu entwickeln. Leistungsbeschränkungen unterhalb des Existenzminimums verletzen die Menschenwürde, verursachen zusätzliche seelische Verletzungen und sind unseres Rechtsstaats unwürdig. Beschränkungen der Gesundheitsversorgung durch das AsylbLG sind grundrechtswidrig und müssen aufgegeben werden.
- Geflüchtete Menschen sollen alle notwendigen und angemessenen Hilfen zur Überwindung und Linderung von psychischer Krankheit und Behinderung erhalten. Drohender Erkrankung und Behinderung ist ebenso entschlossen zu begegnen. Zugänge zu entsprechenden Fachleistungen sind möglichst niedrigschwellig anzubieten (Gesundheitskarte). Darüber hinaus sind präventiv wirksame Maßnahmen für die Menschen vorzuhalten, so dass im Vorfeld eine gesundheitliche Gefährdung abgewendet werden kann. Für entsprechende Rechte und deren Durchsetzung gilt es sich einzusetzen.
 - Zu psychosozialer Beratung, Behandlung und Versorgung müssen keine neuen oder Sonderdienste geschaffen werden. Die bestehenden psychiatrischen Hilfen sollen sich in ihrer konkreten Ausgestaltung den besonderen Hilfebedarfen von Migrantinnen und Migranten öffnen. So erfährt Klaus Dörners Forderung eine neue Gestalt: unsere Hilfen stets vom letzten, hilfebedürftigsten Menschen her zu denken. Anderen psychosozialen und sozialen Dienstleistern ist seitens der sozialpsychiatrischen Fachkräfte kollegiale Hilfe in sachgerechter Form anzubieten. Sozialpsychiatrisch Tätige haben – in der Begegnung mit psychisch besonderen Menschen – für sich eine Grundhaltung im Umgang mit „dem Fremden“ gefunden. Im Rahmen von „Suchbewegungen“, die gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten stattfinden, wird nach Sinn- und Bedeutungsgehalt des (z.B. psychotischen) Erlebens und Verhaltens geforscht. Diese professionelle Haltung und Erfahrung ist auch im Umgang mit dem psychisch-sozial leidenden „Fremden“, der aus einer anderen Kultur stammt, verstehens- und lösungsorientiert einzubringen. Kulturelle Vielfalt kann so als Bereicherung und Horizonterweiterung wahrgenommen werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP hat sich in ihrem Positionspapier: „Psychiatrie in der Verantwortung – Menschenwürde achten! Zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden“ zu wesentlichen Fragen und mit fachlichen Forderungen geäußert.
- In der Verbandszeitschrift „Soziale Psychiatrie“ (Juli 2015) mit dem Schwerpunktthema „Flucht, Trauma, Asyl“ wurden Analysen und Erfahrungsberichte veröffentlicht.
- Im Rahmen von Fachtagungen (z.B. „Flucht und Asyl. Psychiatrie in der Verantwortung – wie können wir Menschen nach der Flucht helfen?“, Frankfurt a.M., 2016) und Fortbildungen bietet die DGSP Diskussionsforen zum Thema an.

TUWAS – mit der DGSP:

- Die DGSP wird einen Fachausschuss Migration gründen, in dem sich alle Interessierten kontinuierlich austauschen und engagieren können.
- Die DGSP bietet seit Juni 2016 die einjährige Weiterbildung: „Qualifizierung zu traumazentrierter Beratung in der Sozialpsychiatrie und für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“ an.
- Die DGSP wird sich weiterhin gegen jede Form der Diskriminierung und Ausgrenzung schutzsuchender Menschen einsetzen und sich dem politischen Missbrauch durch Parteien und Rechtspopulisten entschieden entgegenstellen.

Kontakt: DGSP-Geschäftsstelle

E-Mail: dgsp@netcologne.de

12. Die europäische Psychiatriepolitik beeinflussen und von den Nachbarn lernen!

Daran nehmen wir Anstoß:

Wir nehmen Anstoß an der neoliberalen Ausrichtung der EU-Politik und an der Übermacht der wirtschaftlichen Interessenverbände in Brüssel. Internationale Verträge im wirtschaftlichen Bereich (z.B. TTIP und/oder CETA) bergen das Risiko, dass sie negative Auswirkungen auf die Psychiatrie in Europa haben. Psychiatrische Anliegen stehen auf der europäischen Agenda weit unten. Wirtschaftspolitische Ziele und wirtschaftliche Lobbygruppen stehen in Brüssel im Vordergrund. Lobbygruppen für soziale und psychosoziale Ziele haben keine zentrale Rolle. Wir fragen uns, wie weit in Brüssel auch eine Lobby-Arbeit für die Psychiatrie möglich ist. Unsere Einflussmöglichkeiten „von unten nach oben“ erscheinen uns ebenso wichtig wie umgekehrt die „von Brüssel zu uns“. Die Konsequenzen der EU-Politik für die Gesundheits- und Sozialpolitik und die Psychiatrie sind häufig versteckt und intransparent. Globale Pläne und Aktionsprogramme (2020-Strategie der EU) betreffen auch den medizinischen Bereich, ebenso EU-Richtlinien (z.B. zur Medikamentenerprobung). Sie wirken sich ebenso wie TTIP indirekt auf den Psychiatriebereich aus. Direkte Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Mental Health* haben nur den Charakter von bisher nicht verbindlichen Vorschlägen und sind nicht mit Finanzierungsmöglichkeiten ausgestattet. Gesundheit und Soziales bleibt in nationaler Zuständigkeit und wurde vor allem in Griechenland und Portugal Gegenstand radikaler Kürzungen im Rahmen der EU-Austeritätspolitik. So kommt es dazu, dass soziale Werte und Standards noch weiter der wirtschaftsliberalen Logik untergeordnet werden. Der Wert von Gemeindepsychiatrie oder „mehr Prävention“ bemisst sich dann allein daran, ob er das Potenzial menschlicher Arbeitskraft („productive human capital“) in der EU erhöht. Außereuropäische Flucht und Vertreibung sind zum europäischen Problem geworden und haben zu einem komplizierten Gemisch von Öffnung und Abschottung auf nationaler und europäischer Ebene geführt. Das psychische und soziale Leid der Geflüchteten mit der jeweils kulturellen Einbettung stellt eine kaum bewältigte Herausforderung dar.

Hintergrund:

Als DGSP ist es uns wichtig, mit Nachbarn Kontakt aufzunehmen, zu kooperieren und an der Formulierung und möglichen Umsetzung einer europäischen Sozialpsychiatrie mitzuwirken. Es gibt seit Jahren schon wertvolle bilaterale Kontakte zu ähnlich denkenden und arbeitenden Kolleginnen/Kollegen und an psychosozialen Fragen Interessierten in anderen europäischen Ländern. Zusätzlich werden die Organisationen und Gremien auf der EU-Ebene zunehmend wichtig für die Psychiatrie, und es wird notwendig, diese Ebene besser zu verstehen und sich dort einzumischen. Vor einigen Jahren begann die DGSP daher mit Mental Health Europe (MHE)** zu kooperieren, dem im Vergleich zu den großen wirtschaftlichen Lobby-Gruppen kleinen Dachverband für Gemeindepsychiatrie in Brüssel. Die bisherigen Erfahrungen dort zeigten allerdings, dass die Kooperation der DGSP mit MHE (über MHE-Jahrestreffen oder MHE-Ausschüsse) nur einen Teil unserer Ziele abdecken kann. Um den größeren Handlungsbedarf, den wir sehen, zu formulieren und umzusetzen, wurde bei der DGSP-Jahrestagung in Erfurt im November 2013 der DGSP-Fachausschuss Europa gegründet und auch die Jahrestagung 2015 unter das Motto Europa gestellt. Zu jeder Jahrestagung laden wir Vertreter von MHE und europäische Gäste ein, um

gute Kontakte aufzubauen.

Wir wollen selbst Impulse setzen und aktiv europäische Impulse aus Brüssel bei uns aufnehmen: Sei es, wachsam zu sein gegenüber schädlichen wirtschaftsliberalen Impulsen aus Brüssel, welche die schwierigen Folgen der Ökonomisierung bei uns verstärken, oder aufmerksam fortschrittliche gemeindepsychiatrische Impulse wahrzunehmen und zu unterstützen.

Beispiel:

In Deutschland gibt es eine zunehmende Ökonomisierung von Gesundheits-, Pflege- und psychosozialen Diensten, die von europäischen Verträgen, über die gerade verhandelt wird, noch verstärkt würden. Die anstehenden Freihandelsabkommen sollen das Markprinzip weiter durchsetzen und den Markt auch für international operierende Anbieter öffnen. Die Konsequenzen der wirtschaftsliberalen Politik sind schon jetzt überall zu sehen, z.B. im Krankenhaus- und Heimsektor.

Einige gegenläufige und innovative Impulse sehen wir in Brüssel in der stärker als bei uns vorhandenen Ausrichtung auf Prävention, Gemeindepsychiatrie und weitreichende Formen von Mitsprache und Kontrolle für die Nutzer – sowohl bei MHE als auch in einem breiten Feld psychosozialer Lobby-Gruppen, mit denen MHE kooperiert, sowie bei einigen Verantwortlichen in Brüssel (EU-Kommission und Ausschüsse). Auch die neuen Rahmenempfehlungen (Framework for Mental Health and Well Being) geben Anregungen mit attraktiven Praxisbeispielen, Zielen und Analysen, mit denen wir erstmals etwas „für die Basis von Europa“ profitieren können. So soll auch das Internet-Tool „EU-Compass“ den Austausch über die eigene Arbeit mit Partnern in den Nachbarländern ermöglichen.

Die DGSP fordert:

- Das psychosoziale Hilfesystem darf nicht nach den Prinzipien der Marktwirtschaft geführt werden – wir müssen auf europäische Entwicklungen achten, welche diese stärken würden.
- Wir sollten trotz der Übermacht der wirtschaftlichen Lobby-Gruppen auch selbst Lobby-Arbeit zusammen mit anderen deutschen Verbänden und mit Nachbarländern leisten, um unsere Themen voranzubringen und damit auch auf ein sozialer werdendes Europa hinzuarbeiten. Auch im Kontakt mit deutschen EU-Abgeordneten und mit Bundestagsabgeordneten, deren Schwerpunkt Europa ist, können wir etwas bewirken.
- Die Rechte und die aktive Einflussnahme von psychisch erkrankten und psychosozial behinderten Menschen müssen europaweit verwirklicht werden. Hierfür müssen Werte und Standards für eine europäische Sozial- und Gesundheitspolitik realisiert werden, die auch krisengeschüttelte Länder auf solidarische Weise einschließt ebenso wie Menschen, die als Flüchtlinge in Europa Schutz suchen.

Die DGSP ist aktiv:

- Als Mitglied bei „Mental Health Europe“ setzte sich die DGSP in den ersten Jahren der Mitgliedschaft für die Themen De-Institutionalisierung, Prävention, Arbeit für junge Erwachsene, Gerontopsychiatrie und Medikamentenerprobung ein.

- Die DGSP führt ein europäisches Austauschprojekt durch, in dem es um gegenseitiges Lernen geht: um Kennenlernen von Best-practice-Strukturen in verschiedenen Ländern, um einen theoretischen Diskurs darüber (capability approach) und um den Aufbau eines Netzwerks von Kontakten. Auf der Praxisebene wollen wir die europäischen Kontakte und Austauschmöglichkeiten nutzen, die sich schon bieten, und weitere neu schaffen.

TUWAS – mit der DGSP:

- Im Fachausschuss Europa der DGSP können Sie sich mit uns gemeinsam für die o.a. Forderungen einsetzen.
- Sie haben die Möglichkeit zur Kooperation mit MHE und der Kontaktnäpfung zu anderen europäischen Initiativen.

- Sie können eigene europäische Kontakte einbringen oder neue aufbauen und Austauschmöglichkeiten mit den Nachbarländern entwickeln.
- Sie können eigene Impulse und Themenvorschläge einbringen und so die Arbeit des Fachausschusses aktiv mitgestalten.

Für den Fachausschuss Europa:

Dr. Christa Widmaier-Berthold

E-Mail: mcberthold@t-online.de

*** Zuletzt: Joint Action in Mental Health, 2016**

www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action (23. 03.2017)

**** www.mhe-sme.org (23.03.2017)**

13. Menschen mit einer psychischen Erkrankung brauchen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Humanisierung der Psychiatrie mit Beginn der Reform in den 1970er Jahren ist wesentlich verknüpft mit der Verbesserung der professionellen Kompetenz der Mitarbeitenden durch gute Aus-, Fort- und Weiterbildung. Im Zuge des verschärften Kostendrucks der Träger wird in zunehmendem Maße gespart und gestrichen, gerade auch im Bereich von Supervision und Fortbildung. Gleichzeitig

- sollen Behandlung und Hilfen personenzentriert gestaltet werden und damit den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen angepasst sein,
- soll der Sozialraum im Sinne der Behindertenrechtskonvention als inklusiver Lebensraum entwickelt werden.

Ohne kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualifikation psychiatrisch Tätiger ist dieser Anspruch nicht zu erfüllen; es droht eine Verschlechterung der Qualität von Behandlung und Betreuung.

Hintergrund:

Optimale psychiatrische Hilfen verlangen ein abgestimmtes Zusammenwirken aller professionell tätigen Berufsgruppen und unterschiedliche Behandlungsorte, da eine Profession und ein Behandlungs- und Hilfeangebot allein nur unzureichend die notwendigen und umfassenden Hilfen leisten kann. Die Erfahrung der Praxis zeigt: Gemeinsame Haltung, Sprache und Zielorientierung sind Grundvoraussetzung der Kooperation. Solche Qualitäten entwickeln sich am besten im Rahmen gemeinsamer, d.h. berufsgruppen- und institutionsübergreifender Fortbildungen. Psychiatrieentwicklung ist ohne sozialpsychiatrische Bildungsangebote nicht umsetzbar! Ansätze wie Deinstitutionalisierung, personenbezogene Hilfeplanung, Trialog, Sozialraumorientierung, Angebote der Integrierten Versorgung, Maßgaben der Behindertenrechtskonvention stellen neue Herausforderungen an die professionelle Kompetenz der Mitarbeiter. Dies gilt auch für Veränderungen in den Lebenslagen der Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie Multiproblemlagen oder Traumatisierung nach Flucht.

Lernen in und an der Psychiatrie eröffnet neue „psychiatrische Horizonte“, schärft den Blick für „das Große und Ganze“, sensibilisiert die Wahrnehmung für Prozesse der Dehumanisierung und macht so widerständig gegen Rückschritte im psychiatrischen Versorgungsaltag.

Beispiel:

Psychische Erkrankungen verlaufen vielfach krisenhaft und führen im Einzelfall zu wiederkehrenden Klinikaufenthalten. Um den betroffenen Menschen trotz des gegliederten Hilfesystems eine kontinuierliche Behandlung und Begleitung anzubieten, ist außer der spezifischen fachlichen Qualifikation eine gute Kooperation notwendig. Diese basiert auf einer gemeinsamen Grundhaltung und einer guten psychotherapeutischen Kompetenz der behandelnden und begleitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ambulanten wie stationären Behandlungs- und Versorgungsbereich über alle Berufsgruppen und Institutionsgrenzen hinweg.

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

Die DGSP fordert:

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

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP bietet vor dem Hintergrund ihrer vierzigjährigen Erfahrung im Bereich sozialpsychiatrischer Fortbildung eine breite Palette von kurz-, mittel- und langfristigen Fortbildungen an. Neben der Vermittlung neuer Entwicklungen aus Theorie und Praxis und der Möglichkeit, diese umzusetzen, steht die Vermittlung einer sozialpsychiatrischen Grundhaltung im Zentrum der

Fortbildungsangebote. Hier ist insbesondere die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung (SPZA) zu nennen, die neben fundiertem Grundlagenwissen auch Kompetenzen für Führungskräfte vermittelt. Aktuelle Qualifizierungsbedarfe für spezifische Problemstellungen werden durch eine breite Angebotspalette von sozialpsychiatrischen Kurzfortbildungen bedient. Neben diesen klassischen Bildungsangeboten bietet die DGSP auf Bundes- wie Landesebene zahlreiche Fachtagungen an, die sich ebenso als Orte der professionellen Qualifizierung auszeichnen.

- DGSP-Fortbildungen fördern die sozialpsychiatrische (Such-)Haltung*, verhelfen den Teilnehmenden zu einer gesunden Skepsis gegenüber „letzten Wahrheiten“ und rücken so den Menschen wieder in den Mittelpunkt des Interesses. Die Fortbildungsangebote der DGSP bieten ein Forum des Austauschs und der Entwicklung.
- Der Fachausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGSP trifft sich zweimal jährlich zum Austausch und zur Weiterentwicklung der DGSP-Fortbildungen. Außerdem erarbeitet er ein QM-Konzept zur Zertifizierung aller Fortbildungen.

TUWAS – mit der DGSP:

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

Für den Fachausschuss Aus-, Fort- und Weiterbildung:

Marlene Stierl

E-Mail: stierl@t-online.de

Hinweis:

Beratung und ausführliche Informationen über das Fortbildungsangebot der DGSP erhalten Sie in der DGSP-Geschäftsstelle.

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Internet: www.dgsp-ev.de/fortbildungen/kurzfortbildungen

www.dgsp-ev.de/fortbildungen/langzeitfortbildungen

*** Dörner/Plog: Irren ist Menschlich (24. Auflage), Bonn: Psychiatrie Verlag (2017)**

14. Psychiatrische Forschung – wofür, wie und mit wem?

Daran nehmen wir Anstoß:

- Forschung in der Psychiatrie verfolgt mehrheitlich biologisch-psychiatrische Fragestellungen, während die Lebenssituation und die Bedürfnisse von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Angebote und ihren Angehörigen deutlich seltener erforscht werden. Insbesondere die Situation bestimmter Gruppen (z.B. Menschen mit langwierigen Störungen) wird in der Forschung zu wenig berücksichtigt.
- In Deutschland mangelt es an interdisziplinärer Forschung (Psychiatrie/Psychologie/Sozialwissenschaften/Ethnologie/Pflegewissenschaft etc.). Internationale Forschungsergebnisse, die eine Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Beschwerden dokumentieren, werden in der Repräsentation psychiatrischen Wissens in Deutschland nicht hinreichend berücksichtigt.
- Forschung erfolgt in der Regel als Drittmittelforschung, und Forschungsfragen spiegeln auch die Interessen der Förderer (z.B. Träger, Krankenkassen). „Sozialpsychiatrische Grundlagenforschung“ im Sinne einer nicht unmittelbaren Verwertung von Befunden (z.B. Erleben extremer psychischer Krisen und der psychiatrischen Interventionen) wird dagegen in vergleichsweise geringem Umfang gefördert.
- Psychiatrische Forschung ist – wie jede Forschung – interessengeleitet. Gerade in der Verknüpfung mit marktwirtschaftlichen Interessen (z.B. Pharmaindustrie) werden diese Interessen aber nicht immer und hinreichend offen gelegt.

Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Leistungen werden in der psychiatrischen Forschung im Regelfall auf ihre Rolle als Beforschte reduziert. Ihre eigenen Sichtweisen und Interessen hinsichtlich der Ausgestaltung von Forschungsdesigns werden dagegen zu wenig berücksichtigt. Das Potenzial von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Leistungen als aktiv Teilnehmende in der Planung, Durchführung und Auswertung von psychiatrischer Forschung wird zu wenig genutzt.

Hintergrund:

- Psychiatrische Forschung weist ein breites Spektrum von biomedizinischer Forschung über klinische (Therapie-)Forschung und sozialpsychiatrische Versorgungsforschung bis zu epidemiologischer (Ätiologie-)Forschung auf. Psychiatrische Versorgungsforschung gewinnt zunehmend an Bedeutung, dabei ist sie widersprüchlichen Zielgrößen ausgesetzt: Sie zielt auf die Erarbeitung einer bestmöglichen Befundlage (Evidenz), auf den Einsatz wirksamer Behandlungs- und Versorgungsformen (Effektivität) mit einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation (Effizienz) sowie auf eine an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer orientierten Versorgung (Subjektivität).
- Psychiatrische Forschung erfolgt häufig an universitären Einrichtungen/Kliniken und seltener an reinen Versorgungs-Krankenhäusern. Dies steht in umgekehrtem Verhältnis zu den Patientenzahlen und dem Bedarf von Menschen mit längerfristigem Hilfebedarf.

- Das Ansehen universitärer Forschung bemisst sich an der Höhe der bewilligten Drittmittel und der erreichten Impact-Punkte. Weitab vom Mainstream angesiedelte Forschungsfragen (z.B. subjektives Gesundheitshandeln) haben einen geringen Stellenwert. Gute Forschung braucht Zeit, dies wird durch Mittelknappheit, permanentem Zeitdruck und teils prekäre Beschäftigungsverhältnisse erschwert.

Die DGSP fordert:

- Psychiatrische Forschung muss sich in einem gesellschaftlichen Diskurs legitimieren über den zu erwartenden Nutzen für die Betroffenen und Angehörigen (Verbesserung der Lebenssituation nach selbst gewählten Kriterien), für psychiatrische Fachkräfte (Qualifizierung) und für die Allgemeinheit (Wissenszuwachs und Entstigmatisierung, gerechte Verteilung von Ressourcen).
- Angesichts unterschiedlicher Zielgrößen in der psychiatrischen Forschung fordert die DGSP eine größtmögliche Offenlegung aller Forschungsinteressen, insbesondere bei Forschungsförderung durch Pharmakonzerne.
- Die DGSP fordert einen stärkeren Einbezug der Betroffenen, der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Angebote auf mehreren Ebenen (konsultativ – kollaborativ – nutzergeleitet) sowie die Entwicklung von Leitlinien zum Einbezug von Nutzern und Angehörigen. Ihre Beteiligung ist in Form einer gerechten Entlohnung, in Form von Qualifizierungsangeboten und praktischer Unterstützung zu fördern.
- Neben anwendungsbezogener Forschung mit ihrem Fokus auf Evidenz, Effizienz und Effektivität muss auch eine „sozialpsychiatrische Grundlagenforschung“ (z.B. subjektives Erleben) ermöglicht und entsprechend finanziell gefördert werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Der Fachausschuss Forschung der DGSP setzt sich aus Expertinnen/Experten aus Wissenschaft und Forschung (soziale Arbeit, Psychologie, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizin, Soziologie usw.) sowie aus Experten aus Erfahrung zusammen.
- Der Fachausschuss Forschung betreibt in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité und weiteren Kliniken und Hochschulen ein sozialpsychiatrisches Doktorandenkolloquium, in dem Promovierende mit einem Promotionsvorhaben aus dem sozialpsychiatrischen Themenfeld fachliche Beratung, Begleitung und ein Forum für die Diskussion erhalten.
- Auf den DGSP-Jahrestagungen werden Vorträge zu Forschungsthemen sowie ein sozialpsychiatrisches Forschungsforum angeboten.
- Die DGSP verleiht in zweijährigem Abstand einen sozialpsychiatrischen Forschungspreis und einen sozialpsychiatrischen Nachwuchspreis. Diese Preise haben das Ziel, die sozialpsychiatrische Forschung zu fördern.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen aufgeschlossene und neugierige sozialpsychiatrisch Forschende aus allen relevanten Disziplinen, die die Forschungsaktivitäten der DGSP unterstützen.

Für den Fachausschuss Forschung:

Dr. phil. Silvia Krumm

E-Mail: silvia.krumm@uni-ulm.de

15. Raus aus dem Ghetto – eine Stadt für alle! Inklusion leben!

Daran nehmen wir Anstoß:

In einer demokratischen und sozialen Gesellschaft sollte jeder Mensch am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben teilnehmen können. Der „soziale Raum“, das „Gemeinwesen“, bietet die Möglichkeit, Teilhabe und Mitwirkung zu leben. Dies sollte für alle Menschen, auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ohne jede Einschränkung gültig sein. Die kritische Bewertung der Realität führt zu einem anderen Ergebnis. Teilhabe, Partizipation, Leben in Vielfalt findet nicht für alle statt. Die Gemeindepsychiatrie mit ihren Hilfsangeboten für psychisch erkrankte und behinderte Menschen bleibt in der Regel ein exklusivzielgruppenorientiertes, kein für die vorhandene Vielfalt der Menschen offenes Angebot. Die deinstitutionalisierten psychiatrischen Großeinrichtungen sind aufgelöst – stattdessen haben sich gemeindepsychiatrische Einrichtungen etabliert, bilden aber aufgrund ihres institutionellen Charakters eine Parallelwelt für ausschließlich psychisch erkrankte Menschen. Menschen die sich hier nicht einfinden können, geraten oftmals in die Wohnungslosigkeit, manche in die Forensik, andere werden in Pflegeheimen, häufig außerhalb der Zentren, untergebracht. Die Entwicklung der Gentrifizierung in den Städten, extreme Mietpreisteigerung und Wegfall von Wohnungen des sozialen Wohnungsbaus verschärfen die Situation der Bevölkerung ohnehin und für psychisch erkrankte Menschen im Besonderen.

Hintergrund:

„Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ so lautet der Titel des Artikels 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Nach dieser Maßgabe ist jeder Mensch Teil des Gemeinwesens mit dem Recht, Entscheidungen zu seiner Lebensführung autonom treffen zu können. Er muss das Recht und die Möglichkeit haben, inmitten der Gesellschaft zu leben, sich auszubilden, zu wohnen und zu arbeiten. Jede Form der (institutionalisierten) Ausgrenzung ist unzulässig.

Diesem Anspruch sind die Bemühungen der Sozialpsychiatrie bisher nicht gerecht geworden. Haltungen, Routinen, Vorurteile, institutionelle Angebotsformen stellen hierbei für Menschen mit Behinderungen Teilhabebarrrieren dar, die es aufzulösen gilt. Der Sozialraum ist bislang nicht so entwickelt, dass er Raum für Vielfalt, Eigenheiten und Partizipation bietet.

Beispiele:

- „Außen vor statt mittendrin“ beschreibt das Lebensgefühl vieler Menschen mit einer psychischen Erkrankung.
- Es gibt Bürgerzentren für „normale“ Bürger und gemeindepsychiatrische Zentren für Bürger mit einer psychischen Erkrankung. Gelebte Inklusion würde diese Abgrenzungen aufheben – es gäbe dann Bürgerzentren für alle Bürgerinnen und Bürger.
- Viele psychisch erkrankte Menschen ziehen sich in das ambulante gemeindepsychiatrische Ghetto zurück, weil die erlebten Ausgrenzungserfahrungen für sie schmerzhaft sind.
- Menschen mit Behinderungen erleben massive Teilhabebarrrieren insbesondere in den Lebensbereichen Wohnen und Arbeit.

Die DGSP fordert:

- Die gemeindepsychiatrischen Angebote müssen vor dem Hintergrund des Fachkonzeptes Sozialraumorientierung weiterentwickelt werden. Mit entsprechenden Schulungen der Mitarbeitenden in den sozialen, pflegerischen und medizinischen Berufen sollen diese hierzu qualifiziert werden.
- Menschen mit einer psychischen Erkrankung dürfen nicht mehr vorrangig als „störungsbelastet“ wahrgenommen werden, sondern als Personen mit einer Lebensgeschichte und mit Fähigkeiten, die sie in den Sozialraum einbringen können. Die mit dem Konzept der Inklusion propagierte menschliche Vielfalt ist so wesentlicher Teil der Kultur des Gemeinwesens.

- Psychiatrisch Tätige sind aufgefordert, dazu beizutragen, individuelle und systembedingte Hindernisse der Inklusion zu überwinden, d.h. die von Exklusion bedrohten Menschen zu befähigen, Schritte außerhalb der beschützenden Institution zu unternehmen und andere Akteure im Sozialraum für die Belange, Wünsche, Fähigkeiten psychisch erkrankter Menschen zu sensibilisieren.
- Die Hilfeplanung muss über die enge Personenzentrierung hinaus die Aufmerksamkeit mehr auf die Möglichkeiten im Sozialraum fokussieren, ihre Methodik erweitern und sozialraumbezogenes Wissen (wer kann wen, wo und wie einbeziehen?) insbesondere für den nichtpsychiatrischen Bereich entwickeln. Die Fallperspektive ist um die Feldperspektive zu erweitern.
- Die finanzielle Förderung ambulanter psychiatrischer Hilfen muss erweitert werden, um Möglichkeiten der Entwicklung von inklusiven Sozialräumen zu gewährleisten. Modelle des Sozialraumbudgets sind zu erproben und bei erfolgreichem Verlauf zu verstetigen.
- Die materielle Basis der Existenz der Betroffenen ist sicherzustellen, damit Teilhabe überhaupt möglich wird. Denn Teilhabe hängt, wenn auch nicht allein, vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern ab. Die Lebenslagen „Armut“ und „Hartz IV“ begrenzen Teilhabe. Das bedingungslose Grundeinkommen, auf einem Niveau, das ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, ist eine alte Forderung der DGSP.
- Die Sozialraumorientierung darf aber im Gegenzug nicht in das Extrem verfallen, jeden besonderen Schutzraum für Menschen mit einer psychischen Erkrankung infrage zu stellen. Der Wille des unterstützungsbedürftigen Menschen ist auch hier Maßstab für Entscheidungen. Initiativen der Selbsthilfe psychisch erkrankter Menschen sind zu unterstützen und als Kooperationspartner im Gemeinwesen wahrzunehmen.
- Die architektonischen, sozial- und gesundheitspolitischen Instrumente der Städteplanung und Quartiersentwicklung müssen durch wohlüberlegten Einsatz den Ausgrenzungstendenzen entgegenwirken. Aus bürgerrechtlicher Sicht sind hier Partizipationschancen einzufordern und umzusetzen.
- Der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum, insbesondere in den

Zentren, muss verbessert werden; psychisch erkrankte Menschen, z.B. im betreuten Wohnen, dürfen nicht an den Stadtrand abgeschoben werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Als bundesweit tätige Fachgesellschaft setzt sich die DGSP politisch für die Umsetzung der UN-BRK und gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Behinderung ein.
- An der Basis und in ihren regionalen Strukturen befördert die DGSP den Inklusionsgedanken. Beispielhaft sind hier die Einbindung von Erfahrungsexperten (EX-IN) in die Arbeit von Dienstleistungsanbietern oder, im Kulturbereich, die Durchführung von Lesungen und Ausstellungen psychisch erkrankter Menschen.
- Auf kommunaler und lokaler Ebene ergreift die DGSP politische Initiative im Bereich der Stadtentwicklung und Wohnungswirtschaft mit der Zielsetzung, förderliche Lebensräume zu schaffen und für genügend bezahlbaren Wohnraum zu sorgen.
- In Fortbildungsangeboten wird das Fachkonzept der Sozialraumorientierung vermittelt.

TUWAS – mit der DGSP:

- Engagieren Sie sich in den Landesverbänden der DGSP. Dort können Sie sich zusammen mit anderen auf regionaler Ebene kommunalpolitisch einmischen sowie inklusive Maßnahmen und deren Umsetzung befördern. Oder besuchen Sie Bürgersprechstunden und fordern Sie von den Politikern notwendige Schritte hin zu einer inklusiven Gemeinde.

Kontakt: DGSP-Geschäftsstelle

E-Mail: dgsp@netcologne.de

16. Durchsetzung einheitlicher Standards und Regeln für das Betreute Wohnen in Familien (BWF)

Daran nehmen wir Anstoß:

Unter Betreutem Wohnen in Familien (BWF) versteht man die Integration von Menschen mit psychischen oder geistigen Behinderungen in eine Gastfamilie, die von einem Fachdienst begleitet wird. Die Familien zeigen außergewöhnliches gesellschaftliches Engagement und leisten mit ihrer Betreuungsarbeit einen beispielhaften Beitrag zur Inklusion.

Durch den Aufenthalt in einer Gastfamilie können in vielen Fällen vollstationäre Unterbringungen (Heim) vermieden und somit hohe Kosten eingespart werden. Trotzdem wird die Aufwandsentschädigung der Familien in fast allen Regionen viel zu niedrig angesetzt. Darüber hinaus fehlen bundesweit flächendeckende Angebote des BWF. Auch gibt es in den Bundesländern, in denen das BWF bereits etabliert ist, sehr unterschiedliche finanzielle Regelungen.

Hintergrund:

Das BWF hat traditionell einen schweren Stand innerhalb der Fachöffentlichkeit. Dass „Laien“-Familien erfolgreich Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung in die Gesellschaft integrieren können, wird immer noch nicht entsprechend gewürdigt. Dabei wird oft übersehen, welch enormes, auch therapeutisches Potenzial das Leben in einer „normalen“, gut überschaubaren Umgebung bietet und welche Qualität Gastfamilien im Hinblick auf Beziehungsgestaltung und Verlässlichkeit haben können. Diese Unterschätzung führt einerseits häufig dazu, dass soziale Dienstleister das BWF als gute Alternative zu professionell organisierten Angeboten für ihre Klientel nicht beachten und andererseits die öffentliche Verwaltung manchmal dazu neigt, das BWF lediglich als kostensparende Alternative zur stationären Unterbringung zu sehen. Dazu kommt, dass die Entscheidungsträger der Eingliederungshilfe das BWF immer wieder als ein Objekt möglichst „kreativer“ Vertragsgestaltung sehen. Eine bunte Mischung von Richtlinien und Vereinbarungen ist die Folge.

Beispiele:

- Aktuell liegt die Spanne des Betreuungsentgelts für die Gastfamilien je nach Bundesland oder Leistungsträger zwischen 300 und 720 Euro (Stand 01/2016). Insbesondere der untere Satz ist absolut unangemessen.
- Um den Gastfamilien eine Möglichkeit zu geben, sich von ihrer oft anstrengenden Aufgabe zu erholen, sollten sie laut Konzeption des BWF bis zu 28 Tage im Jahr ohne Mitbewohner/in verbringen können. Diese betreuungsfreie Zeit muss unbedingt weiterfinanziert werden. Einige Leistungsträger halten diese Maßnahme jedoch nicht für nötig!
- Die Entschädigung für Kost und Logis der Mitbewohner/innen unterscheidet sich in den diversen Bundesländern teilweise drastisch. So differieren die Kosten der Unterkunft beispielsweise um bis zu 300 Prozent.
- Dass die Entgelte der begleitenden Fachteams zum Teil sogar um mehr als 300 Prozent differieren, kommt erschwerend hinzu. Wenig erstaunlich ist, dass finanziell gut ausgestattete Fachteams in der Regel signifikant erfolgreicher vermitteln und betreuen.

Die DGSP fordert:

- Ein angemessenes Betreuungsentgelt für die Familien: Gastfamilien sollten mindestens 600 Euro Betreuungsentgelt pro Monat erhalten. Die sozialrechtliche Absicherung der Familien, z.B. durch eine Finanzierung von Rentenbeiträgen, ist zu gewährleisten.
- Die bundesweite Einhaltung von Mindeststandards bei der Erstellung von Richtlinien und beim Abschluss von Vereinbarungen. Diese müssen u.a. enthalten:
 - finanziertes Probewohnen
 - betreuungsfreie Zeit für die Gastfamilien von 28 Tagen und die Weiterfinanzierung während der Abwesenheit der Klienten/innen
 - Betreuungsschlüssel maximal 1:10
 - Angemessene Finanzierung der Akquise-Arbeit der Betreuungsteams
- Die bundesweit flächendeckende Installierung und den Ausbau von Fachdiensten, die BWF anbieten. Jede/r sollte das Recht und die Möglichkeit haben, BWF in Anspruch nehmen zu können

Die DGSP ist aktiv:

In der DGSP gibt es seit 1997 einen Fachausschuss, der sich u.a. mit folgenden Themen für Betreutes Wohnen in Familien einsetzt:

- Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung, Unterstützung und Begleitung neuer Teams
- Mitorganisation von jährlichen Fachtagungen
- Inhaltliche und konzeptionelle Weiterentwicklung des BWF
- Formulierung verbindlicher Standards für das BWF bundesweit

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen:

- Engagierte Teams, die sich aktiv an der bundesweiten Verbreitung des BWF beteiligen und regional vernetzt arbeiten wollen.
- Leistungsträger, die BWF in ihrem Einzugsgebiet aufbauen wollen. Wir liefern dazu die nötige Unterstützung. Weitere Infos auf der Homepage des BWF: www.bwf-info.de.

Für den Fachausschuss BWF:

Reinhold Eisenhut

E-Mail: reinhold.eisenhut@vsp-net.de

17. Gerontopsychiatrie – Wir werden alle älter!

Daran nehmen wir Anstoß:

Seit vielen Jahren ist die demographische Entwicklung und „Überalterung“ unserer Gesellschaft bekannt. Mit ihr verbunden sind nicht nur die steigende Zahl der älteren Menschen, sondern auch eine steigende Lebensqualität, wachsende Bedürfnisse und ein größerer Wunsch nach Selbstbestimmung. Konnten früher in der Regel die älteren Menschen in ihrem Familienverband begleitet und gepflegt werden, so schreitet heute die Singularisierung der Alten voran. Auch finanziell geht die Schere auseinander. Die Armut im Alter wächst und so ist eine deutlich wachsende Zahl älterer Menschen auf staatliche Unterstützung bei der Versorgung angewiesen. Grundbedürfnisse – wie zu Hause in gewohnter Umgebung mit entsprechenden Unterstützungsangeboten alt zu werden, auch bei zunehmender Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit – werden missachtet, da es an Angeboten vor Ort mangelt. Nach wie vor ist es „einfacher“ institutionell in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ältere Menschen zu betreuen, als individuell vor Ort. Das wird dem gesetzlichen Anspruch „ambulant vor stationär“ nicht gerecht. Obgleich die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich sind, bestehen in den einzelnen Bundesländern und Versorgungsregionen völlig unterschiedliche Netze an pflegerischen und sozialen Unterstützungsangeboten. Alt, pflege- und betreuungsbedürftig zu werden, ist in Deutschland zu einem Risiko geworden, da sich die Betroffenen nicht mehr darauf verlassen können, dass das ihnen zustehende Angebot tatsächlich vor Ort anzu- treffen ist.

Der Gesetzgeber hat durch die Pflegereformen seit 2002 zwar unterschiedliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Unterstützungsangebots vorgenommen, dennoch sind vor allem die chronisch psychisch erkrankten älteren Menschen und Menschen mit Demenz unterversorgt. Es fehlt hier nicht nur an notwendigen Unterstützungsangeboten für Beschäftigung und Pflege, sondern ihnen wurde bislang aufgrund nicht erfüllbarer Kriterien bei der Einstufung in Gänge notwendiges Unterstützungsangebot verwehrt. Wir erwarten durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser Personen.

Seit vielen Jahren wird in vielen Regionen die Entwicklung der notwendigen Wohn-, Betreuungs- und Pflegestrukturen nicht mehr staatlich, kommunal und politisch gesteuert, sondern dem freien Markt überlassen. Dies führte mittlerweile zur Spaltung der Regionen. Es existieren wenige Regionen mit sehr guter Angebotsstruktur und viele, vor allem ländliche, Regionen mit mangelnden bzw. nicht vorhandenen Versorgungsangeboten.

Eine politisch verantwortete Planung für ein gutes Altwerden fehlt.

Hintergrund:

Seit der Psychiatriereform in den 1980er Jahren hat sich bundesweit die Versorgungslandschaft für psychisch Erkrankte verändert und im ambulanten Bereich hoch differenziert weiterentwickelt. So erfolgte aus den ehemaligen Großanstalten eine gemeindeorientierte dezentralisierte Deinstitutionalisierung bzw. Ambulantisierung. Aus großen Wohnheimen für psychisch Erkrankte sind kleine Wohngruppen entstanden. Angebote für Teilhabe wurden in großer Vielzahl umgesetzt.

Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Altenhilfe, so blieb sie bei der Reformbewegung außen vor. Im Gegenteil, hier fand eine deutliche Reinstitutionalisierung statt. Stationäre Einrichtungen sind in großer Zahl entstanden und nehmen bei der steigenden Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen weiter zu. So lebten 2013 über 40 Prozent der über 85-jährigen mit einer Pflegestufe in der stationären Altenhilfe. Vor allem Menschen mit Demenz werden in diesen Strukturen untergebracht, obgleich sie niemals den Wunsch geäußert haben, in diesem Hilfesystem alt werden zu wollen. Die für sie notwendigen Angebote werden vor allem im ambulanten Bereich nur unzureichend vorgehalten.

Auch das medizinische Versorgungssystem hat sich nicht an die gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen angepasst. Ein Drittel aller Patienten in einem somatischen Krankenhaus weist heute psychiatrische Auffälligkeiten (wie Depression, Demenz) auf. Sie werden nicht nur aufgrund ihrer psychischen Erkrankung auffällig, sondern vor allem, da die vorgehaltenen Strukturen sich nicht an ihre Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Behandlung anpassen können. So sind Räumlichkeiten und medizinische/pflegerische Standards nicht auf Ältere mit psychischen Einschränkungen versehene Patienten abgestimmt.

Beispiele:

- Auf der bundesweiten Landkarte sind Versorgungsregionen sichtbar, in denen bestimmte Angebote überhaupt nicht existieren, z.B. in den ländlichen Strukturen von Flächenstaaten. Dort erhalten die älteren Menschen nicht ihre notwendigen Hilfen. Entweder müssen sie wohnortfern zu den Angeboten reisen oder sogar ihren Wohnort in Gänge wechseln, um die erforderliche Unterstützungsleistung zu erhalten.
- Der versorgungspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann in vielen Versorgungsregionen nicht umgesetzt werden, da überhaupt kein ambulantes Angebot existiert und ein Überangebot an stationären Hilfen besteht, so dass der ältere Mensch seinen Lebensmittelpunkt an einen Ort verlagern muss, an dem er eigentlich nie alt werden wollte.
- In zahlreichen Kommunen und Landkreisen wird kommunalpolitische Verantwortung für den älteren, auf Hilfe angewiesenen Bürger nur unzureichend wahrgenommen. Altenhilfe ist kein attraktives, für Kommunalpolitik verpflichtendes Thema und wird weithin in die Verantwortung privater Organisationen gegeben.
- Betreuungs- und Pflegeangebote für ältere, vor allem ältere psychisch erkrankte Menschen haben sich in den letzten Jahren unzureichend weiterentwickelt und aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen zu einer Entwicklung eines halblegalen Marktes der Pflege geführt. Viele ältere Menschen werden mittlerweile durch Betreuungskräfte aus den Ländern Mittel- und Osteuropas betreut.
- In der aktuellen Krankenhausstrukturplanung sind keine verbindlichen Behandlungsorte für ältere psychisch erkrankte Menschen vorgesehen. Durch die hohen spezialisierten Fachdisziplinen „wandert“ der mehrfach erkrankte ältere Mensch von einem Behandlungsort zum nächsten. Eine interdisziplinäre gemeinsame diagnostische und therapeutische Vorge-

hensweise fehlt. Zentren für die Behandlung von älteren Menschen, in denen sich die unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam auf einen Behandlungspfad einigen, sind notwendig, aber nicht die Regel.

Die DGSP fordert:

- Verbindliche und politisch auf kommunaler Ebene gesteuerte Umsetzung der gestuften Gesetzesvorgaben „ambulant vor stationär“: dies flächendeckend, vor allem in „unattraktiveren“ Regionen und über alle anderen Angebote hinweg. Dies gilt vor allem für die ambulante Pflege, Tagespflege, aber auch Betreuungs- und Beratungsangebote.
- Vernetzung: Die unterschiedlichen vielfältigen Angebotsstrukturen und Hilfesysteme für ältere Menschen sind regional zu vernetzen und verbindlich zu steuern. Hierfür ist nicht der freie Markt verantwortlich, sondern die politisch-kommunal steuernde Verwaltung.
- An den Bedürfnissen und Notwendigkeiten orientierte Angebote: Die Grundbedürfnisse der älteren Menschen bestehen nach wie vor darin, in ihren bisherigen vertrauten Strukturen, in ihrem Quartier, im Stadtviertel alt werden zu wollen. An diesen Grundbedürfnissen müssen sich die Angebote orientieren. Ältere Menschen müssen aufgrund ihres geringer werdenden Aktionsradius die notwendigen Unterstützungen vor Ort antreffen.
- Teilhabe und Inklusion in der Gesellschaft von älteren psychisch erkrankten Menschen bedeutet, Beschäftigungs-, Arbeitsangebote sowie Orte für Begegnung auch für diese Personengruppe vorzuhalten, z.B. Tagespflege, Begegnungsstätten.
- Abgestuftes Hilfesystem, das sich flexibel an den Einschränkungen der älteren Menschen orientiert anpassen kann. Im Alter aufgetretene körperliche oder psychische Veränderungen dürfen nicht dazu führen, dass der Betroffene in Gänge seine vertraute Umgebung verlassen muss. Notwendige Hilfen sind an den Bedürfnissen der Einzelnen orientiert auszurichten.
- Träger von Krankenhäusern: Sie sind verpflichtet, ihre Angebote und Ablaufstrukturen an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen, um eine optimale Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Hierzu gehören auch Schulungen der Mitarbeiter sowie gerontopsychiatrische Beratung und Begleitung vor Ort.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP qualifiziert durch ein breites Fort- und Weiterbildungsangebot Mitarbeiter aller Berufsgruppen für den Umgang mit und die Bedürfnisse von älteren Menschen.
- Die DGSP sensibilisiert durch Fachveranstaltungen Akteure der Altenhilfe, konsequent auch Hilfen für ältere und ältere psychisch kranke Menschen dezentral und deinstitutionalisiert anzubieten.
- Die DGSP bietet eine Plattform für einen interprofessionellen fachlichen Austausch aller in der Versorgung und Behandlung älterer Menschen Tätigen.
- Die DGSP unterstützt Angehörige und Betroffene in der Wahrnehmung ihrer Rechte.
- Die DGSP unterstützt kreative und innovative Konzepte, die ein zukünftiges an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiertes Altwerden ermöglichen.

TUWAS – mit der DGSP:

- Die Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Demenz darf nicht ausschließlich den Regeln des freien Marktes überlassen werden. Wir möchten die Haltung der Unterstützer stärken sowie starke und tragfähige Beziehungsarbeit ermöglichen.
- Dazu suchen wir Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die inhaltlich und politisch an Positionen für die Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrie mitwirken wollen.
- Wir möchten uns über gute Praxisbeispiele quartiersbezogener gerontopsychiatrischer Hilfeleistung und erfolgreicher Wohnformen austauschen, um uns durch kollegiale Beratung gemeinsam weiterzuentwickeln.
- Wir wollen eine Informationsplattform für Praxisbeispiele bieten, um über diesen Weg eine Ideenverbreitung zu erreichen.

Bernd Meißnest

E-Mail: bernd.meissnest@lwl.org

18. Ethik

Daran nehmen wir Anstoß:

In Artikel 3 der UN-Behindertenrechts-Konvention werden die wesentlichen ethischen und rechtlichen Prinzipien für den Umgang mit Menschen mit jeglicher Art von Behinderung, somit auch psychischer Erkrankung, benannt, insbesondere:

- der Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen,
- die Nicht-Diskriminierung,
- die volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft,
- die Achtung vor der Differenz und die Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Verschiedenheit.

Aber in welchem Maße werden die in unseren Arbeitsfeldern bereitgestellten Angebote und Dienste für Menschen, die unter den Bedingungen psychischer Beeinträchtigung leben, diesen Prinzipien gerecht? Und: Da auch wir uns als Personen zu den Grundwerten von Menschenwürde, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Inklusion und Teilhabe bekennen, stellt sich diese Frage auch für unser eigenes Handeln. Was tun wir, damit diese Grundwerte keine Lippenbekenntnisse sind? Wie deutlich reflektieren wir unser tägliches Handeln in der Sozialpsychiatrie an diesen Werten?

Für eine ethische Legitimation unseres Handelns sind die Fragen des Umgangs mit Macht, Aggression und Gewalt von zentraler Bedeutung. Wie gehen wir mit dem anderen um? Wollen wir ihn verändern? Dürfen wir das überhaupt? Oder können und sollten wir seine Entwicklung begleiten? Handeln wir im Sinne einer verbessernden Therapie oder einer akzeptierenden Unterstützung des eigenen Weges? Geht es um Rehabilitation und Integration, also um ein Zurückholen oder Hereinholen in unsere „normale“ Welt, oder um Habilitation und Sicherung von Inklusion, also um Stärkung des anderen und die Gewährleistung seiner Zugehörigkeit? Wie gehen wir mit Gleichheit um, wie mit Differenz? Wo endet die Freiheit des anderen, wo beginnt Zwang? Kann Freiheitsentzug gerechtfertigt werden, und wenn ja, wie?

Hintergrund:

Selbstbestimmung und Sorge

Die Menschenwürde, die universell für alle Menschen unabhängig von deren Leistung, dem Gesundheitszustand, der Kommunikationsfähigkeit, dem Grad der Hilfebedürftigkeit oder dem Alter gilt, sichert dem Einzelnen das Grundrecht auf Selbstbestimmung zu.

Wir können von Selbstbestimmung oder von selbstbestimmten Aktivitäten eines Menschen, der unter den Bedingungen psychischer Beeinträchtigung lebt, sprechen, wenn er die persönliche Freiheit hat, auch anders sein zu können, wenn er für seine Entscheidung oder sein Handeln Gründe hat und wenn ihm bewusst ist, dass er der Urheber dieser Entscheidung oder Handlung ist.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung können Schwierigkeiten haben, in dieser Weise selbstbestimmt zu entscheiden oder zu handeln. Sie brauchen dann unsere Assistenz und unsere nicht paternalistisch ausgerichtete Sorge, um, soweit es geht, selbstständig und aus ihren eigenen Werten, Empfindungen, Gefühlen heraus Entscheidungen zu treffen. Die Menschenwürde begründet nicht nur das Grundrecht auf Selbstbestimmung, sondern ebenso das Recht auf Unterstützung und Sorge, wenn der jeweilige Selbstbestimmungsträger durch Beeinträchtigung, Krankheit, mangelnde Teilhabe geschwächt ist in der Wahrnehmung der Selbstbestimmungsrechte.

Selbstbestimmung hat da aber ihre Grenze, wo andere, eigene wie fremde, Grundrechte verletzt werden. Eine Nichtbeachtung selbstbestimmter Willensäußerungen oder Handlungen, also ein Handeln gegen oder ohne den Willen der betreffenden Person, bedeutet Zwang und ist nur legitim, wenn die Grundrechte der betreffenden Person oder anderer geschädigt würden, also in Fällen von realistisch drohender oder tatsächlicher Eigen- oder Fremdgefährdung.

Gerechte Verteilung und faire Berücksichtigung des Einzelnen
Gerechtigkeit heißt Berücksichtigung des Jedem jeweils Angemessenen. Dies beinhaltet sowohl die gleiche Achtung aller Betroffenen, die gleiche Zugänglichkeit zu den Institutionen und Diensten und das gleiche Recht auf bestmögliche Behandlung (equality), aber auch die kompensatorische Beachtung der individuell ungleichen Bedarfe und die jeweils angemessene Behandlung unterschiedlicher Bedürfnisse (equity). Gleiche Behandlung bedeutet auch in der Sozialpsychiatrie nicht identische Behandlung.

Die gleichzeitige Beachtung von Equality und Equity gilt für die Mittel, die zur Verfügung gestellt werden, aber auch die Mittel, die wir ganz persönlich einbringen, für die Länge und Intensität der Behandlung wie für die Intensität unserer Beziehung zum Patienten. Es ist eine Tatsache, dass es Patienten mit sehr hohem und solche mit niedrigerem Bedarf gibt. Dies darf niemals zur Rechtfertigung der Kürzung der Mittel für die aufwändigeren Patienten führen oder zur Bevorzugung der leichter zu Versorgenden. Gerade wenn ein Dienst wirtschaftlich geführt wird, muss er die Prinzipien der gerechten Verteilung und der fairen Berücksichtigung des Einzelnen beachten und stets die Bedingungen bei den Finanzierungsträgern und dem Gesetzgeber einfordern, um diese zu erfüllen.

Gerechtigkeit und Fairness bedeuten auch, dass Betroffene eine Behandlung erfahren, die ihren spezifischen Bedürfnissen und jeweils besonderen Erfordernissen entspricht. Deshalb bedarf es trotz der grundsätzlichen Bejahung von Basis- und Regelversorgungsdiensten, die allen in gleicher Weise offenstehen, des Angebots spezialisierter Dienste, Betreuungs- und Therapieangebote, die auf besondere Patientengruppen ausgerichtet sind und die sonst nicht adäquat behandelt werden könnten, selbst wenn damit das Prinzip der Gemeindenähe nicht immer einzuhalten ist.

Inklusion und Verschiedenheit:

Inklusion bedeutet für uns die vorbehaltlose und nicht weiter an Bedingungen geknüpfte Einbezogenheit und Zugehörigkeit. Der Grundgedanke ist die Gemeinschaft aller in den jeweiligen Regionen, Orten oder Quartieren, die innerlich differenziert und vielgliedrig sind und sich durch ihre diversity auszeichnen. Inklusion und Verschiedenheit liegen unserer Auffassung von Gemeinde oder Community zu Grunde. Das Leben in den jeweiligen sozialen Bezügen ist die Grundlage der Teilhabe an diesem Leben. Dies gilt, so unsere Grundüberzeugung, auch in der psychischen Krise. Ausnahmen hiervon bedürfen der genauen Begründung und können jeweils nur vorübergehend sein und auf das Ziel der baldigen Wiederteilhabe und Inklusion ausgerichtet.

Den Ursprung des Diversitätskonzepts kann man historisch in Adornos Reflexionen über Auschwitz verorten, wo er das „Miteinander des Verschiedenen“ als Leitprinzip einer freien Gesellschaft formuliert hat und vor der Betonung der Gleichheit der Menschen, außer der vor dem Gesetz gewarnt hat, weil dieser immer ein unter-schwelliger Totalitätsgedanke innewohne.

Die Akzeptanz dieser Verschiedenheit realisiert sich in der Achtung des anderen in seinem So-Sein, für uns insbesondere im Erkennen und dem Respekt vor der Persönlichkeit auch schwer gestörter psychisch kranker Personen und im Willkommen-Heißen des jeweiligen anderen.

Die DGSP fordert vor diesem Hintergrund:

Menschen dürfen in den psychiatrischen Angeboten prinzipiell nur freiwillig behandelt werden. Verweigern sie eine Behandlung, auch wenn dies durch ihre psychische Beeinträchtigung verursacht ist, dürfen sie dennoch nicht zwangsweise behandelt werden. Dies umfasst in Krisenfällen auch ein jeweiliges Ringen um eine Einwilligung des Betroffenen. Eine paternalistische Position jedoch, dass Menschen zu ihrem eigenen Vorteil auch gegen ihren Willen behandelt werden müssen oder ihre Freiwilligkeit durch Mittel wie Vergünstigungen oder Überredung erzwungen wird, lehnen wir prinzipiell ab.

Unterbringungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen nach den Psychisch-Kranken Gesetzen der Länder oder gemäß Betreuungsrecht § 1906, BGB, Abs. 1, Satz 1 stimmen wir zu, sofern sie final mit einer tatsächlichen Selbst- oder Fremdgefährdung begründet sind und nicht kausal aus der psychischen Erkrankung oder der Behinderung. Dies schließt auch Unterbringungsbegründungen, wie drohende Selbstgefährdung, die anders nicht abgewendet werden kann, oder den Verlust der Eigensorge ein. Gründe wie ausgeprägter Rückzug, Verfolgungszustände oder Gefahr der Chronifizierung (bei Ersterkrankung) lehnen wir dagegen ab. Kausalen Begründungen für Unterbringungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen, die sich auf eine krankheitsbedingte Nichtauthentizität des Willens beziehen, stimmen wir als Ausnahme nur bei Suizidgefährdung zu.

Zwangsbehandlungen der Anlasserkrankung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder oder BGB §1906, Abs.1, Satz 2, die mit einem für nicht authentisch gehaltenen oder krankhaft beeinflussten und deshalb nicht ernsthaft zu beachtenden Willen begründet werden, stimmen wir nicht zu.

Zur Verhinderung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen fordern wir:

- Die Reorganisation sozialpsychiatrischer Netzwerkarbeit in den Regionen, wo diese durch Sparmaßnahmen und Administration in den letzten Jahren abgebaut wurden.
- Programme zur Gewaltprophylaxe in den Einrichtungen und Diensten, Programme zur Reduzierung von Fixierungen.
- Schulung in De-Eskalierungsstrategien in Heimen und stationären psychiatrischen Angeboten.

Dr. phil. Michael Wunder

E-Mail: m.wunder@alsterdorf.de

Geschäftsführender Vorstand

Christel Achberger
Dipl.-Psychologin
(p) Kätterskamp 18
24220 Flintbek
Tel.: (04347) 27 28
chrisachberger@magdahaus.de

Sven Bechtolf
Dipl.-Sozialarbeiter/
-Sozialpädagoge
(d) Initiative zur sozialen
Rehabilitation e.V.
Waller Heerstr. 193
28219 Bremen
Tel.: (0421) 47 87 71 12
Fax: (0421) 47 87 71 93
sb@izsr.de

Stefan Corda-Zitzen
Dipl.-Sozialpädagoge
(d) PHG Viersen gGmbH
Große Bruchstr. 28–30
41747 Viersen
Tel.: (02162) 2 66 29 80
Fax: (02162) 26 62 98 20
s.cordazitzen@phg-viersen.de

Jessica Reichstein
Dipl.-Sozialpädagogin /
M.A. Social Work
(d) iv hh-west GmbH
Stahlwiete 23
22761 Hamburg
Tel.: (040) 8 97 26 25-22
Tel.: (0172) 3 04 94 07
jessica.reichstein@iv-hamburg.de

Jan Roscher
Heilpädagoge
(d) WEGE e.V.
Verein Angehöriger und Freunde
psychisch Kranker
Lützner Str. 75
04177 Leipzig
jan.roscher@sgsp.de

Erweiterter Vorstand

Uwe Brohl-Zubert
(d) die reha e.V.
Weydemeyer Str. 2/2a
10781 Berlin
Tel.: (030) 2 93 41 30
uwe.brohl-zubert@diereha.de

Patrizia Di Tolla
(d) Unionhilfswerk
Sozialeinrichtungen gGmbH
Psychiatrische Dienste Neukölln
Donaustr. 83
12043 Berlin
Tel.: (030) 68 40 82 10
Fax: (030) 68 40 82 29
patrizia.ditolla@unionhilfswerk.de

Dr. jur. Heinz Kammeier
(p) Rilkeweg 11
48165 Münster
Tel.: (02501) 58 88 88
kammeier-muenster@t-online.de

Dr. Edith Köhler
(p) Prenzlauer Allee 230
10405 Berlin
edith-luna@mailbox.org
(d) Senatsverwaltung für Gesund-
heit Referat Psychiatrie
Abteilung IB 21
Oranienstr. 106
10969 Berlin
Tel.: (030) 90 28 16 18
edith.koehler@sengpgg.berlin.de

Petra Lauer
(d) Oikos Sozialzentrum
Hessenallee 12a
34613 Schwalmstadt
Tel.: (06691) 9 63 51 18
Fax: (06691) 9 63 52 11
lauer-petra@
oikos-sozialzentrum.de
www.dgsp-hessen.de

Prof. Dr. phil. Heiko Löwenstein
(d) Evangelische Hochschule
Freiburg
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg
Tel.: (0761) 4 78 12 28
heiko.loewenstein@
eh-freiburg.de

Laura Reinhold
(d) Fachkrankenhaus Eckardt-
heim, Heidegrund
Heidegrundweg 45
33689 Bielefeld
Tel.: (0521) 1 44 12 81

**Priv.-Doz. Dr. Dr.
Jann E. Schlimme, M.A.**
(d) Praxis für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosobegleitung
Kapweg 3
13405 Berlin
Tel.: (030) 65 77 01
schlimme.jann@gmx.de

Michael Tietje
(d) Diakonie Arche Bremerha-
ven gemeinnützige GmbH
Adolf-Kolping-Str. 25
27578 Bremerhaven
Tel.: (0471) 9 84 88 10
michael.tietje@diakonie-bhv.de

Monika von Söhnen
(d) Sozialpsychiatrischer
Verbund
Haus an der Dorenborg
An der Evangelischen Kirche 25
47929 Grefrath
Tel.: (0173) 2 94 80 54
vonsoehnen@
sozialpsychiatrie-dorenborg.de

Landesverbände

Baden-Württemberg
DGSP Landesverband Baden-
Württemberg (DGSP-BW)
Friedrich Walburg
Leinenweberstraße 32
(d) GPZ Stuttgart-Möhringen
70567 Stuttgart
Tel.: (0711) 99 76 08 90
Fax: (0711) 7 35 57 92
info@dgsp-bw.de
www.dgsp-bw.de

Bayern
Bayerische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (BayGSP)
Dr. H. Jürgen Groebner
(d) Josepshospitalstr. 7
80331 München
Tel.: (089) 26 37 47
info@baygsp.de
www.baygsp.de

Berlin
Berliner Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (BGSP)
Holger Kühne
(p) Innsbrucker Str. 2
10825 Berlin
bgsp-ev@gmx.de
www.bgsp-ev.de

Brandenburg
Brandenburgische Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie (BraGSP)
Andreas Habicht
(p) Haackelstr. 1
14471 Potsdam
Tel.: (0331) 7 40 44 50
Fax: (0331) 7 40 44 51
vorstand@dgsp-brandenburg.de
www.dgsp-brandenburg.de

Bremen
DGSP Landesverband Bremen e.V.
Geschäftsstelle
(d) Waller Heerstr. 193
28219 Bremen
Tel.: (0421) 4 78 77-0/-112
Fax: (0421) 47 87 71 93
gs@dgsp-bremen.de
www.dgsp-bremen.de

Hamburg
Hamburgische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V. (HGSP)
c/o GPZE GmbH
Helmut Krüger
Hochallee 1–3
20149 Hamburg
Tel.: (040) 41 53 11 11
jessica.reichstein@iv-hamburg.de
www.dgsp-hamburg.de

Hessen
Hessische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (HeGSP)
Petra Lauer
(d) Oikos Sozialzentrum
Hessenallee 12a
34613 Schwalmstadt
Tel.: (06691) 9 63 51 18
Fax: (06691) 9 63 52 11
lauer-petra@
oikos-sozialzentrum.de
www.dgsp-hessen.de

Niedersachsen
DGSP Niedersachsen (DGSP-N)
David Korting
Geschäftsstelle
(p) Am Ried 1a
21398 Neetze
Tel.: (05850) 5 95
david.korting@web.de
www.dgspn.de

Rheinland
Rheinische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (RGSP)
Geschäftsstelle
(d) Eichenstr. 105–109
42659 Solingen
Tel.: (0212) 24 82 10
www.rgsp.de

Rheinland-Pfalz
DGSP–Landesverband
Rheinland–Pfalz
Josef Bernardy
(p) Longkampstr. 37
54292 Trier
Tel.: (0651) 5 27 89
josef@bernardynet.de
www.dgsp-rheinland-pfalz.de

Saarland
DGSP Saar
Horst Schneider
(d) PsychoSoziale Projekte
Saarpfalz gGmbH
Goethestr. 2
66424 Homburg
Tel.: (06841) 93 43 0
Fax: (06841) 93 43 20
h.schneider@pssp-homburg.de

Sachsen
Sächsische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (SGSP)
Jan Roscher
(d) WEGE e.V.
Verein Angehöriger und Freun-
de psychisch Kranker
Lützner Str. 75
04177 Leipzig
sgsp@sozialpsychiatrie-in-
sachsen.de
www.sozialpsychiatrie-in-
sachsen.de

Sachsen-Anhalt
DGSP im Land
Sachsen-Anhalt e.V.
Jutta Meinerts
dgsp-lsa@web.de

Schleswig-Holstein
DGSP Schleswig-Holstein
Bernd Prezewowsky
(p) Am Holm 11
24119 Kronshagen
prezewowsky@hotmail.com
www.dgsp-sh.de

Thüringen
DGSP-Landesverband
Thüringen e.V.
Andreas Pawella
Am Hügel 14a
99084 Erfurt
dgsp-th@web.de

Westfalen
Westfälische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie (WGSP)
Christian Zechert
(p) Fliederweg 2
32756 Detmold
Tel.: (0521) 77 27 88 48
zechert@versanet.de

Fachausschüsse (FA)

FA Arbeit und Beschäftigung
Marc Fesca
Tel.: (0391) 8 50 52 80
marc.fesca@
pfeiffersche-stiftungen.org

**FA Aus-, Fort- und
Weiterbildung**
Marlene Stierl
(p) Am Ried 1a
21398 Neetze
Tel.: (05850) 5 95
stierl@t-online.de

**FA Betreutes Wohnen in
Familien/Familienpflege (BWF)**
Reinhold Eisenhut
Gustav-Wagner-Str. 7
72760 Reutlingen
Tel.: (07121) 34 53 99-4
Fax: (07121) 34 53 99-7
reinhold.eisenhut@vssp-net.de

FA Europa
Dr. Christa Widmaier-Berthold
(p) Dehmweg 3
70619 Stuttgart
Tel.: (0711) 2 53 85 58
mcberthold@t-online.de

FA Forensik
Michael Hechsel
Blumenstr. 12
34477 Twistetal
Tel.: (0162) 2 05 52 23
hechsel@aol.com

FA Forschung
Dr. phil. Silvia Krumm
(d) Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II
der Universität Ulm am
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2
89312 Günzburg
Tel.: (08221) 96 29 20 3
silvia.krumm@uni-ulm.de

FA Kinder und Jugendliche
Thomas Meinhart
t.meinhart@gmx.de

FA Wohnen
Wolfgang Bayer
(d) Stiftung Das Rauhe Haus
Stiftungsbereich
Sozialpsychiatrie und
Altenhilfe
Beim Rauhen Hause 21
22111 Hamburg
Tel.: (040) 6 55 91-117
Fax: (040) 6 55 91-395
wbayer@rauheshaus.de

FA Migration
Martin Osinski
m.osinski@
dgsp-brandenburg.de

AK Pflege
Hilde Schädle-Deiningner
(p) Sinnweg 35a
63071 Offenbach
Tel.: (069) 85 14 28

FA Psychiatrie 4.0
Christian Reumschüssel-Wienert
(d) Paritätischer Wohlfahrts-
verband LB Berlin e.V.
Ref. Psychiatrie /
Queere Lebensweisen
Kollwitzstr. 94–96
10435 Berlin
Tel.: (030) 8 60 01-555
Fax: (030) 8 60 01-550
reumschuessel@
paritaet-berlin.de

FA Psychopharmaka
Renate Seroka
Serokat2014@gmail.com

FA Psychotherapie
Dr. Ute Merkel
(p) Pinkowitz 4d
01665 Klipphausen
Tel.: (0162) 9 88 80 91
drs.merkel@gmx.de

FA Sucht
Thomas Bader
(p) Henriettenweg 2
72072 Tübingen
Tel.: (0714) 9 91 58 27
tb.bader@t-online.de

Geschäftsführung

Richard Suhre
(Geschäftsführer)
Patrick Nieswand
(Assistenz Geschäftsführung)
DGSP-Geschäftsstelle
Zeltlinger Str. 9
50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
Fax: (0221) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.dgsp-ev.de



Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) ist ein unabhängiger Fachverband für psychiatri-
trisch Tätige aller Berufsgruppen aus den unterschied-
lichen Feldern der psychiatrischen Behandlung und
Versorgung. Die DGSP sieht sich dem »Trialog« ver-
pflichtet und ist auch für Mitglieder aus dem Kreis
der psychiatriee erfahrenen Menschen und deren Ange-
hörige 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 An-
gehörige ein und für eine veränderte – möglichst vor-
urteilsfreie – Wahrnehmung der Betroffenen in der
Öffentlichkeit.

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-Erfahrene. Die Fach- und Mitglieder-
zeitschrift 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 DSGP finanziert sich größ-
tenteils über industrieunabhängige Spenden und
Mitgliedsbeiträge.

Mehr Informationen unter www.dgsp-ev.de