

Ausgabe Dezember 2005

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das letzte Extrablatt in 2005 soll ein wenig einstimmen auf die RGSP-Tagung am 19. Mai 06 in Viersen, für die wir hochkarätige Referenten gewonnen haben. Die Tagung wird das gleiche Motto haben wie der nebenstehende Beitrag von Prof. Gunther Kruse, Hannover. Auf der letzten Seite finden Sie eine Vorankündigung mit ersten Informationen zum Tagungsprogramm.

Christiane Haerlin, ehemals Referentin für Beschäftigungs- & Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation beim LVR und Gründerin und Leiterin des BTZ Köln, geht in den Ruhestand. Friederike Steier-Mecklenburg und Hermann Mecklenburg (S. 3) würdigen ihre Pionierarbeit. Bei ihrem Wechsel in den Ruhestand begleiten sie unsere besten Wünsche, verbunden mit der Hoffnung, dass wir bald einen Beitrag von C.H. im Extrablatt bringen können.

Wir von der RGSP haben einen besonderen Grund, an Hanns Dieter Hüsich zu erinnern (Näheres S. 5).

Aus dem „Lichtblick-Newsletter“ dokumentieren wir einen Beitrag zum „Spartentheater Psychiatrie“ mit Leserzuschrift (S. 6). Noch aktueller: Ein erster großer Träger der Behindertenhilfe hat in eine pauschale Kürzung seiner Kostenerstattung eingewilligt. Wir kommentieren (S. 7)

Alles Gute zum Neuen Jahr!
Norbert Schallast

Inhalt

Forensik – Psychiatrie der Zukunft	1
Christiane Haerlin in Ruhestand	3
Erinnerung an H.D. Hüsich	5
Spartentheater Psychiatrie	6
Billigere Behindertenbetreuung	7
Impressum	7
Zur EU-Dienstleistungsrichtlinie	8
Vorankündigung RGSP-Tagung	8

Forensik – die Psychiatrie der Zukunft?

Unter diesem Motto hat Prof. Gunther Kruse in den Sozialpsychiatrischen Informationen 2/2005 zu aktuellen Problemen der Versorgungspsychiatrie Stellung genommen. Die RGSP plant zu diesem Thema eine Tagung am 19. Mai 2006 (siehe letzte Seite), für die wir Herrn Kruse als Referenten gewonnen haben. Wir bringen Auszüge seines pointierten, zum Teil satirisch überspitzenden Beitrags, mit freundlicher Genehmigung des Psychiatrieverlags.

Die allgemeine Versorgungspsychiatrie befindet sich zumindest im klinischen Bereich in einem vielfältig verursachten und ausgestalteten Dilemma. ...

So verkürzt sich aus kostenbedingten und juristischen Gründen die Verweildauer in der Versorgungspsychiatrie so drastisch, dass das, was man unter einer vernünftigen, Gewinn bringenden, ausreichenden notwendigen stationären Behandlung oder gar Psychotherapie versteht, praktisch kaum noch sichergestellt werden kann. ...

Bekanntermaßen werden Patienten durch verfrühte Entlassungen nicht gesünder, im Gegenteil, die Nachbehandlung wird komplexer, da gar nicht ausprobiert werden konnte, ob die symptomreduzierende Medikation letztendlich diejenige ist, die auch als Erhaltungs-dosis vorgesehen werden muss. So kommt es immer häufiger vor, dass Patienten mit zwei oder drei verschiedenen Medikamenten entlassen werden, weil es ihnen im Moment einigermaßen geht, obwohl eigentlich die Einstellung auf ein einziges Präparat erforderlich wäre. Ein niedergelassener Nervenarzt ist wegen der notwendigen Häufigkeit der Kontakte in der dann notwendigen Pro-

zedur überfordert, immerhin gibt es ja Institutsambulanzen, die das dann versuchen können.

Auch juristische Gesichtspunkte machen das Arbeiten in der allgemeinen Versorgungspsychiatrie schwerer. Nicht nur, dass die Voraussetzungen zur Einweisung nach dem PsychKG oder dem Betreuungsrecht primär schon relativ hoch angesiedelt sind (Gott sei Dank?!), mit der Folge, dass garantiert nur dann Patienten eingewiesen werden, bei denen schon Schlimmeres eingetreten ist als nur ihre Behandlungsnotwendigkeit, nein auch, dass, wenn jemand nach den entsprechenden (für die Einweisung erforderlichen) schädlichen Handlungsweisen bereits eingewiesen ist, er – viel eher als es früher üblich – entlassen wird, weil die (körperliche) Freiheit der Person über die medizinische Behandlungsnotwendigkeit gesetzt wird.

Selbst wenn die Amtsgerichte - man darf dabei allerdings sagen, aus unterschiedlichsten Gründen (negatives Beispiel: Aufwandsvermei-

**Einladung zur RGSP-MV
am 28. März 06
siehe Seite 2**

dung) - noch relativ gut »mitspielen« sollten, heben Landgerichte, gewissermaßen vom grünen Tisch her (rechtlich gesehen aus formalen Gründen vielleicht sogar zu Recht) die Unterbringung auf, mit der Folge, dass sich in der Gemeinde psychisch Kranke bewegen, die in der guten alten Zeit zu ihrem eigenen und zum Schutz Fremder deutlich länger in der psychiatrischen Klinik verblieben wären. ...

Noch mehr des Jammerns

Als beklagenswert ist zusammenzufassen, dass die Fortschritte, die die stationäre Psychiatrie in diagnostischer, therapeutischer und humaner Hinsicht erreicht hat, nicht mehr an den Patienten gebracht werden können. Zunehmend häufiger kommt es deshalb im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen zu Straftaten, wodurch dann die forensische Psychiatrie immer mehr ins Spiel gerät. Dazu passt, dass parlamentarische Überlegungen, eine ambulante Zwangsbehandlung rechtlich zu etablieren, ausgerechnet von jenen abgelehnt wird, die sonst »volles Rohr« für die Prävention und Frühintervention argumentieren. Dabei könnte es eigentlich nur darum gehen, einigen wenigen Gefährdeten und (!) Gefährlichen, mit einigem Nachdruck, rechtlich abgesichert, eine *ambulante* Behandlung zum richtigen und vorbeugenden Zeitpunkt aufzunötigen. Eine Behandlung erfolgt so oder so, ebenfalls *zwangsweise*, aber *vollstationär* oder sogar forensisch und/oder erst nachdem etwas Schlimmes (Inmitleidenschaftsziehung Unbeteiligter z. B.) passiert ist, und dann auch noch mit Neuroleptikadosierungen in den ersten drei Wochen, die sonst nur

in drei Jahren ambulanter (ggf. Zwangs-) Behandlung zur Anwendung gelangt wären. ...

Ausweitung der Forensik

Das Stichwort »Forensifizierung« ist ja seit einiger Zeit in aller Munde. Eigentlich sah man darin eine beklagenswerte Entwicklung, weil man damit zum Ausdruck bringen wollte, dass psychisch Kranke offenkundig häufiger, schneller oder gar leichtfertiger nach §§ 63, 64 StGB eingewiesen werden. Man wollte damit vielleicht auch dahingehend Kritik üben, dass die eingewiesenen Patienten angesichts des Drucks aus der Boulevardpresse, auf den die Politiker natürlich wieder einmal postwendend reagiert haben, bedeutend länger in den forensischen Kliniken verweilen müssen. ...

In der Bundesrepublik gibt es inzwischen wohl mehr als 10000 offizielle Forensikbetten (zuzüglich jenen, in denen in der Allgemeinpsychiatrie auf ein Forensikbett gewartet wird), immerhin schon wieder 10 % der abgebauten Langzeitbetten, die natürlich auch noch da sind (nur mit neuem Namen oder in neuem Gewand: Heim statt Langzeitbereich, aber auch Betreutes oder Unterstütztes Wohnen mit 1:1 Betreuung, nur um an einer sechspurigen Straße in der Stadt statt auf dem Lande im beschützten Rahmen wohnen zu können). ...

Entlastung der Krankenkassen

Die Krankenkassen werden den Trend zur verstärkten Inanspruchnahme der Forensik mit Freude sehen, denn Kostenträger sind nicht mehr sie, sondern die Ministerialbürokratie, auf deutsch, der Steuerzahler. Wenn man dafür Sorge trägt, ggf. mittels des Medizinischen Dienstes der Kranken-

kassen, die Verweildauer in der Psychiatrie gen Null zu reduzieren, wird sich die Anzahl der Patienten in der Forensik entsprechend erhöhen, was – wie gesagt – zu einem erfreulichen Senkungseffekt der Kassen-Kosten führen wird, sodass die Kassenbeiträge vielleicht wegen der Psychiatrie tatsächlich eines Tages reduziert werden können.

Aber, wie gesagt, auch ich als Therapeut freue mich inzwischen makabrerweise darüber, weil all die Errungenschaften, die die moderne Sozialpsychiatrie im Rahmen stationärer, teilstationärer, flankierender, extramuraler Leistungen und Dienste mühselig aufgebaut hat, zwar nun besonders im stationären Rahmen wieder verloren gehen, aber in der Forensik wie selbstverständlich vorgehalten werden. Diesbezüglich mag es aber durchaus regionale Einschränkungen geben!! ...

Neid auf forensische Ressourcen

Die Forensik bietet gewissermaßen zumindest teilweise eine vernünftige Wiederauflage der zurecht abgeschafften Langzeitbereiche in den alten Landeskrankenhäusern, deren Unrecht aber im Wesentlichen in der Fehlplatzierung von Menschen lag und nicht so sehr darin, dass hier längerfristige Behandlungen möglich gemacht wurden (es ist klar, dass es sich seinerzeit nicht um Behandlungen gehandelt hat!).

Der Verfasser wird im Rahmen seiner umfassenden Gutachtertätigkeit für Maßregelvollzugspatienten nicht selten blass vor Neid, wie mustergültig die Patienten aus der Forensik auf ihre Entlassung vorbereitet wurden, welche neuen Chancen

Vorankündigung

Für **Dienstag, den 28. März 2006** laden wir zur jährlichen **RGSP-Mitgliederversammlung** ein.

Ort: Rheinische Kliniken Viersen, Patientenbibliothek

Beginn: 19:00 Uhr

Tagesordnung: Bericht des Vorstandes, Kassenbericht, Aussprache, Verschiedenes

Die offizielle Einladung mit weiteren inhaltlichen Informationen versenden wir im Februar.

Der Vorstand der RGSP

erarbeitet wurden, wie gut dadurch die Prognose zumindest zu sein scheint, während die Versorgungspatienten oft in einem kläglichen, anbehandelten unvollkommenen Zustand auf die Menschheit und somit auch auf sich selbst losgelassen werden (müssen). Jüngst hatte der Autor wieder das Vergnügen, einen Patienten, der fünf Jahre in der Forensik in Behandlung

war, nachdem er zuvor mehr als zehn Jahre sich und seinen Stadtteil mit seiner Psychose terrorisiert hatte, zu begutachten. Kurz vor einer von ihm angezettelten Großkatastrophe war er festgenommen, also immer noch nicht in die Psychiatrie eingewiesen worden, das geschah dann aus der Haft durch das Gutachten, was schließlich in die Forensik führte. Er war inzwischen durch die vielschichtige Thera-

pie ein in einer WG lebender völlig unauffälliger Mann mit einem gehobenen Schulabschluss, guter sozialer Integration, angemessenen Vorstellungen über seiner Zukunftsmöglichkeiten und verstand sogar ironische Witze. Was will man mehr!?!? ...

Langfassung des Beitrags siehe „Sozialpsychiatrische Informationen“ Heft 2 /2005.

Rente statt Arbeit

Christiane Haerlin geht in den „Ruhestand“

Friederike Steier-Mecklenburg & Hermann Mecklenburg

Sie reiht sich damit ein in den Kreis der sozialpsychiatrischen Gründergestalten Deutschlands, die seit einigen Jahren – eine nach der anderen – die aktive berufliche Bühne verlassen.

Christiane Haerlin wurde in Wien geboren. Ihr Vater arbeitete da als Journalist. Sie wuchs nach dem Kriege in Stuttgart auf und ging dort bis zum Abitur zur Schule.

Sie war eine der ersten, die sich in den frühen sechziger Jahren der damals in Deutschland neu etablier-

ten Berufsausbildung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin zuwandte. Nach einer ersten kurzen beruflichen Etappe in einem Lungen-sanatorium arbeitete sie rasch in der Psychiatrie. 1966 erhielt sie ein Stipendium zum Studium der englischen Sozialpsychiatrie, welches sie durch einen anschließenden einjährigen Aufenthalt an der Universität Heidelberg vertiefte.

Ihr Arbeitsleben als Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin in der Psychiatrie begann im Eldorado der Sozial-

psychiatrie weltweit: bei Douglas Bennett am Maudsley-Hospital, der Londoner Universitätsklinik. Sie konnte vier Lehr- und Erfahrungsjahre dort verbringen, und man spürte immer wieder, wie sehr diese Zeit sie beruflich, aber auch persönlich durch die damals entstandene tiefe Freundschaft mit Douglas Bennett, den sie als ihren psychiatrischen Lehrer betrachtet, ihr Leben lang geprägt und getragen hat. Sie hatte bereits in London ihren Schwerpunkt auf die Arbeitstherapie gelegt, die dann ihr Lebensthema wurde. Diesen Schwerpunkt erweiterte und vertiefte sie um das Feld der Rehabilitation durch die anschließende Tätigkeit bei der ‚Stiftung Rehabilitation‘ in Heidelberg, wo sie den Bereich Berufsfindung aufbaute und verantwortete.

Schließlich kam sie 1976 dort an, wo sie dann ihr berufliches Leben lang mit ihrer ganzen fachlichen Kompetenz und ihrem Herzen bleiben sollte: dem Beruflichen Trainingszentrum. In Wiesloch war sie an der Planung, dem Aufbau und für den Bereich Arbeitstherapie an der Leitung des ersten BTZ beteiligt, welches die Blaupause lieferte für alle bis heute entstandenen Beruflichen Trainingszentren für Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Es gab dann eine Periode (aus der Rückschau betrachtet eine Interimszeit) von sieben Jahren, in denen Christiane Haerlin bei dem größten Träger psychiatrischer Krankenhäuser, dem Landschaftsverband Rheinland, als Referentin für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und berufliche Rehabilitation tätig war und insbesondere die oft noch kustodial-konservative klinische Ergotherapie

1. Workshop im Rahmen des Projektes „Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen“

„Wehrt euch – beschwert euch“

Beschwerdewesen – ein Qualitätsmerkmal von Gemeindepsychiatrie

Termin und Ort: 7. / 8. April 2006 in Fulda

Zielgruppe: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Psychiatrie-Mitarbeiter, die im Bereich Beschwerdewesen ehrenamtlich oder hauptamtlich tätig sind oder die eine Beschwerdestelle gründen / im Bereich Beschwerdewesen arbeiten wollen

Themen u.a.:

- Vortrag und Diskussion: Warum Beschwerdestellen? (Möglichkeiten und Grenzen; Qualität u.a.)
- Darstellung und Erfahrungsaustausch der unterschiedlichen Beschwerdeinstanzen
- Beschwerdemöglichkeiten in der EU – Information und Anregungen
- Wie geht es weiter? – Grundlagen der Vernetzung

Die Teilnehmerzahl ist auf ca. 60 Personen begrenzt. Information und Anmeldung:

DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

Tel.: (02 21) 51 10 02 Fax: (02 21) 52 99 03

E-Mail: gudrun.uebele@dgsp-ev.de

nachhaltig prägte durch die Entwicklungsimpulse, die sie gab. 1992 kam sie zurück in ihre Welt als Gründerin und Leiterin des BTZ Köln, aus dem sie jetzt ausscheidet. Von Köln aus wurde sie zu einer „Institution“ in allen Fragen der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen, viel gefragt und viel gehört.

Christiane Haerlin ist ein 'zoon politikon' im besten Sinne des Wortes: Sie mischt sich ein, sie brennt an ihrem Interesse für die Gesellschaft, an ihrem Gemeinsinn. Schon in ihrer Heidelberger Zeit war sie als Beraterin in die Gründung des Mannheimer Zentralinstituts für seelische Gesundheit einbezogen. Sie war Mitinitiatorin des Mannheimer Kreises und Gründungsmitglied der DGSP. Sie ist eine begnadete Kommunikatorin: In professionellem Kontext als Trainerin für ‚themenzentrierter Interaktion‘, welche sie als Problemlösungs- und Gesprächsmethode liebt und pflegt. Im öffentlichen Raum dadurch, dass sie Menschen in Begegnung und ins Gespräch zu bringen vermag. Und sie hat immer wieder politische und administrative Entscheidungsträger ‚eingefangen‘ und von ihren Ideen überzeugt und begeistert.

Christiane Haerlin ist nie in Management-Distanz gegangen. Immer hat sie die Begegnung mit den psychiatriee erfahrenen Menschen gesucht. Sie hat auf die besondere soziale Kompetenz der Betroffenen hingewiesen, die sie aus deren hoher Sensibilität für zwischenmenschliche

Beziehungen ableitete und erlebte. Sie ging selbst regelmäßig zu berufsbezogenen Beratungsgesprächen in die Kölner psychiatrischen Kliniken und führte persönlich einen großen Teil der Vorfeldd Beratungen in der eigenen Institution durch, im gemeinsamen Suchen nach dem je individuellen Weg, dem Grundsatz ‚verhandeln statt behandeln‘ verpflichtet. Sie pflegte den Kontakt mit dem BPE, dem Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen. Sie stand den von den Nationalsozialisten zwangssterilisierten Menschen in ihrem Kampf um Wiedergutmachung bei. Sie war im beständigen Gespräch mit den Angehörigen.

Und dann natürlich der Zweck ihres ganzen Berufslebens: Arbeit für Menschen mit Handicaps. Es ist ihr ganz und gar unerträglich, rehabilitative Hilfen zu geben und die Teilnehmer bei der Arbeitssuche dann allein zu lassen. ‚Integration in Arbeit‘ ist im BTZ Köln vom ersten Tage an integrierender Teil der beruflichen Rehabilitation gewesen. Und ‚Integration in Arbeit‘ hat sie als unabdingbare Funktion in den Leitlinien des „Kölner Instrumentariums“ zur beruflichen Rehabilitation ausformuliert. In vielfältiger Gremienarbeit, in ihren Vorträgen und Veröffentlichungen stand diese Botschaft im Vordergrund. Sie hat ihren Finger gelegt auf die Versäumnisse der Sozialpsychiatrie in Deutschland, die sich auf ‚Freizeit‘ und ‚Wohnen‘ konzentrierte und die ‚Arbeit‘ als den vor allem Autonomie und Selbstwert fördernden Lebensbereich darüber vergaß. Schon in ihrer Wieslocher Zeit hat sie das Unter-

Erinnern / Vergessen / Kunststücke / Demenz

Der Paritätische Wohlfahrtsverband in Kooperation mit den Vereinigten Städt. Bühnen Krefeld und der Alzheimer Gesellschaft Krefeld e. V. gestalten ein Projekt im Jahr 2006, in dem sie auf künstlerischem Wege die Auseinandersetzung mit Fragen des Älterwerdens in unserer Gesellschaft suchen, sich auf vielfältige Weise an die Lebensweise demenziell veränderter Menschen annähern und konkret die Frage der Versorgung in Krefeld diskutieren wollen.

Die Auftaktveranstaltung wird der **Aktionstag am 19.03.2006** im **Stadttheater Krefeld** sein, wo u. a. Demente selbst ein Theaterstück zeigen und Krefelder Bürger die Gelegenheit erhalten, sich zu informieren. Das ganze Jahr hindurch werden sich die verschiedensten Einrichtungen dann mit Veranstaltungen beteiligen.

nehmen ‚Integra‘ mitgegründet, eine der ersten und bis heute florierenden Integrationsfirma. Sie ist ideengebend eingebunden in die europäische Arbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen, CEFEC.

Wir Kölner wissen, dass sich Christiane Haerlin nicht wirklich zur Ruhe setzt. Sie wird uns erhalten bleiben: handelnd, denken, streitend, mitfühlend wie je – und wir sind froh darüber.

Aus dem Kurzfortbildungsprogramm der DGSP 2006

Psychose und Sucht (17./18. Febr. in Meissen) · **Der Sinn des Wahnsinns – Psychose verstehen** (24./25. März Bielefeld) · **Krisenintervention bei schizophrenen und affektiven Psychosen** (24./25.04. Freiburg) · **Zum Umgang mit Suchterkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen** (21./22. Okt. Bielefeld) · **Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten** (16.06. Hamburg) · **„Neue Besen kehren gut“ Was brauchen neue Mitarbeiter/innen in der Psychiatrie?** (1./2. Sept. Frankfurt/M.) · **Therapeutische Möglichkeiten bei Menschen mit psychischen Störungen und Lernstörungen** (9./10. Sept., Königswinter) · **Seelische Krise und Aggressivität** (22./23. Sept. Bielefeld) · **Eigensinn und Psychose** (29./30. Sept. Köln) · **Kinder psychisch erkrankter Eltern** (20./21. Okt. Bielefeld) · **Retten was zu retten ist – Straftäter mit Suchtproblemen in Behandlung und Nachsorge** (8. Dez. Köln)

Weitere Infos: DGSP-Geschäftsstelle in Köln, Tel. 0221 - 51 10 02

In Erinnerung an Hanns Dieter Hüsch

Hans Dieter Hüsch, das schwarze Schaf vom Niederrhein, hat sich aus dem irdischen Staub gemacht, ist zum Himmel aufgefahren, wenn alles der Ordnung folgt, an die er glaubte. Wir von der RGSP haben einen besonderen Grund, seiner zu gedenken. Im Rahmen eines der „Viersener Badetage“ hat er den Kulturbeitrag beigesteuert, hat im Festsaal der (nun bald 100 Jahre alten) Viersener Psychiatrie unter anderem aus seinen Lebenserinnerungen vorgelesen. Er war diesem Ort in einer besonderen Weise verbunden. Infolge einer angeborenen Behinderung, eines Klumpfußes, hatte er in der Kindheit viele mehrwöchige Aufenthalte in der benachbarten Rheinischen orthopädischen Klinik verbracht. Er hatte sich gegen diese Aufenthalte vergeblich gesträubt, hatte Angst vor ihnen, denn sie waren mit schmerzhaften Operationen verbunden. Wie es einem kleinen Jungen in einem ordentlich geführten Krankenhaus in jener Zeit erging, darüber hat er uns wenig verraten. Noch in den frühen 60er Jahren war es so, dass Eltern ein Kind in der Orthopädischen Klinik

einmal in der Woche „besuchen“ durften, das hieß, hinter einer Scheibe stehend ihr Kind anschauen und ihm zuwinken durften. Als Hanns Dieter Hüsch zehn Jahre alt war, konnte seine Mutter nicht einmal auf solche Weise zu ihm halten, da sie so früh verstarb. Wie er all dieses Leid bewältigte und verarbeitet hat, das hat er uns zumindest ahnen lassen. Der autobiographische Beitrag endete sinngemäß mit der Feststellung: Damals, in diesem Krankenhaus, habe ich begonnen, von der Gleichheit der Menschen zu träumen und an die Macht der Phantasie zu glauben.

Hanns Dieter Hüsch hat von der Gleichheit der Menschen nicht nur geträumt, sondern sich in vielfältiger Weise für sie eingesetzt. Er war unbequem, hat sein Fähnchen nicht in den Wind gehängt, wurde das „schwarze Schaf vom Niederrhein“, war den Bürgern nicht brav und der studentischen Protestbewegung nicht „politisch“ genug. In den letzten zwanzig Jahren haben wir ihn als einen kritischen Geist, einen aufmerksamen Beobachter, aber auch als einen veröhnlichen, seinem Publikum liebe-

voll zugewandten Künstler erlebt. Kalauer über das Äußere von Politikerinnen wären von ihm nicht zu erwarten gewesen, wie ihm Pointen „auf Kosten von ...“ überhaupt fremd waren.

Hanns Dieter Hüsch trat regelmäßig mit einer Orgel auf. Ihn deshalb als einen Organisten zu bezeichnen wäre zu weit gegangen. Er trat allein mit einer Orgel auf, ohne Organist zu sein. Er passte einfach in keine Schublade, ganz sicher nicht in die, auf der „Comedy“ steht.

In einem Interview hat er sich einmal dazu geäußert, wie er sich sein Ende wünschte. Seine Antwort lautete: „im Kreise meiner großen Familie immer weniger werden“. Dass er tatsächlich immer weniger geworden ist, das lässt die Krankheit, an der er lange gelitten hat, vermuten. Ob er die Geborgenheit und Sicherheit erfahren hat, die er sich gewünscht hat – aus der er als Kind immer wieder herausgerissen wurde –, das wissen wir nicht. Seine Zuversicht war: „Wir sehen uns wieder“. Ob sich dies erfüllen wird, wissen wir ebenso wenig. Beides wünschen wir ihm aber von Herzen.

DGSP-Projekt Beschwerdemöglichkeiten in der Psychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) erfasst im Rahmen eines auf 3 Jahre befristeten Projektes alle Möglichkeiten, sich über Probleme mit psychiatrischen Institutionen (Kliniken, Heime, gemeindepsychiatrische Einrichtungen o.ä.) zu beschweren.

In einer ersten Phase sollen die Bedingungen, unter denen die Beschwerdestellen arbeiten, sowie die rechtlichen Grundlagen herausgearbeitet werden. Dazu bitten wir alle, die uns Hinweise und Informationen über Beschwerdestellen o.ä. in ihrer Umgebung geben können, um Unterstützung. Begleitet von einem dialogisch besetzten Projektbeirat werden anschließend Wege gesucht, die unterschiedlichen Beschwerdemöglichkeiten miteinander zu vernetzen und einheitliche Grundlagen für die Arbeit zu schaffen. Dazu werden zwei Workshops veranstaltet, die sich gezielt an Mitarbeiter von Beschwerdestellen und Nutzer wenden.

Ziel des Projekts ist es, über die Herausgabe einer Broschüre und über das Internet die Existenz von Beschwerdemöglichkeiten öffentlich bekannt zu machen und so die Beschwerdeführer zu ermutigen, von ihrem Recht der Beschwerde Gebrauch zu machen.

Informationen über Beschwerdemöglichkeiten können an die

Geschäftsstelle der DGSP e.V., Zeltinger Straße 9, 50969 Köln
zu Händen von Gudrun Uebele

gerichtet werden. Eine Kontaktaufnahme kann gerne auch telefonisch unter 0221/511002 oder per e-mail über gudrun.uebele@dgsp-ev.de erfolgen.

Spartentheater Psychiatrie

Ein Beitrag aus dem „Lichtblick – Newsletter“ Nr. 164 vom 22.08.05
verfasst von Ulrike Schob

Was ist das nur für ein Sparten-Theater rund um die Psychiatrie? Da gibt es beispielsweise die Sparte „sozial“, „demokratisch“, „systemisch“, „dynamisch“ - und jetzt auch noch „personenzentriert“. Sie alle geben vor, sich für psychisch Kranke ins Zeug zu legen. Tun sie das wirklich? Wie wirken sich die teilweise widersprechenden und abgrenzenden Inhalte auf die Qualität psychiatrischer Versorgung aus? Jedenfalls gibt es keinen anderen Fachbereich mit so vielen Nebenbezeichnungen. Oder haben Sie schon von einer sozialen Gynäkologie, dynamischen Kardiologie, systemischen Urologie, personenzentrierten Chirurgie und demokratischen Anästhesie gehört? Bemerkenswert, was renommierte Psychiater allein über die „Sozialpsychiatrie“ schreiben: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie, oder sie ist keine Psychiatrie“ (Dörner). „Angewandt ist Psychiatrie immer Sozialpsychiatrie“ (Finzen). Recht haben sie! Leider gibt es für dieses Sparten-

Theater rund um die Psychiatrie einen Markt fragwürdiger Konzeptionen und Projekte mit unzureichendem oder fehlendem Wirksamkeitsnachweis. Dabei geht es doch nur noch um die Kohle. Dazu erklärte Klaus Dörner in der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“ (4/2004, S. 21, 22): „Was bei Sachen funktioniert, muss auch für Menschen gelten, auch wenn diese zugleich zu Kundenkönigen und zu Waren werden, an denen man solange festhält, wie sie sich melken lassen, sonst aber an die Konkurrenz verkauft.“ Es drängt sich der Eindruck auf, dass der psychisch Kranke solange als „Ware“ behandelt wird, bis der Kostenträger oder die Einrichtung meint, dieser Kunde ist oder wird ihm zu teuer oder zu unbequem. Dann wird der Betroffene entsorgt, z.B. in ein anderes Bundesland, wie Sondermüll auf einer Deponie. Kein Mensch hält das auf Dauer aus: Immer wieder fremde Umgebungen und Personen. Die Angebote aus Therapie, Selbsthilfe und Reintegration müssen am

Wohnort stattfinden. Das gilt besonders für schwerst erkrankte Menschen.

Es ist zu befürchten, dass im neoliberalen Zeitgeist von Patientenautonomie und Ökonomisierung die „personenzentrierten Hilfen“ nur noch die Menschen erreichen, die in der Lage sind, diese einzufordern. Energie und Zeit an „dankbare“, leicht erkrankte Menschen zu binden, ist eben vorteilhaft. Diese „Wünsch-Dir-Was“-Mentalität wird dazu führen, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Betroffenen vernachlässigt werden. Wer übernimmt für die Folgen die Verantwortung?

Wir danken der Lichtblick-Redaktion für die freundliche Genehmigung zum Abdruck. Im Internet finden Sie den Newsletter unter www.lichtblick-newsletter.de. Er kann ohne Spam-Risiko kostenlos abonniert und jederzeit abbestellt werden.

Hierzu gab es im „Lichtblick – Newsletter“ Nr. 167 folgende Leserinnenzuschrift

Liebe Lichtblick-Redaktion, um mit Ihrer Schlussfrage: „wer übernimmt für die Folgen die Verantwortung?“ zu beginnen: natürlich niemand, denn eine Verantwortlichkeit würde ein einheitliches und verbindliches Konzept voraussetzen, an dessen Erfüllung bzw. Nichterfüllung dann auch eine Verantwortlichkeit festgemacht werden könnte.

Aber damit sind wir genau an der von Ihnen beklagten Situation. Ich stimme Ihnen voll und ganz zu, dass es auch aus meiner Sicht in der Psychiatrie allgemein und im Bereich der komplementären Systeme ganz besonders einen Wildwuchs gibt, für dessen Facetten mit immer neuen klingenden Namen ein Bedarf suggeriert wird. Entscheidend erleichtert

wird diese Entwicklung jedoch dadurch, dass von interessierter Seite immer wieder die Frage diskutiert wird, in wie weit es sich bei psychischen Störungen um Krankheiten handelt oder um die Folge gesellschaftlicher und sozialer Verwerfungen. Selbstverständlich muss es jedem - und insbesondere den Betroffenen selbst - gestattet sein, solche Fragen zu stellen und die Antworten sind sicher nicht immer eindeutig, aber genauso selbstverständlich erscheint es mir, dass dadurch „Heilsbringer“ unterschiedlichster Couleur bis hin zu zwielichtigen „Therapien“ auf den Plan gerufen werden.

Eine andere Ursache sehe ich, wie Sie offenbar auch, in finanztechnischen Gründen. Eine aus meiner Sicht fatale

Entwicklung zur Vermeidung von Dauerlasten in den Haushalten, die weit über die Psychiatrie und sogar weit über das Gesundheitssystem hinausgeht, führt dazu, dass die Kostenträger zunehmend nur noch „Projekte“ fördern. In den dafür erforderlichen Projektanträgen kommt dem Punkt „Innovation“ eine herausragende Bedeutung zu - hier spreche ich aus eigener Erfahrung. Was liegt also näher, als „innovative“ Projekte zu erfinden, um die Finanzierung für ein im Einzelfall vielleicht durchaus sinnvolles Vorhaben zusammen zu bekommen. Und, das wissen wir ja alle, ist die Geburt erst mal vollzogen, beginnt das Eigenleben des Sprösslings.

Bleiben noch zwei Thesen, die ohne

großen Apparat wohl schwer zu belegen sind:

- Es ist sehr viel Geld im System und das weckt Begehrlichkeiten - und dass diese sich vorrangig auf „systemkompatible“ Personen richten, versteht sich von selbst.

- Die Psychiatrielandschaft mit ihren vielen Nischen stellt einen vorzüglichen Tummelplatz zur Befriedigung der persönlichen Eitelkeiten dar - so nach dem Motto „Neue These - viel Ehre“ (oder doch wenigstens viel Aufmerksamkeit).

So ist auch mein Fazit nicht eben sehr optimistisch:

1. An konkreten, praktischen Hilfen kommt nach meiner Beobachtung immer weniger bei den Hilfebedürftigen an - das zersplitterte System produziert natürlich auch großen Overhead wie Tagungen, Seminare,

Fortbildungen, Abstimmgespräche, Arbeitskreise - alles enthalten im Personalschlüssel für den jeweiligen Bereich - und damit bleibt immer weniger Zeit für die Arbeit mit dem Patienten und seinem Umfeld.

2. Diejenigen Menschen, die engagiert und ergebnisorientiert mit ihren Patienten bzw. Klienten arbeiten wollen (und könnten), sind gefangen in dem System, belastet mit vielen eigentlich berufsfremden Aufgaben, ihrem Arbeitgeber und dessen Zielen verpflichtet oder als Selbständige im wirtschaftlichen Überlebenskampf.

3. Wirklich an den Interessen der „Nutzer“ orientierte Ansätze für Verbesserungen der Versorgung drohen in der Vielfalt unterzugehen - vielleicht auch, weil sich mit der Weiterentwicklung von Bestehendem nicht so viel Staat machen lässt wie mit

dem Ausrufen einer neuen, mit einem markanten Label versehenen Richtung. Vielleicht sollten auch wir Angehörigen da manchmal etwas genauer hinsehen und uns nicht blenden lassen.

4. Das aus meiner Sicht Wichtigste und Bedrückendste, das Sie in Ihrem Beitrag ja auch betont haben, bleibt aber: schwer kranke und im Umgang schwierige Patienten fallen immer mehr aus dem System heraus; sei es, weil sie in die Settings nicht hineinpassen oder sei es, dass sie gar nicht in der Lage sind, die möglichen Hilfen in einem so komplizierten System einzufordern oder sich gegen bestimmte Maßnahmen zu wehren. Und innerhalb dieser Gruppe ganz besonders schlecht dran sind diejenigen, die keine Familie, keine Freunde, kein soziales Umfeld (mehr) haben!

„Billig-Anbieter für die Betreuung“ Meldung der TAZ vom 13.12.05

„Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) hat einen ersten Sieg errungen: Das Gelsenkirchener Sozialwerk St. Georg verpflichtet sich, die Kosten für die Betreuung der 1.800 Menschen mit Behinderungen in seinen Einrichtungen um 1,5 Prozent zu senken. "Wir wären sehr zufrieden, wenn wir solche Vereinbarungen landesweit mit allen erreichten", sagte LWL-Direktor Wolfgang Schäfer. In Zukunft müsse jeder Einzelfall günstiger werden. Seit Monaten streiten der LWL und Sozialverbände um das neue Spargebot des LWL. Wohlfahrtsverbände und Angehörige von behinderten Menschen warfen Schäfer vor, Preisdumping auf dem Rücken der behinderten Menschen zu betreiben.“

Anmerkung der RGSP

Es ist zu erwarten, dass dies nicht die letzte Meldung dieser Art bleibt. Sicher ist verständlich, dass sich die Vertreter der Kostenträger über die Senkung von Kosten freuen. Dennoch bleibt ja die Frage: wie soll es gehen, worauf soll verzichtet werden? Werden jetzt weniger qualifizierte oder schlechter bezahlte Mitarbeiter die Arbeit tun? Werden besonders schwierige Menschen nicht mehr betreut?

Die RGSP ist der Auffassung, Preisdiskussionen können nicht ohne Qualitäts- und Leistungsdiskussionen geführt werden. Wenn die politische Vorgabe ist, zu sparen, muss die Politik auch erklären, worauf verzichtet werden soll: wer ist für eine Betreuung zu teuer, für wen lohnen

sich die Kosten nicht mehr, wer soll keinen Zugang zum Versorgungssystem finden ... Sicher sind dies unangenehme und schwer zu stellende Fragen. Ihre Beantwortung ist aber im Rahmen einer Preisdiskussion unvermeidbar. Die neue Strategie zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist die Methode der Zielvereinbarungen, die jedoch auch nur eine Verschiebung der Verantwortung für Leistungsänderungen an die Leistungserbringer darstellt. Leistungserbringer sollen selbst entscheiden, worauf sie verzichten, wen sie nicht mehr versorgen oder wer nur noch unzureichend versorgt wird. Letztendlich also eine Verschiebung politischer Entscheidungen in das operative Geschäft statt gemeinsamer Lösungen. Das ist beklagenswert! (R. Sz.)

Impressum:

Herausgeber: Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
V i S d P: 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 0212-24821-10

rgsp@ptv-solingen.de
www.rgsp.de

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

Resolution zur Dienstleistungsrichtlinie der Europäischen Union

Bei der DGSP-Jahrestagung in Mannheim wurde eine in Eile erstellte Resolution zum umstrittenen Entwurf einer EZ-Dienstleistungsrichtlinie verabschiedet, die wir im Folgenden dokumentieren.

Die Dienstleistungsrichtlinie der Europäischen Union darf für den Gesundheits- und Sozialbereich nicht gültig werden.

Gesundheits- und Sozialdienstleistungen sind Dienstleistungen von allgemeinem Interesse und dienen der Daseinsvorsorge aller Bürgerinnen und Bürger. Mit Verabschiedung und Inkraftsetzung der Dienstleistungsrichtlinie befürchten wir vor allem:

Die erreichten Standards der Leistungserbringung in der Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung sowie Pflege psychisch gestörter Menschen werden vor allem durch die Regelungen des Art. 16 der Richtlinie in Frage gestellt. Dies gilt insbesondere für die Standards der Wohnortnähe, Lebensfeldorientie-

rung, Multiprofessionalität und – ganz besonders – regionale Versorgungs- verpflichtung.

Bestehende Mitwirkungsrechte von Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen werden ausgehöhlt, wie z.B. der Nutzerinnen und Nutzer, Angehörigen, Gebietskörperschaften und Leistungsträger.

Die Bildung von regionalen Hilfesystemen im Verbund wird erschwert bzw. verunmöglicht. Regionale Kompetenz und Verantwortung aller Akteure wird entwertet und zivilgesellschaftliches Engagement wird konterkariert.

Die gesetzlichen Grundlagen und die auf ihnen basierenden Vereinbarungen und Regelungen drohen obsolet zu werden. Damit ist eine Transparenz

für die Leistungsberechtigten nicht mehr gegeben.

Rechtssicherheit und Verbraucherschutz ist für die Bürgerinnen und Bürger nicht mehr gewährleistet.

Bestehende Rechte für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer werden ausgehöhlt.

Die Anwendung der EU – Dienstleistungsrichtlinie für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen ist zurück zu weisen!

Bei einer Fortentwicklung der EU – Politik in diesen Bereichen ist statt dessen Bezug zu nehmen auf das „Weißbuch zur Daseinsvorsorge“, den „Aktionsplan seelische Gesundheit“ und das „Grünbuch für seelische Gesundheit“.

Vorankündigung

Forensik – die Psychiatrie der Zukunft?

**RGSP-Tagung am Freitag, den 19. Mai 2006
in den Rheinischen Kliniken Viersen**

Die Tagung wendet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten und stationären Psychiatrie wie auch des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Welche Folgen hat das zunehmende Drängen von Kostenträgern auf kurze stationäre Behandlungszeiten für die Arbeits- und Behandlungsqualität? Gibt es Auswirkungen auf das Risiko psychisch kranker Menschen, straffällig zu werden und in den Maßregelvollzug zu geraten? Können Allgemeinpsychiatrie und Forensik voneinander lernen? Welchen Aufgaben kann die Gemeindepsychiatrie in diesem Spannungsfeld gerecht werden?

Referenten:

Prof. Dr. Gunther Kruse, Hannover, Ärztlicher Direktor des PKH Langenhagen (Hannover)

Prof. Dr. Hans Schanda, Wien, Justizanstalt Göllersdorf für psych. kranke Rechtsbrecher

Klaus Zunker, Essen, Abteilungsleiter beim Landesverband der Betriebskrankenkassen

Dr. Klaus Nouvertné, Solingen, Psychologe, Institutionsberater, Fort- und Weiterbildung ...

**Weitere Informationen erhalten Sie ab Februar per Post (Flyer),
bei der RGSP-Geschäftsstelle (siehe Impressum) oder unter www.rgsp.de**