

Ausgabe Anfang 2011

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Jahresbeginn erhalten Sie das neue RGSP-Extrablatt, mitsamt unseren besten Wünschen für ein gesundes und erfolgreiches 2011!

Hinweisen möchten wir vor allem auf die Einladung zur RGSP-Mitgliederversammlung am 23. Februar in Mönchengladbach (s. letzte Seite). Wir hoffen auf zahlreiche Teilnehmer im beeindruckenden „Werkzentrum“ des Mönchengladbacher Reha-Vereins. Als Referenten für die MV haben wir Martin Osinski aus Brandenburg gewonnen. Er ist unter anderem Vorsitzender des dortigen Landesverbandes der DGSP. Mitglieder des RGSP-Vorstandes, die ihn etwa bei DGSP-Jahrestagungen als Referenten erlebt hatten, haben darauf gedrängt, ihn zu unserer MV einzuladen. Wir sind gespannt auf seinen Beitrag, mit dem wir auf ein Diskussionsthema im RGSP-Vorstand Bezug nehmen.

Mit dem nebenstehenden Beitrag ist erstmals die Hamburger Psychiaterin Charlotte Köttgen im Extrablatt vertreten ist. Sie hat sich über Jahrzehnte der Belange „schwieriger“ Kinder und Jugendlicher angenommen – in ihrer Heimatstadt und in der DGSP - und kritisiert heftig die Medikalisierung bestimmter Verhaltensprobleme.

Herzliche Grüße

Norbert Schalast

### Inhalt

Notrufe von Kindern ...	1
Wenn nicht wir, wer dann? Aus dem Kölner EX-IN-Kurs	4
Neue Zuzahlungsregelungen bei Medikamenten und die Folgen	6
WGSP & RGSP zum PsychKG	5
Fixierung, Sitzwache, Video	6
Aus der RGSP-Vorstandsarbeit	7
Einladung zur MV	8

## Notrufe von Kindern werden zu ‚Störungen‘

Charlotte Köttgen, Hamburg

Die Ursachen für die Unruhe von und Beunruhigung durch Kinder zu analysieren und Abhilfen zu entwickeln, ist derzeit die große Herausforderung, der sich alle gesellschaftlichen Instanzen stellen müssen.

Was früher der Zappelphilipp war, wurde zur profitablen, medikamentös behandelungspflichtigen Störung, genannt, ADHS, das „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom“. Es handelt sich um eigentlich normale kindliche Verhaltensmuster, wie Bewegungs- und Erlebnis-Drang, rasch wechselnde Neugier und (Un-) Aufmerksamkeit. Sind diese Eigenschaften extrem ausgeprägt, sollten sie als kindliche Notrufe verstanden und so früh wie möglich angemessen beantwortet werden.

Mit dem Erscheinen des ICD-10 wurden emotionale und soziale Störungen in den Diagnosekatalog aufgenommen. Die Diagnosen wurden wie somatische Krankheiten gewertet und behandelt. Bis in die 90er Jahre waren soziale und pädagogische Fachkräfte für soziale oder auch verhaltens- und emotionale Störungen zuständig, und solange kam man ohne Psychopharmaka aus. Mit zunehmender Dominanz ärztlicher und vornehmlich medikamentöser Interventionen wurden dringend benötigte soziale und familiäre Hilfen zurückgedrängt und/oder nicht dem Bedarf entsprechend entwickelt. Den Krankheitswert dieser Stö-

rungen beurteilten fortan Ärzte. Sind Kinder erst einmal medikamentös ruhig gestellt, wird die Analyse und Behebung der zu Grunde liegenden, belastenden Lebensbedingungen als nicht mehr erforderlich vernachlässigt oder unterlassen. Kinder erleiden viele, oft chronische, Traumata, dazu gehören familiäre Beziehungskonflikte, Gewalt, überhöhte, auch emotionale Leistungsanforderungen durch soziale Stressfaktoren, Armut, Migration, Reizüberflutung verstärkt durch die Medien und Computerspiele und vieles andere mehr.

### Die Behandlung des Syndroms „ADHS“ fest in ärztlicher Hand.

Seit die Störung ADHS auf Krankenschein abrechnungsfähig geworden ist, hat sie sich explosionsartig vermehrt. Laut Newsletter der Kinderschutzzentren Nr.8 (Sept. 2009) wurden 1995 5000 Fälle von ADHS diagnostiziert, 2008 bereits 380.000 Fälle. Nach einer Information der Deutschen Angestellten Krankenkasse (Info der DAK 2009) schluckt mittlerweile in fast jeder Schulklasse ein Kind Mittel gegen ADHS, die Verordnungszahlen stiegen im Laufe eines Jahres 2008 um 8,1 % gestiegen, wobei Jungen die Mittel viermal häufiger erhielten als Mädchen.

Seit dem Anstieg der Diagnosen ADHS wird massenhaft Ritalin (Methylphenidat) verordnet, bald auch Folgepräparate, und die Hemm-

schwelle, für Kinder nicht zugelassene Neuroleptika zu verordnen, sinkt seit etwa 2000 deutlich. Erschreckend ist, wie „aus der Prüfung der Fachliteratur hervorgeht“, dass „es keine geeignet konzipierten und durchgeführten Studien gibt, welche die Langzeitsicherheit von Methylphenidat schlüssig belegen.“ Das stellt ein Gutachten der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA im Jahre 2009 fest.

Auch die sogenannten Vorbilder, die Erwachsenen, betreiben zunehmend medikamentöses Gehirndoping, um sich im Konkurrenzkampf fit zu halten. Im Medizinerdeutsch heißt das „Neuro-Enhancement“, zur vermeintlichen Optimierung der Hirnleistung. Verwundert es da, wenn bei vielen Jugendlichen, diesem Beispiel folgend, nichts mehr geht ohne Suchtmittel, Drogen und Alkohol? Methylphenidat wird auch die „Droge der Pflichterfüllergeneration“ genannt. Im September 2010 kommt – nach fast 20 jähriger Verordnungspraxis – der gemeinsame Bundesausschuss G-BA zu dem Ergebnis, dass wegen des Risikopotentials des Ritalins die Diagnose ADHS sorgfältiger und vorsichtiger gestellt und die Verordnung dieser Medikamente nur noch von Spezialisten für Verhaltenstherapie erfolgen solle.

Sind klinisch ausgebildete Ärzte hinreichend fachkompetent, um soziale Problemlagen zu behandeln? Diese Frage wird in den B-GA Richtlinien nicht diskutiert.

**Neuroleptika-Verordnungen sind bei Kindern um 400 % angestiegen**  
Zunehmend werden auch noch Neuroleptika, meist ohne Zulassung, d.h. off-label, bei Kindern und Jugendlichen verordnet. 2000 bekamen bundesweit 6.864 Kinder und Jugendliche ein atypisches Neuroleptikum, 2006 waren es schon 28.100 Kinder und Jugendliche.

Das Neuroleptikum Risperidon ist für Kinder unter 5 Jahren nicht zugelass-

**Dr. Charlotte Köttgen** geboren 1941, Psychiaterin, insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mainz und Hamburg, Seit 2003 im Ruhestand, Mitglied der DGSP seit 1974, Autorin von Büchern wie "Wenn alle Stricke reißen" und "Ausgegrenzt und mittendrin - Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe" (*Aus der Information des Beirats der Stiftung Soziale Psychiatrie*)

Der vorliegende Beitrag mag einigen Leserinnen und Lesern einseitig erscheinen. Es klingt nicht einmal an, dass die Gabe von Ritalin® in Einzelfällen segenreich sein und eine Abwärtsspirale unterbrechen kann. Doch ist heutzutage das Standardprocedere nach der Diagnose einer Hyperaktivitätsstörung ebenso einseitig. Überwiegend wird verfahren wie bei einer körperlich begründeten Erkrankung. Die biologische Perspektive ist ja inzwischen in der gesamten Psychiatrie auf dem Vormarsch. Im Felde der forensischen Psychiatrie steht hierfür beispielhaft das amerikanische Psychopathy-Konzept: dissoziale Entwicklungen werden aus ihrem sozialen Kontext gelöst und einseitig auf individuelle Besonderheiten zurückgeführt, wobei Befunde der Hirnforschung besonders hoch im (wissenschaftlichen) Kurs stehen. Diese Forschung liefert zweifellos interessante Einzelbefunde. Der Vorteil der einseitigen Perspektive ist aber, dass die Gesellschaft sich nicht fragen muss, wie und was sie zum sozialen Versagen der Menschen aus bestimmten Randgruppen beiträgt.

Wir freuen uns, dass Charlotte Köttgen mit ihrer Wahrnehmung eines erheblichen gesellschaftlichen Problems hier im Extrablatt zu Worte kommt.

sen, bei Kindern über 5 Jahre nur für eine kurzzeitige Anwendung (6 Wochen), z.B. bei anhaltenden Aggressionen von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen oder mentaler Retardierung. Viele Mediziner stehen auch dieser Anwendung kritisch gegenüber. Die Verordnung dieser ursprünglich nur für Schizophrenie zugelassenen Medikamente hat sich seit dem Jahr 2000 erheblich ausgeweitet, ohne dass schizophrene Erkrankungen zugenommen hätten. Angesichts der häufigen Nebenwirkungen, insbesondere der gravierenden negativen Folgen bei Dauermedikation, sind grundsätzlich Methoden vorzuziehen, die soziale und pädagogische, psychotherapeutische und die Familien unterstützende Maßnahmen beinhalten. Die wachsenden sozialen und schulischen Probleme heutiger Kinder sollten Anlass genug zu Beunruhigung sein, da doch fast ein Fünftel der Kinder die Schule ohne einen Abschluss verlässt, der ihnen Perspektiven eröffnet. Aber ADHS kann man ohne Berücksichtigung sozialer oder pädagogischer Faktoren bequem als selbst

verschuldete, individuelle Krankheit des Kindes behandeln. Lehrer und Eltern fühlen sich durch Diagnosen entlastet, denn Krankheit ist kein Erziehungsversagen.

Wegen Verzögerungen und Verharmlosungen von wichtigen Risikoinformationen und irreführenden Anwendungsempfehlungen bei nicht zugelassenen Indikationen (Off-Label-Gebrauch) wurden in den USA im Falle der Psychopharmaka z.B. Zyprexa und Neurontin die Hersteller zu mehreren 100 Millionen US Dollar Strafe wegen Off-Label-Gebrauches, Irreführung und betrügerischen Marketings verurteilt. Wegen Klagen der Betroffenen musste auch Schadenersatz in Milliardenhöhe erstattet werden. Trotz heftiger Kritik und Auflagen blieben diese Medikamente auf dem Markt, wenn auch seither die vorher bekannten Nebenwirkungen - zum Schutz der Hersteller - im Beipackzetteln aufgeführt werden müssen (Firmenfinanzierte Forschung: Erhebliches Manipulationspotential. arzneitelegramm 2010; 41: 1-3).

→

**Fazit: Ein Kind, das Probleme macht, hat Probleme:**

1) Für die Verordnung psychotroper Substanzen müssen klare Regelungen und Richtlinien zum Schutz der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien entwickelt und regelmäßig überwacht werden.

Die Hilfen müssen verbindlich, fachübergreifend erfolgen. Kooperationen auf überinstitutioneller Ebene sind zu installieren, strukturell zu verankern und zu kontrollieren.

Möglichkeiten einer Partizipation am gesellschaftlichen Leben für Kind und Familie sind zu verbessern: Integration/Inklusion gem. UN-Charta zur Behindertenrechtskonvention.

2) Vom BfArM wird für Arzneimittel

wie Ritalin gefordert: „Die Behandlung ist unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern“ durchzuführen“. Diese Professionalität erlangen Ärzte bisher nicht automatisch, weder im Medizinstudium noch in Facharztausbildungen, deshalb bedarf es interdisziplinärer Fort- und Weiterbildungs-vorschriften für Ärzte, die für den Umgang mit emotionalen und sozialen Problemen bei Kindern und Jugendlichen befähigen.

3) Sozialraumangebote: Regionale und fachübergreifende Hilfestrukturen am Lebensort sind zu schaffen. Angebote sind langfristig und interdisziplinär vorzuhalten, dazu gehören schulische, berufliche und Familien-

hilfen Milieunahe Kita-Betreuung, Jugendhilfe und zugehende Hilfen in der Familie, in Wohngruppen und im sozialen Umfeld sind erforderlich, um Hometreatment und Krisenhilfen zu gewährleisten und ausgrenzender schulische und Maßnahmekarrieren zu verhindern.

„Wenn der äußeren Welt Struktur gebende Elemente fehlen, kann auch im Gehirn keine Struktur aufgebaut werden.“ (G. Huether)

Der Beitrag wird in einer längeren Fassung mit Quellenangaben im nächsten Heft der *Sozialen Psychiatrie* erscheinen.

## DGSP-Resolution

### Keine Versorgungsverträge zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen

Seit dem 1. Oktober 2010 überträgt die AOK Niedersachsen die Budgetverantwortung der Versorgung von bis zu 12.000 an Schizophrenie erkrankte Menschen an eine 100%ige Tochter der Pharmafirma Janssen-Cilag. In der aktuellen Novellierung des §140b SGB V, die direkte Verträge zwischen Pharmafirmen und Krankenkassen ermöglicht, sehen wir einen gefährlichen Paradigmenwechsel in der medizinischen Versorgung.

Wir protestieren gegen diesen Ausverkauf der Psychiatrie. Wir wollen eine Versorgung, die sich an den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen sowie an modernen wissenschaftlichen Leitlinien ausrichtet und nicht an den Produkt- und Gewinninteressen von Pharmafirmen. Es geht uns um eine umfassende Therapie, die sich nicht auf Medikamente reduzieren lässt.

- Wir fordern die Politik auf, die Novellierung des §140b SGB V zurückzunehmen.
- Wir fordern die Krankenkassen auf, sich solchen Verträgen im Interesse ihrer Mitglieder zu verweigern.
- Wir fordern alle Leistungserbringer auf, die gute Idee der Integrierten Versorgung nicht durch die Beteiligung der Pharmaindustrie zu verraten.

Frankfurt, den 13.11.2010

Friedrich Walburg, 1. Vorsitzender der DGSP e.V.

Einstimmig mitgezeichnet von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen der DGSP Jahrestagung vom 10.-13.11.2010 in Frankfurt

Auch die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde** teilt die kritische Sicht der DGSP. In ihrer Stellungnahme vom 18.10.2010 heißt es:

Die DGPPN findet die Entwicklung positiv, dass die Krankenkassen die Einrichtung von IV-Verträgen für psychische Erkrankungen nunmehr besser zu unterstützen scheinen und fordert alle Leistungsanbieter auf, sich intensiv um eine Mitarbeit auf diesem Gebiet zu kümmern. Sie kritisiert aber aus grundsätzlichen Erwägungen das Engagement der pharmazeutischen Industrie in diesem Bereich und hinterfragt kritisch das Engagement von kommerziell arbeitenden Firmen. Da psychisch kranke Menschen häufig weniger in der Lage sind als andere Patienten, Alternativen zu suchen und zu wählen, sind solche Bestrebungen im Bereich psychischer Erkrankungen besonders kritisch zu sehen. ... Die Beteiligung der pharmazeutischen Industrie oder auch jener für Medizinprodukte, die über Rabattverträge sowie die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten herausgeht, ist politisch höchst bedenklich und wird aus Sicht der Fachgesellschaft eine Vielzahl von nicht hinnehmbaren Interessenkonflikten in der Versorgung psychisch Kranker entstehen lassen.

gez. Schneider, Bergmann, Falkei

Über seine ehrenamtliche Tätigkeit in einem Angehörigenverein ist Karl auf EX-IN gestoßen. Dort hatte er in all den Jahren niemanden von seinen eigenen Depressionen und Klinikaufenthalten erzählt. Das lag sicherlich auch daran, dass die Vorbehalte gegenüber Betroffenen für ihn spürbar waren.

EX-IN könne ihm gut tun, dachte sich Karl. Das sei eine Chance, um die eigene Erkrankung und den eigenen Lebensweg noch einmal zu reflektieren. Aber eben bewusst, und nicht im Rahmen einer Therapie oder Selbsthilfegruppe.

Er besuchte eine Informationsveranstaltung und ihm kamen Bedenken: „Vielleicht liege ich mit meinen Erwartungen an EX-IN ja auch völlig daneben? Gehöre ich überhaupt zur Zielgruppe?“

Karl ist Freiberufler und arbeitet in Vollzeit. Eine Tätigkeit als EX-IN-Genesungsbegleiter ist für ihn keine berufliche Option. Das ist im Winter 2009.

Die erste Befindlichkeitsrunde zum Auftakt des ersten EX-IN-Moduls mit dem Thema „Salutogenese - Gesundheitsfördernde Haltungen“: Karl sitzt zusammen mit rund 20 weiteren Kursteilnehmern im Stuhlkreis. In der Mitte hat die EX-IN-Ausbilderin Gudrun Tönnies Gegenstände auf einem Tuch ausgebreitet: Steine, Muscheln, Holzstücke, eine Glasfigur. Für jeden, der will, etwas zum Anfassen, etwas womit er sich verbinden kann oder sich verbunden fühlt. Danach geht es dann ganz konkret um Verbindung. Gudrun nimmt ein rotes Wollknäuel. Jeder sucht sich ein Gegenüber, dem er es zuwirft, den

# Wenn nicht wir, wer dann?

Erster EX-IN-Kurs für NRW in Köln vor dem Abschluss.

von Bettina Jahnke

aufgenommenen Faden behält jeder dabei in seiner Hand. Ein Spiel vordergründig zum Namenlernen aber hintergründig noch viel mehr als das, denn nur wenige Augenblicke später sind alle sichtbar miteinander vernetzt.

Karl fühlt sich in dieser Runde sofort angenommen. Der Austausch tut ihm, wie erwartet, einfach nur gut. Hier braucht er nichts zu verstecken, hier kann er sich öffnen. Darüber hinaus werden Karls Erwartungen aber noch weit übertroffen. Denn was er hier erlebt ist ein echter Paradigmenwechsel, in Karls Worten ausgedrückt: „Normalerweise ist eine psychische Erkrankung ja etwas, was man loswerden möchte, oder man akzeptiert, mit Beeinträchtigungen zu leben. EX-IN eröffnet eine völlig neue Perspektive, indem es die besonderen Qualitäten eines Menschen aufzeigt, die in der psychischen Erkrankung selbst und in dem individuellen Umgang damit sichtbar werden.“

Karls Selbstwertgefühl steigt und auch sein Arbeits- und Freundesumfeld nimmt Veränderungen an ihm wahr: Irgendwie wirke er heiterer und gelassener als sonst.

In den EX-IN-Modulen lernt er eine neue Art von Lernen. Hier geht es nicht um Wissensvermittlung im klassischen Sinn, wie man das aus herkömmlichen Kursen oder Seminaren kennt. Hier geht es darum, Erfahrungen lebendig zu machen und zu

teilen. Dazu Karl: „Das funktioniert nicht durch streng rationales Verstehen. Das ist mehr ein emotionales Mitgehen, ein ganzheitliches Lernen, das Verstand, Geist und Herz, oder besser, die Seele anspricht.“

Karl erkennt schnell, die Gruppe ist klüger als der einzelne. Alleine kann er viel reflektieren oder sich Anlesen. Aber in der Gruppe entsteht ein gemeinsames, tieferes Verständnis des eigenen Krankheitsbildes und auch der anderen Krankheitsbilder. Er setzt an: „In den Schilderungen der anderen Kursteilnehmer, mit deren Authentizität, habe ich gespürt, wie etwas in mir nachklingt, auch wenn ich die Symptome selbst gar nicht entwickelt habe. Inzwischen bin ich der Überzeugung: In jedem Menschen ist das gesamte Spektrum des psychischen Erlebens angelegt, im Positiven wie im Negativen.“

EX-IN wirkt aber nicht nur entlastend, sondern auch belastend. Einzelne Kursteilnehmer erkranken während der Qualifizierungsmaßnahme akut, einige steigen sogar aus. Aber niemand in der Runde macht ein Drama daraus, obwohl „Stabilität“ doch ein Auswahlkriterium war: „Wenn nicht wir, wer dann?“ fragt Karl. Die Fähigkeit zum Perspektivwechsel sei schließlich eine herausragende Qualität von EX-IN-lern. Aufgrund der eigenen Erfahrungen können sie gelassener und vorurteilsfreier mit solchen Einbrüchen und Krisen umgehen. Scheitern ist bei EX-IN ausdrücklich erlaubt.

Auch bei Karl wurden während des Kurses schmerzliche Prozesse in Gang gesetzt: „Ich hatte zuvor einen gewissen Modus vivendi im Umgang mit meiner Krankheit gefunden“, erklärt er, „durch EX-IN wurde dieses Arrangement aufgebrochen.“

EX-IN ist eine Abkürzung für Experienced-Involvement. Dahinter steht eine Qualifizierungsmaßnahme für Psychiatrieerfahrene zum Genesungsbegleiter.

Der nächste EX-IN-Kurs startet im Februar 2011. In Köln gibt es dazu für alle Interessierte und Kurzentschlossene am 19. Januar 2011 eine Informationsveranstaltung.

Weiterführende Informationen finden Sie auch im Internet unter [www.ex-in-nrw.info](http://www.ex-in-nrw.info)

Das bedeutete auch für ihn viel emotionale Arbeit. Am Abend nach den Modulen war er Zuhause total erledigt und erschöpft: „Manchmal mehr als nach Fachseminaren, in denen ich acht Stunden hochkonzentriert Wissen aufgesaugt habe. Aber diese emotionale Arbeit fand während der EX-IN-Module in einem Rahmen statt, durch den ich immer wieder aufgefangen wurde.“

Im Modul „Beraten und Begleiten“ hat Karl schließlich ein Schlüsselerlebnis. Er sitzt mit seinem Stuhl in der Mitte, umgeben von den Kursteilnehmern, die sich zu verschiedenen Parteien gruppiert hatten: Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Betroffene. Von allen Seiten werden ihm die unterschiedlichen Erwartungen zugerufen. Er sitzt mitten im

Spannungsfeld, indem er die Rolle einer EX-IN-Fachkraft im Team einer Einrichtung übernimmt. Den Erwartungsdruck an die künftigen EX-IN-Genesungsbegleiter spürbar machen - genau darum geht es in dieser Übung. Karl spürt, wie die Panik in ihm aufsteigt:

„Das ist der glatte Wahnsinn, dachte ich mir nur! Für mich war in dieser Situation wichtig, meine eigene Panik zuzulassen, meinen eigenen Emotionen nachspüren. Vorher hätte ich die Panik konterkariert oder versucht sie wegzudrücken. Aber plötzlich konnte ich meiner eigenen Panik, an sich doch ein eher negatives Gefühl, etwas Positives abgewinnen. Das ist für mich eine enorme Qualität und Verbesserung meiner Fähigkeit im Umgang mit psychischen Belastungen.“

Die Frage, die sich für alle aus dem ersten EX-IN-Kurs für NRW nun stellt, nachdem der Abschluss in greifbarer Nähe ist: Wie geht es weiter? Was können die Kursteilnehmer nun mit einer Zertifizierung zum EX-IN-Genesungsbegleiter anfangen? Nach einem Augenblick des Nachdenkens bricht es aus Karl heraus: „Ich würde meinen jetzigen Beruf gegen eine Beschäftigung als Genesungsbegleiter glatt eintauschen, wenn es eine konkrete Perspektive gäbe. Nur müsste ich mit dem verdienten Geld eben auch über die Runden kommen.“

Übrigens hat sich Karl inzwischen in seinem Angehörigenverein als Betroffener und EX-IN-ler geoutet. Die Reaktionen darauf waren rundum positiv.

Eine Anmerkung: Der Bericht aus dem jetzt zu Ende gehenden EX-IN-Kurs hat mich beeindruckt. Es wird nachvollziehbar, dass der Gruppenprozess für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine bewegende Erfahrung war. Der Text ist aber auch deutlich von dem Hochgefühl geprägt, das sich in jeder gut und intensiv arbeitenden Gruppe in der Anfangsphase einstellt. Aus Zusammenhängen beruflicher Selbsterfahrung (z.B. mit dem Psychodrama) ist es mir wohlvertraut, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich nach tiefgehenden Erfahrungen wie neugeboren fühlen und bisherige Alltagsprobleme in einem ganz anderen Licht erscheinen. Da ist es ratsam, immer im Auge zu behalten, dass die Ernüchterung auf dem Fuße folgt. Dass Einzelne im Laufe der Qualifizierungsmaßnahme akut erkrankten und Einige sogar ausgeschieden sind, macht mich zumindest nachdenklich. Es erinnert mich an die kritische Stellungnahme des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen zu EX-IN (siehe Extrablatt Nr. 2 / 2009 S. 5). Das ändert nichts daran, dass ich mit dem Grundprinzip EX-IN sympathisiere. Es drängt sich einfach auf, Menschen, die in irgendeiner Weise „betroffen“ und „erfahren“ sind, in therapeutischen und rehabilitativen Arbeitsfeldern einzubeziehen. Andererseits erleben gerade die Angehörigen der helfenden Berufe ihre Arbeit oft als ausgesprochen fordernd und belastend. Man sollte das Prinzip EX-IN daher nicht mit Hoffungen und Erwartungen überfrachten. Es freut mich, wenn weitere EX-IN-Kurse durchgeführt werden und das Extrablatt über Erfahrungen mit der Ausbildung, aber ganz besonders auch über sich anschließende Arbeitstätigkeiten berichten kann. Dem Karl möchte ich gleichwohl empfehlen, seinen bisherigen Beruf erst einmal beizubehalten. N Sch



### Stellenangebot: Psychiater/in

**Kölner Reha-Ambulanz OSKAR**, ambulante medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen, sucht Psychiater (m/w) möglichst mit Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder Rehabilitationswesen. Stellenumfang 75%. Leitung der medizinischen Behandlung. Geregelte Arbeitszeit an Werktagen.

In unserer seit 01/2007 bestehenden, innovativen Reha-Einrichtung mit aktuell 20 Therapieplätzen führen Sie eigene Reha-Fälle in Diagnostik, Therapie und Dokumentation, kooperieren mit einem multiprofessionellem Team und haben Möglichkeiten zur Entwicklung eigener Schwerpunkte. Unsere Konzeption sieht Einzel- und Gruppentherapie vor. Angemessene Vergütung. Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte an: Kölner Verein für Rehabilitation e.V., Herrn Jansen/Frau Pelzer, Philipenstr. 72-74, 50823 Köln, 0221-8138880, [www.koelnerverein.de](http://www.koelnerverein.de)

# Erhöhung der Zuzahlung zu Medikamenten hat katastrophale Auswirkungen auf chronisch psychisch kranke Menschen

Michael Bormke

Leiter des Wohnheims Heiligenbaumstraße beim Regenbogen Duisburg

In der Bundesrepublik Deutschland hat der Gesetzgeber vor einigen Jahren die so genannte „Festbetragsregelung“ eingeführt. Hierin werden unter anderem die Höchstbeträge festgelegt, die die Krankenkassen für ein Medikament bezahlen. Das Ziel war, einen Preiswettbewerb im Arzneimittelbereich auszulösen, um die Arzneimitteltherapie kostengünstiger zu gestalten.

Bei Arzneimitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, tragen die Krankenkassen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages. Die über die Höhe des Festbetrages hinausgehenden Kosten sind, unabhängig von den gesetzlichen Zuzahlungen, von den Erkrankten aufzubringen. Sprich, auch die Menschen, die nachweislich chronisch erkrankt sind und eine Zuzahlungsbefreiung haben, müssen diese Zusatz-Beträge entrichten!

Zum 01.09.2010 hat der „Gemeinsame Bundesausschuss“, das oberste Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland beschlossen, die Festbeträge abzusenken. Das bedeutet, dass der Teil der Kosten, den die Krankenkassen entrichten, gesunken ist. Bisher haben die Pharmaunternehmen den Gesamtpreis aber nicht reduziert. Dementsprechend ist der Anteil, den die Patienten entrichten müssen, teilweise drastisch gestiegen.

Die Regelung gilt für Medikamente jedweder Art, zum Beispiel für Mittel gegen Migräne, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und für Arzneimittel für Kinder.

Sie gilt auch für Psychopharmaka und somit für (chronisch) psychisch

erkrankte Menschen, selbst für die, die in Wohneinrichtungen leben. Diese sahen sich nun im September plötzlich und ohne Ankündigung mit Medikamentenrechnungen konfrontiert, die bis zu 50% ihrer monatlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel betragen.

In der Bundesrepublik Deutschland, in der die höchsten Medikamentenpreise ganz Europas zu Hause sind, wird die medikamentöse Versorgung chronisch erkrankter Menschen zukünftig nicht mehr vom Prinzip „gute Wirkung bei möglichst geringer Nebenwirkung“ bestimmt, sondern von der Kaufkraft der Erkrankten!

Von ärztlicher Seite werden das Vorgehen und vor allem die nicht erfolgte Information im Vorfeld ebenfalls massiv kritisiert. Es besteht die große Gefahr, dass psychisch erkrankte Menschen sich ihre Medikamente nicht mehr leisten können und dementsprechend nicht mehr einnehmen. Die Auswirkungen können katastrophale Folgen haben und in erheblichen Krisen und langwierigen Krankenhausaufenthalten (die es auch nicht zuzahlungsfrei gibt) münden. Bei rechtzeitiger Information hätten Ärzte und Patienten gemeinsam nach einer Lösung schauen können, zum Beispiel die Umstellung auf ein kostengünstigeres Medikament oder entsprechende Generika. Aber auch das ist nicht immer möglich. Für das Medikament Ciatyl Z gibt es zum Beispiel kein zuzahlungsfreies Präparat mit demselben Wirkstoff. Eine Umstellung auf Tropfen ist aufgrund des Alkoholgehaltes auch nicht für alle Patienten möglich.

Wie Eingangs erwähnt erfolgten die Umstellungen mit der Zielsetzung, die

Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich zu senken. Dieses Ziel wurde aus Sicht der Krankenkassen erreicht. Diese zahlen weniger für die Medikamente. Aber auch die Pharmaunternehmen können sich als Gewinner sehen, denn sie bekommen weiterhin den gleichen Betrag für ihr Produkt. Der einzige Verlierer in diesem System ist der chronisch erkrankte Mensch, der jetzt einen ganz erheblichen Betrag zusätzlich für die benötigte Arznei bezahlen muss.

Die Situation wird sich für chronisch erkrankte Menschen kurzfristig nur dann verbessern, wenn die beiden Gewinner (Krankenkassen und Pharmaunternehmen) sich bemüht sehen, ihren finanziellen Erfolg zu verringern, um die Patienten zu entlasten. Und nun die Frage an den Leser: Für wie wahrscheinlich halten Sie das?

## Impressum:

Herausgeber: Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. ViSdP: Dr. Norbert Schalast, Nettetal

Geschäftsstelle der RGSP beim Psychosozialen Trägerverein e.V. Eichenstr. 105 – 109 42659 Solingen

Ansprechpartnerin: Gabi End  
Vertreterin: Gabi Reimann  
Montag bis Donnerstag 8.00 – 16.30  
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr  
Telefondurchwahl 0212-24821-20  
Faxdurchwahl 0212-24821-55  
rgsp@ptv-solingen.de  
www.rgsp.de

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion bzw. des RGSP-Vorstandes wieder.

# Aus der Vorstandsarbeit der RGSP

Stefan Corda-Zitzen

Im Oktober hatten wir mit dem gesamten Vorstand einen spannenden und arbeitsintensiven Verbandsnachmittag bzw. Vorstandsklausurtag, der vom DGSP-Geschäftsführer Richard Suhre moderiert wurde.. Diskussionsthemen waren hier die gute Vernetzung mit anderen Verbänden und Einrichtungen (z.B. AGpR und Hochschule Niederrhein), Antistigma und Empowerment, fortlaufende Themen wie Soziotherapie, Integrierte Versorgung, geschlossene Heime, Maßregelvollzug sowie Gerontopsychiatrie. Vor allem aber bestätigte sich der im Anschluss der gemeinsamen Tagung mit der AGpR zum Thema „Junge Volljährige zwischen Nachsozialisierungsbedarf und Krankheitsbewältigung“ entstandene Eindruck, dass rund um die Themen ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ und ‚Junge

Heranwachsende in der Gemeindepsychiatrie‘ viel Diskussionsbedarf und jede Menge offene Fragen bestehen.

In den anschließenden Vorstandssitzungen hatten wir das Gefühl, dass das Thema nicht leicht einzugrenzen ist. Es gibt zum Beispiel viele Schnittstellen zwischen SGB VIII und XII. Wo fangen Zuständigkeiten an und wo hören sie auf? (Damit meinen wir nicht die Gesetzeslage, sondern das Hin- und Herschieben von Zuständigkeiten.) Wo sind die jungen Menschen mit ihren Problemen, die nicht ambulant „aufgefangen“ werden können? Hört man sich in den Einrichtungen der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe um, so scheinen die „Problemfälle“ oder sogenannten Systemsprenger immer häufiger zu werden. Die oft artikulierten Forderungen lauten: mehr Kooperation, bessere Vernetzung, re-

gelmäßigere Fachtagungen, multiprofessionelle Teams, weniger Unterschied zwischen ‚pädagogisch‘ und ‚psychiatrisch‘ u.a.m.. Man wünscht sich gemeinsame Fallbesprechungen, schnellere Hilfen und Kostenzusagen und eine gemeinsamen Sprache der irgendwie Beteiligten.

Der RGSP-Vorstand begrüßt es sehr, dass der LVR trotz knappem Haushalt in den nächsten drei Jahren neun Modellregionen im Rheinland zu diesem Thema fördert. Hier soll es vor allem darum gehen, Niedrigschwelligkeit und Vernetzung zu gewährleisten. Abschließend bleibt zu erwähnen, dass die Vorstandssitzungen gut besucht werden und wir hoffen, dass auch im kommenden Jahr wieder viele Teilnehmer an den offenen Vorstandssitzungen teilhaben.

## DGSP-Fortbildung

Voraussichtlicher  
Beginn Februar 2011

Dieses Fortbildungsangebot richtet sich an Leitungskräfte bzw. an MitarbeiterInnen, die sich für eine Leitungsaufgabe im Bereich Wohnangebote für psychisch kranke Menschen fachlich qualifizieren wollen.

## Leitung und Koordination von sozialpsychiatrischen Wohnformen (Heimleitung)

Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.  
Zeltinger Str. 9, 50969 Köln  
Tel.: 0221 - 51 10 02 - Fax: 0221 - 52 99 03  
E-mail: [dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)  
[www.psychiatrie.de/dgsp](http://www.psychiatrie.de/dgsp)

Fordern Sie die bitte  
ausführliches  
Informationsmaterial  
an.

**DGSP**  
Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.





## Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung

### im **Werkzentrum**

Träger: Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V. Mönchengladbach

**Sophienstr. 29 - 31**

**41065 Mönchengladbach**

**am: Mittwoch, den 23. Februar 2011**

#### Tagesordnung:

- Rechenschaftsbericht des Vorstandes
- Bericht der Kassenprüfer
- Aussprache
- Entlastung des Vorstandes
- Wahl des neuen Vorstandes
- Verschiedenes

Anträge und Ergänzungen zur Tagesordnung werden erbeten  
bis zum 10.02.2011 an die RGSP-Geschäftsstelle  
Solingen, den 09.01.2011 Dr. Norbert Schlast

**Anschließend: Vortrag und Diskussion mit**

**Martin Osinski (Neuruppin)**

## **Hilflose Helfer**

### **Gemeindepsychiatrie als Reparaturbetrieb der Gesellschaft?**

Martin Osinski ist Leiter des Fachbereichs Soziale Rehabilitation in Neuruppin,  
Vorsitzender der Brandenburgischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und  
Mitglied der Redaktion der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“

#### **Zeitplan:**

**18:30 Uhr: Mitgliederversammlung**

**19:30 Uhr: Getränke und kleiner Imbiss**

**20:00 Uhr: Vortrag Martin Osinski**

Wir bitten um Anmeldung – telefonisch oder per Email bei der RGSP-Geschäftsstelle  
Information zur Anreise finden Sie auf unserer Homepage ([www.rgsp.de](http://www.rgsp.de))  
Oder kontaktieren Sie die RGSP-Geschäftsstelle: 0212-24821-20 ([rgsp@ptv-solingen.de](mailto:rgsp@ptv-solingen.de))