

Ausgabe Anfang 2009

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gleich zu Beginn des neuen Jahres, für das wir Ihnen viel Glück und Erfolg wünschen, erscheint das neue Extrablatt.

Anlass, uns mit diesem zu sputen, ist die RGSP-Mitgliederversammlung, die am 11. Februar im Casino der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Viersen-Süchteln stattfinden soll. Die Einladung finden Sie auf der letzten Seite. Besonders freuen wir uns, dass wir für diese MV als Referenten Stefan Weinmann vom Institut für Sozialmedizin der Charité Berlin gewonnen haben. Sein unlängst im Psychiatrie-verlag erschienenen Buch „Erfolgsmythos Psychopharmaka“ hat schnell große Beachtung gefunden. Es ist ein ausgewogener und fundierter wissenschaftlicher Beitrag zur verstärkt geführten Diskussion über den tatsächlichen Ertrag psychopharmakologischer Behandlungen.

Besonders hinweisen möchte ich noch auf zwei Beiträge in diesem Heft, in denen aus Betroffenenicht Fragen der Bewältigung psychiatrischer Krisen diskutiert werden, von Johanna Neustart (S. 3) und Roland Hartig (S. 5), einem Mitinitiator des lichtblick-newsletters.

Mit herzlichen Grüßen und vielleicht bis zum 11. Februar!

Norbert Schalast

Zum Stand der Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände

Nils Greve, Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.
Vorstandsmitglied der BAG GPV

Der Begriff „GPV“ in der Entwicklung der Psychiatriereform

Das 1986 verabschiedete Förderprogramm für Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland war die erste Konkretisierung der sozialpsychiatrischen Vorstellung, dass Hilfen für psychisch Kranke, die in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt sind, komplex und integriert sein müssen. Während die Psychiatrie-Enquête 1975 noch von der „therapeutischen Kette“ sprach, an der entlang die jeweils erforderlichen Hilfen organisiert sein sollten, ist das SPZ die erste Formulierung einer Verbundstruktur: Aufsuchend-ambulante Dienste, Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätten sowie begleitende Hilfen im Arbeitsleben sollten ihre Hilfen möglichst weit gehend integrieren, eben unter dem gemeinsamen Dach des SPZ. Dadurch sollte das „Weiterreichen“ der Klienten entlang der gedachten „Kette“ möglichst vermieden werden – es ist ja für die Betroffenen mit Beziehungsabbrüchen und ständigen Umstellungen auf andere Konzepte verbunden, und für die eben erwähnte traditionelle Kerngruppe der Psychiatriereform ist dies oft eine Überforderung, an der wirksame Hilfe scheitert.

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Auswertung des Psychiatrie-Modellprogramms übernahm 1988 dieses Konzept unter dem Namen „Gemeindepsychiatrischer Verbund“. Gemeint ist in beiden Begrifflichkeiten – SPZ und GPV – eine möglichst einheitliche und verbindliche Trägerstruktur der Leistungserbringer, im Idealfall also ein einziger Träger, der alle erforderlichen Hilfen im Einzelfall aus einer

Hand – und aus einem Guss – erbringt. Viele Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland sind nach diesem Modell entstanden.

Die sozusagen „zweitbeste“ Lösung ist die enge Kooperation (Vernetzung) mehrerer Träger. Auch auf diesem Wege kann eine Annäherung heterogener Hilfekonzeptionen erreicht werden, und die Mitarbeiter der beteiligten Dienste können einfallbezogen so eng zusammenarbeiten, dass Wechsel der Hilfeform für die Klienten nicht mit Beziehungsabbrüchen einhergehen. Insofern ist im Rheinland die ursprüngliche Konzeption des „Gemeindepsychiatrischen Verbundes“ auf den ersten Blick flächendeckend verwirklicht. In allen Regionen existieren Sozialpsychiatrische Zentren, die entweder das Kernangebot gemeindepsychiatrischer Hilfen als einzelne Träger vorhalten oder Koordinierungsfunktionen in ihrer Region übernehmen.

Personenzentrierte Hilfeplanung

Allerdings nur auf den ersten Blick! Die Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich hat mit ihren Vorschlägen 1997 das Konzept der „personenzentrierten Hilfeplanung“ in die Diskussion eingebracht: Im Idealfall soll jeder Hilfesuchende passgenau jene Hilfen erhalten, die im Einzelfall geboten sind.

Diese Vorstellung war natürlich nicht neu, „eigentlich“ war das ja schon immer das Ziel jeder Behandlung, Rehabilitation oder lebensweltbezogenen Unterstützung. Bei näherem Hinsehen wird man der Kommission in ihrer Kritik unserer bisherigen Praxis aber wohl recht geben müssen: Helfende Einrichtungen

Inhalt

Entwicklung gemeindepsychiatrischer Verbände	1
Impressum	2
Psychoseerfahrene nicht per se inkompetent	3
Wenn eine Krise eskaliert	5
RGSP zum Bedarf psychiatrischer Krankenhausplätze	6
Vortrag Stefan Weinmann	7
Einladung zur MV am 11. Februar	8

neigen dazu, sich die passenden Klienten für die von ihnen vorgehaltenen Hilfen zu suchen – und nicht die Angebote in jedem Einzelfall passend zuzuschneiden.

Die Kommission forderte die Überwindung dieser „Institutionszentrierung“ der Hilfen und hat sich damit sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern dem Grunde nach durchgesetzt. Bundesweit werden integrierte Hilfeplanungen mit jedem einzelnen Klienten erarbeitet. Die Ausgangsfrage ist dabei stets: Was benötigt dieser Mensch an Hilfen? Erst an zweiter Stelle steht dann die Frage: Welche vorhandenen Angebote müssen in welcher Form zusammenwirken, um diesen individuellen Hilfebedarf zu decken?

Es versteht sich von selbst, dass ein solches Vorgehen eine enge Kooperation aller Einrichtungen erfordert – eben den Gemeindepsychiatrischen Verbund in der Region. Aber die Zusammenarbeit im Verbund erhält durch das Konzept der Personenzentrierung eine neue, zusätzliche Qualität. Die Hilfen müssen jetzt nicht mehr nur strukturell vernetzt sein, sondern auch inhaltlich aufeinander abgestimmt werden, sie müssen – aus der Sicht der Klienten – zueinander passen.

Mir ist bewusst, dass diese Darstellung sehr idealtypisch ist. Da ich selbst Leiter eines SPZ-Trägers bin, habe ich

wirtschaftliche Erfordernisse zu berücksichtigen. Außerdem hat unser Verein – wie alle Institutionen – ein Rahmenkonzept bzw. eine Unternehmenskultur.

Beides, die ökonomischen Bedingungen ebenso wie das Eigenleben der Institution, begrenzt die Anpassungsfähigkeit oder auch die Anpassungsbereitschaft an jeden erdenklichen Einzelfall.

Die Rede ist also allenfalls von Annäherungen an das Ideal der Personenzentrierung, also von der Frage: Was können wir tun, um dem Hilfebedarf und den subjektiven Bedürfnissen unserer Klienten und ihrer Angehörigen so individuell wie möglich gerecht zu werden?

Die Qualitätskriterien der BAG GPV

Die Aktion Psychisch Kranke hat mit ihrer Initiative zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände – BAG GPV – eine Antwort auf diese Frage versucht. Es handelt sich um die Kriterien, nach denen die BAG über Aufnahmeanträge entscheidet; sie geben unsere Vorstellungen recht gut wieder, wie die Leistungserbringer einer Region (Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer-Verband – GPLV) die Qualität eines Hilfeverbundes erreichen können. Ich kann sie hier nur stark gekürzt aufzählen; sie sind nachzulesen unter <http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp>.

1. Der GPLV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion. Dazu gehört ausdrücklich auch die regional zuständige Klinik; eigentlich natürlich auch die niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten, aber das ist nur in wenigen Regionen der Fall.

2. Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge im GPLV vertreten.

3. Der GPLV dient folgenden Zwecken:
a) der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe für Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet,
b) der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen,
c) der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung,

d) der Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen

4. Ein Kooperationsvertrag oder eine beschlossene Grundsatzerklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner bei der Erbringung sozialpsychiatrischer Dienstleistungen.

5. Die Mitglieder verpflichten sich, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als integrierte Leistung nach gemeinsamer Planung und Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer im Verlauf (zu erbringen).

6. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.

7. Die Mitglieder legen sich auf gemeinsame Qualitätsstandards für die einzelfallbezogene Leistungserbringung fest

8. Die Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf:

- regionale Hilfeplankonferenz,
- integrierte, zielorientierte, lebensfeldbezogene individuelle Hilfeplanung,
- einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen,
- koordinierende Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit,
- Teilnahme an Personenkonferenzen (einzelfallbezogenen Besprechungen).

9. Die Mitglieder beteiligen sich an einem regionalen Qualitätsmanagement

10. Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPLV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

11. Der GPLV muss seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich geregelt haben. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.

12. Der GPLV pflegt kontinuierlichen Austausch mit Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener und Angehörigen psychisch Kranker.

13. Der GPLV verpflichtet sich zur Beteiligung am regionalen Steuerungsgremium.

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.

Die BAG GPV

Auf dieser Plattform hat sich im März 2006 die „Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände“ – BAG GPV – gegründet. Ihr gehören derzeit 18 Mitgliedsregionen an, die sich auf die Qualitätsstandards geeinigt haben, in der Regel durch Kooperationserklärungen, und gemeinsam an ihrer Umsetzung arbeiten.

Die Mitgliedsregionen besuchen sich gegenseitig, um gemeinsam an der Verwirklichung der beschriebenen Qualitätsstandards zu arbeiten. Die BAG beteiligt sich außerdem mit Stellungnahmen an der Weiterentwicklung der Verbundkonzeption, z. B. zur Bedeutung der Hilfeplankonferenzen und der koordinierenden Bezugspersonen oder zur Umsetzung des persönlichen Budgets.

Aus NRW kommen sieben BAG-Mitglieder, davon drei aus dem rheinischen Landesteil: Solingen, Rheinisch-Bergischer Kreis und Kreis Mettmann. Ich denke, es ist kein Zufall, dass das Rheinland relativ stark vertreten ist, der LVR hat diese Entwicklung durch seine SPZ-Richtlinien ja früh angestoßen

und konsequent weiter verfolgt, und die AGpR als Vertretung der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer hat den Ball aufgenommen und vertritt die gleiche politische Ausrichtung.

Das kürzlich angelaufene LVR-Förderprogramm zur Kooperation zwischen Klinik- und Gemeindepsychiatrie entspricht dem Verständnis der BAG zu den Anforderungen an die Weiterentwicklung in den einzelnen Versorgungsregionen: Die zunächst formale Kooperation der beteiligten Leistungserbringer muss mit Leben erfüllt werden, wenn sie den angestrebten Nutzen für ihre Klienten/Patienten tatsächlich erreichen soll.

Einige kritische Anmerkungen

Das skizzierte Ideal eines GPV unter Einbeziehung aller wesentlichen Leistungserbringer ist bisher nirgendwo umfassend verwirklicht worden. Die individuelle Hilfeplanung und die regionalen Hilfeplankonferenzen beschränken sich noch weitgehend auf die sozialhilfefinanzierte Eingliederungshilfe und Hilfen im Arbeitsleben, und ich sehe noch nicht, dass zum Beispiel die medizinische und psychotherapeutische

Behandlung mit dem jetzigen IHP-Verfahren geplant werden könnten. Außerdem handelt es sich bei der Tätigkeit der Bezugspersonen lediglich um ein „koordinierendes“ formales Case-Management, dessen Wirksamkeit sehr begrenzt bleibt. Inwieweit sie „therapeutisch“ im Sinne einer tragenden helfenden Beziehung (gemeint ist nicht „psychotherapeutisch“ im engeren Sinne) wirksam werden, das dürfte im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Dazu trägt allerdings auch die Finanzierung der meisten Hilfen bei, die eine intensive therapeutische Beziehungsgestaltung nicht unterstützt – das dürfte für die stationäre Akutbehandlung in Kliniken ebenso gelten wie für das betreute Wohnen, um nur zwei Hilfen herauszugreifen.

Wir werden aufpassen müssen, dass gemeindepsychiatrische Verbundentwicklung nicht zu einer Alibiveranstaltung verkümmert. Ich hoffe, dass das Programm des LVR zur Förderung von Verbundkooperationen dazu beiträgt, solchen Tendenzen entgegenzuwirken.

Kontakt: nils.greve@ptv-solingen.de

Psychoseerfahrene sind nicht per se inkompetent und hilflos

Johanna Neustart

Die Autorin beschreibt in diesem Text ihren ganz besonderen Weg, sich mit der Gefährdung durch psychotische Krisen zu arrangieren, sich vor Überforderung zu schützen, Phasen aktiven psychotischen Erlebens autonom zu bewältigen und aus ihnen auch Lebensimpulse zu schöpfen.

Wieder einmal liegt eine mittelschwere Psychose hinter mir. Sie dauerte ca. fünf Wochen, und ich brachte sie ohne Klinikaufenthalt und Psychiater in meiner Wohnung hinter mich. Wohltuend waren regelmäßige Telefonate mit einer psychoseerfahrenen Freundin, die mir half, mein Material zu sortieren. Ich habe die Inhalte immer durchgearbeitet und fühle mich im akuten Zustand meinem Kern sehr nahe und doch zugleich so durchlässig für die atmosphärischen Schwingungen, die von anderen ausgehen.

Diesmal gelang es mir, meine Grenzen besser zu spüren und abzustecken, womit ich immer Probleme hatte, und

manchen Besuchern zu sagen, ich kann jetzt nicht weiter auf dich eingehen, es sind Irritationen da. Bearbeiten können wir sie, wenn ich wieder aus der Psychose raus bin. Andere Menschen waren jedoch einfach nur wohltuend, weil ich sie nicht als übergriffig empfand.

Hilfreicher innerer Beobachter

Der Kontakt mit anderen sorgte dafür, dass ich nicht in meinen Inhalten versank, und konnte von den inneren Bildern und der Redeflut in mir ablenken. Wenn ich diesmal nicht auch körperlich so down gewesen wäre, wäre ich wahrscheinlich viel früher wieder arbeiten gegangen. Ich kann die Psychose stundenweise ausblenden und habe mir

über die Jahre einen objektiven Beobachter eingepflanzt, der mir sagt, wann ich mich unangemessen verhalte und agiere. Ich habe mir angewöhnt, nur ganz wenig vom inneren Geschehen in Handlungen umzusetzen und mit Taten zu warten, bis die Psychose vorbei ist. Meinen Alltag kann ich auf Sparflamme weiter laufen lassen. Ich lege mich aufs Sofa und lasse der Psychose freien Lauf. Wenn es zuviel wird, unterbreche ich und sage, wir wenden uns jetzt wieder nach außen. Wenn ich psychotisch bin, empfinde ich mich als inneres Team, zusammengesetzt aus einer Reihe von Teilpersönlichkeiten.

Meine letzte Psychose handelte vor allem von Konflikten in meiner Herkunftsfamilie. Ich hatte das Gefühl, dass mich die Familie krank gemacht hatte und dass ich für alle zusammen stellvertretend verrückt geworden war. Ich sah plötzlich, dass meine dominante Mutter, wir alle, als Co-Abhängige von der Alkoholkrankheit meines Vaters, unter der ich als Kind und Jugendliche so gelitten hatte, beteiligt waren. Ich sah, dass mein Vater stellvertretend für alle die Verachtung trug.

Ich gehöre zu einer Kette von vier Generationen starker Frauen, aber meine Vorfahrinnen duldeten keine fremden Göttinnen neben sich. Ich wurde künstlich klein gehalten, sollte auf der einen Seite zwar relativ „gut“ sein, um meine Mutter als Resultat einer gelungenen Erziehung zu schmücken, aber durfte auf der anderen Seite nie besser sein als sie, was dazu führte, dass mir Minderwertigkeitskomplexe immer wieder ein Bein stellten und ich auch mein Studium trotz überragender Arbeiten nicht beenden konnte.

Job und Psychose

Mit meinem geschiedenen Mann habe ich mich ausgesöhnt. Wir führten über Jahre hinweg einen sehr massiven Scheidungskrieg. Mein Mann hat immer Unterhalt für die Tochter gezahlt, wofür ich sehr dankbar bin. Ich selbst ernährte mich als Sekretärin auf dem ersten Arbeitsmarkt. Bei meiner letzten Stelle wurde bekannt, dass ich an Psychosen leide. Ansonsten habe ich meine Erkrankung am Arbeitsplatz immer verschwiegen. Es kam durch einen dummen Zufall heraus und schwächte meine Position. Seit ein paar Jahren arbeite ich nur noch halbtags, weil ich sehr viel Ruhe und Schlaf brauche, um mich zu regenerieren. Seit Februar 2007 war ich wegen akuter Psychosen

und Burnout krank geschrieben. Inzwischen geht es mir besser. Die damalige Stelle habe ich verloren. Ich bin nun arbeitslos mit einer Nebenbeschäftigung in Rahmen eines internationalen Menschenrechtsprojekts bei einer psychiatrischen Forschungseinrichtung.

Teilhabe erkämpfen

Überhaupt meine ich, dass wir Psychiatrieerfahrene unser Erfahrungswissen und unsere Innenansicht der Krankheit der Psychiatrie wieder zuführen sollten als Entstigmatisierungs- und Aufklärungsarbeit. Sie könnten erheblich dazu beitragen, die in den Antidiskriminierungs- bzw. Gleichstellungsgesetzen verankerte Perspektive zu verbreiten, Kranke und Behinderte als Subjekt zu betrachten statt wie es lange üblich war als Objekt von Mitleid und Wohltätigkeit. Meine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben habe ich gegen viele Widerstände durchsetzen müssen, sie sollte selbstverständlicher sein.

Meine Psychose habe ich angenommen, ja sogar als Freund betrachtet. Sie half mir, Aspekte in mein Leben zu bringen, die vorher gänzlich vernachlässigt und zugeschüttet waren. Durch sie begann ich nach Jahren, fast Jahrzehnten der Versteinerung, mich lebendig zu fühlen und zu spüren. Ich habe mich von ihr faszinieren lassen. Aber ich habe ihr nie erlaubt, mich ins soziale Aus zu bugsieren. Ich habe mit ihr geredet und gesagt, ich richte mich nach dir, ich beachte dich, aber ich erwarte von dir, dass du mir draußen in der Welt keine Schwierigkeiten machst, denn dort muss ich meine Brötchen verdienen und den Kopf halten. Eigentlich habe ich mir alles erst nach meiner ersten Psychose aufgebaut. Vorher war ich schon lange depressiv und unfähig, meine Wohnung zu verlassen, geschweige denn vor eine

Prüfungskommission zu treten. Die Energie, meine Scheidung durchzuführen, mir Kenntnisse für einen Job anzueignen und mich erfolgreich zu bewerben, nahm ich aus meinen Psychosen. Zum Teil waren sie sehr düster, aber zum Teil habe ich das Gefühl, glücklich zu sein, erst in der Psychose erfahren. Ich habe mich leiten lassen von den inneren Bildern und mich geschützt gewusst. In 20 Jahren Psychoseerfahrung habe ich insgesamt nur drei Wochen in Kliniken verbracht.

Kritisches Handhaben notwendiger Medikation

Ich brauche allerdings Medikamente, die mir der Psychiater zur Verfügung stellt, aber die Dosierung nehme ich selbst vor. Andere in meiner Umgebung schaffen es ohne Medikamente. Heute denke ich, ich hätte niedriger und vorsichtiger dosieren müssen, aber es hat Reduzierungen und Absetzversuche gegeben. Jedesmal kamen die Symptome wieder. Inzwischen akzeptiere ich gelegentlich leicht abgehobene Zustände und nehme nur noch halb soviel an Medikamenten. Aber nicht nur daraus resultiert mein eingeschränktes Leistungsvermögen, sondern auch aus der Tatsache, dass ich mich 22 Jahre lang „zusammengerissen“ und kontinuierlich zur Arbeit gegangen bin, egal wie es in mir aussah.

Mein Restleistungsvermögen erlaubt mir, wieder zu schreiben, Gedichte und kleinere Erzählungen, aber auch Sachtexte. Daneben engagiere ich mich ehrenamtlich in der Psychiatrieszene und nehme an Schulprojekten teil. Aber zwischen einzelnen Aktivitäten und Veranstaltungen brauche ich auch immer wieder Rückzug und Erholung. Aber eines ist sicher: Die Begegnung mit dem Wahn-Sinn ist letztendlich sinnstiftend für mich gewesen.

RGSP-Stammtisch in Köln

an jedem **2. Dienstag im Monat, Beginn 19 Uhr**

Tagungs- und Gästehaus St. Georg, Rolandstr. 61 in der Südstadt nicht weit vom Chlodwigsplatz

Nächste Termine: Dienstag, den 13. Januar und den 10. Februar

RGSP-Mitglieder und Interessierte aus Nah und Fern sowie aus Bergheim sind herzlich eingeladen.

Wenn eine Krise zu eskalieren droht

von Roland Hartig

Aus der Perspektive des Psychiatrieerfahrenen denkt R. H. über die Bedürfnisse von Menschen in akuten selbst- oder fremdgefährdenden psychischen Notlagen nach.

Wer aufgrund einer schweren psychischen Störung oder Suchterkrankung suizidgefährdet ist oder andere Menschen bedroht, gehört, salopp gesagt, in die Obhut der Psychiatrie. Oder soll man damit warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist? Eine im Wahn vollführte Straftat eines Wahnsinnigen kann sein Leben ruinieren und das seiner Nahestehenden auch.

Krisenprävention ja, Zwangsunterbringung als absolute Ausnahme

Natürlich muss die Zwangsunterbringung eine absolute Ausnahme bleiben, stellt sie doch einen erheblichen Eingriff in die Freiheitsrechte eines Menschen dar. Es gibt drei rechtliche Arten der Unterbringung: die nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, die nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder (PsychKG) und die angeordnete aufgrund eines strafrechtlichen Sicherungsverfahrens. Zum Prozedere gehören u. a. die richterliche Anhörung, der Einsatz eines Verfahrenspflegers oder eines Rechtsanwaltes eigener Wahl und die Einbeziehung von Bezugspersonen. Das sind Bedingungen mit „Rechtsweggarantie“ auch für den Untergebrachten. Dennoch gehört die Praxis der Zwangseinweisung auf den Prüfstand.

Dazu ein Beispiel: Professor Asmus Finzen sagte zum Attentat auf Oskar Lafontaine im Frühjahr 1990: „Die Tat der Adelheid Streidel hätte verhindert werden können, wenn rechtzeitig eine Behandlung erfolgt wäre. Die Schwester der Kranken wies die Behörden sechs Wochen vorher auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung hin.“ Trotzdem unterblieb eine solche. Dieser tragische Fall bestätigt Untersuchungen, wonach die Gefahr, wenn sie denn von psychisch Kranken ausgeht, leichter erkennbar ist. Nach Finzens Erkenntnissen ist die Gewaltbereitschaft Schizophreniekranker meist eine Folge von Krankheitssymptomen in Form von „langfristig bestehendem systematisiertem Wahn“, nicht selten

ist sie Ausdruck mangelhafter Betreuung und Integration. Weil sich aber die Krankheitssymptome behandeln lassen und weil auf Grundlage der PsychKG Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen und der bedrohten Dritten getroffen werden können, sind Gewalttaten meist vermeidbar. Leider fehlt auch der Blick für jene Menschen, die am Rand stehen, die keinen Antrieb mehr haben, die sich im Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden und Handeln völlig losgelöst neben sich befinden. Was für eine große Belastung, diese Erkrankten den Familien allein zu überlassen!

Versorgungslücke Krisennotdienst

Für diese „Problemlagen“ sind qualifizierte Helfer besonders dann nicht zu bekommen, wenn man auf sie dringend angewiesen ist: abends, nachts, feiertags oder an den Wochenenden. Hilfesuchende werden dann häufig auf andere Zeiten und andere Orte verwiesen. Da staut sich mitunter was auf. Erst wenn der Notfall eine „öffentliche“ Dimension erreicht hat, der Druck so groß geworden ist, dass das Umfeld, die Angehörigen, die Augenzeugen, die Polizei und der allgemeine Notdienst reagieren müssen – zum Beispiel ein lebensmüder Mensch droht von einem Dach zu springen – dann setzt sich automatisch die Notfallmaschinerie in Bewegung: Rettungswagen, Polizei und Feuerwehr. Für dieses gewaltige Anbahnen steht eine Menge Geld bereit, nicht aber für ein präventives Handeln eines vorgeschalteten Krisennotdienstes. Das ist eine erhebliche Versorgungslücke.

Heute leben die meisten psychisch Erkrankten außerhalb von Einrichtungen. Viele werden von Angehörigen oder Freunden betreut, die nicht selten überfordert sind. Ohnmächtig anschauen zu müssen, wie ein Mitmensch in die Katastrophe läuft, geht an ihnen nicht spurlos vorbei. Besonders schwer gestörte Menschen sind unter den Wohnungslosen anzutreffen. Für diese Betroffenen ist typisch, dass sie keine

psychosoziale Hilfe holen können, also aufgesucht werden müssen.

Hinzu kommt, dass nach neuesten Untersuchungen bereits etwa 15 Prozent der Bevölkerung unter Angststörungen leiden. Angst davor, den Arbeitsplatz zu verlieren, dass nach vergeblicher Arbeitssuche Resignation aufkommt, dass das Geld nicht reicht, die Wohnung zwangsgeräumt wird. Das sind nur einige Beispiele, wenn Angst zur Panik wird. Letztendlich schärft der Krisennotdienst nicht nur den Blick für Menschen, die sich in einer psychosozialen Notlage befinden, er kann auch zusätzliches Leid lindern und auch Zwangsunterbringungen reduzieren. Gerade in Zeiten knapper finanzieller Mittel würden sich Krisennotdienste als Pflichtaufgabe auszahlen.

Verelendung verhindern

Die Frage ist, was passiert, wenn die gesetzliche Unterbringung psychisch Kranker fällt? Ein Blick in Richtung USA liefert dazu zwei bemerkenswerte Hinweise: „Zirka 50 Prozent der Schizophrenen und Menschen mit bipolarer Störung wissen nicht, dass sie psychisch krank sind. Das bedeutet: Wenn, wie in den letzten Jahrzehnten, die Behandlungsmöglichkeiten auf rein freiwilliger Basis angeboten werden, entscheiden diese Menschen sich weiterhin für Krankheit und Elend. (...) In der Zwischenzeit verrecken überall in Amerika schwer kranke Menschen auf der Straße.“ (Zitiert nach Rich Lowry, Die Misshandlung der psychisch Kranken.) Wer die Zwangsunterbringung psychisch Kranker abschaffen will, muss Alternativen bieten. Eine Irrfahrt in den Knast ist keine. Klar, es kommt immer wieder vor, dass Einzelne die Existenz psychischer Erkrankungen bestreiten. Geschieht das aber massiv durch eine organisierte Bewegung im öffentlichen Raum, werden Hilfsbedürftige und deren Angehörige verunsichert, Therapien erst gar nicht begonnen oder abgebrochen. Das halte ich für gemeingefährlich.

Notwendige Qualifikation

Ich erwarte selbstverständlich, dass die Mitarbeiter von Behörden und die psychiatrisch Tätigen für die Abläufe einer gesetzlichen Unterbringung entsprechend geschult sind. Denn jede überzogene Zwangsmaßnahme trifft psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen zusätzlich. Natürlich wün-

schen sich die Betroffenen Information, Orientierung und Verständnis, auch um eigene Vorurteile und Unsicherheiten gegenüber der Psychiatrie abbauen zu können. Letztlich gibt es ein Recht auf individuelle Therapie und Rehabilitation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, auch wenn das „nichteinwilligungsfähige“ Patienten

erst Wochen später einsehen.

Roland Hartig, Jahrg. 1956, von Beruf Schiffsbetriebstechniker, nach der Wiedervereinigung als Fotoreporter, Zeitungsredakteur und Fernfahrer tätig. Seit 1995 ist er Geschäftsführer der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern. Außerdem gründete Roland Hartig den Internetrundbrief Lichtblick-Newsletter.de.

Bedarf psychiatrischer Krankenhausplätze bis 2012 Anfrage des Sozialministeriums an Verbände wegen Eckwerten für neuen Krankenhausplan

Auszug aus der Stellungnahme der RGSP vom 30.09.08

Sehr geehrte Damen und Herren!
Wie im Jahre 2004 bedanken wir uns für Ihre erneut auch an die RGSP bzw. DGSP gerichtete Bitte, uns an prognostischen Überlegungen zum zukünftigen Bedarf stationärer Behandlungsplätze in der Psychiatrie zu beteiligen. Wir finden es allerdings auch diesmal schwierig, zur Prognose der Inanspruchnahmeentwicklungen bis ins Jahr 2012 Substantielles beizutragen. Entscheidend ist ein Vorbehalt, den wir schon in unserer Stellungnahme vom 10. Mai 2004 zum Ausdruck gebracht haben. In Ihrem „Fragebogen zur zukünftigen Entwicklung des Gebiets Psychiatrie und Psychotherapie“ nehmen Sie eine mathematisch-statistische Extrapolation für die Jahre bis 2012 vor. Sie behandeln Daten zu Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer, als handele es sich um organische Parameter, die einen natürlichen Bedarf abbilden. Tatsächlich geht es um Prozesse, zu denen viele Faktoren – auch sozialpolitische Steuerungsversuche und Bemühungen um Kostenbegrenzung - beitragen.
Unter anderem enthält Ihre Anfrage eine Grafik zur Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit im vollstationären Bereich. In dieser wird schon deutlich, dass eine statistische Extrapolation als Orientierung wenig tauglich ist. Der sprunghafte Anstieg der Krankenhaushäufigkeit (Aufnahmezahlen) von 2005 nach 2006 widerspricht völlig der auf-

grund der Entwicklung in den Vorjahren berechneten Trendlinie. Bei den Grafiken zur vollstationären und teilstationären (tagesklinischen) Versorgung fällt jeweils die Spiegelbildlichkeit von Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer ins Auge. Berechnet man für beide Versorgungsbereiche die Korrelationen zwischen KH-Häufigkeit und Verweildauer, so ergeben sich unglaublich hohe Korrelationskoeffizienten von über $r = -0.95$. Das heißt: jeder Rückgang der Verweildauer geht mit einem entsprechenden Anstieg der Krankenhaushäufigkeit einher. Bei Korrelationen stellt sich ja immer die Frage nach der Kausalität. Sicherlich haben einerseits Kostenträger auf den Anstieg der Krankenhaushäufigkeit mit verstärktem Bemühen reagiert, die Verweildauer zu kürzen. Nur ist der Zusammenhang so eng, dass auch die andere Wirkrichtung zwingend anzunehmen ist: Kürzungen der Verweildauer führen zu einem Anstieg der Krankenhaushäufigkeit. Dies entspricht der von Seiten der Sozialpsychiatrie immer wieder geäußerten Befürchtung, dass die überzogene Kürzung stationärer Behandlungszeiten Drehtürphänomene begünstigt. Es entspricht der Klage über „blutige Entlassungen“, was für den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie bedeutet: Patienten werden zu schnell, ohne ausreichende Stabilisierung und Vorbereitung des Entlassungsraumes, aus der

stationären Behandlung entlassen. Man kann die Entwicklung der Krankenhausversorgung nicht unabhängig von der allgemeinen Entwicklung hinsichtlich psychischer Störungen und psychiatrischer Krankheiten in der Bevölkerung diskutieren. In diesem Zusammenhang gibt die hohe Belastung des wachsenden Teiles der Bevölkerung zu denken, der in den letzten Jahren ins soziale Abseits geraten und von Langzeitarbeitslosigkeit und Armut betroffen ist. Arbeitslose weisen im Vergleich zu den Beschäftigten fast viermal so viele psychisch verursachte Krankentage auf (BKK Bundesverband Pressemitteilung vom 22.05.2008). Der relative Anteil der durch psychische Störungen verursachten Krankheitstage steigt seit Jahren an. Hinzu kommt noch der Anstieg des Durchschnittsalters der Gesellschaft, was mit einer entsprechenden Zunahme alterspsychiatrischer Veränderungen einher geht.

Aus all dem ergibt sich, dass die gesellschaftliche Bedeutung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems zunimmt. Ein qualifiziertes, differenziertes und niedrighschwelliges Versorgungssystem muss auch zukünftig sichergestellt werden. Ein gewisser Mehrbedarf im Bereich der teilstationären Behandlungen sollte akzeptiert werden. Das alles schützt vor Verhältnissen, wie sie aus den USA berichtet werden. Dort hat ein Angehöriger der Unterschicht am ehesten eine Chance auf qualifizierte psychiatrische Behandlung, wenn er im Gefängnis sitzt. Die Zahl der psychisch Kranken in Haft ist viel größer als die Zahl derer in psychiatrischen Kliniken.
Für den Vorstand der RGSP
Dr. Norbert Schalast



**Vortrags- und Diskussionsveranstaltung
im Anschluss an die öffentliche
Mitgliederversammlung der RGSP e.V.
am Mittwoch, den 11. Februar 2009**

Stefan Weinmann,

Institut für Sozialmedizin der Charité Berlin

Erfolgsmythos Psychopharmaka

Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen

Stefan Weinmann, Jg. 71, arbeitet wissenschaftlich im Bereich psychiatrischer Versorgungsforschung am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsforschung der Charité Berlin. Er hat in den Fächern Medizin und Gesundheitswissenschaften/Public Health promoviert und ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Stefan Weinmanns im Herbst 2008 beim Psychiatrie-Verlag unter dem Titel „Erfolgsmythos Psychopharmaka“ veröffentlichtes Buch hat schnell Beachtung gefunden. Der Autor ist natürlich kein Antipsychiater, kritisiert aber die auf medikamentöse Behandlung und auf Symptombeseitigung eingeeengte Perspektive der praktizierten Psychiatrie. Bezug nehmend auf internationale Erfahrungen und Ansätze stellt er dieser das Konzept einer umfassenden, die individuellen Bedürfnisse beachtenden Behandlung gegenüber, in deren Rahmen Medikamente einen begrenzten Stellenwert haben.

Aus einer Rezension von Dr. Martin Roser, Chefarzt der Kreiskliniken Esslingen und Klinikum Kirchheim-Nürtingen: „Das Buch ist sicherlich eines der wichtigsten Psychiatriebücher dieses Jahres. Hervorragend recherchiert und mit umfangreichen Quellen belegt, ist es dabei sehr gut lesbar und von der ersten bis zur letzten Seite spannend. Es beleuchtet kritisch und gut nachvollziehbar die Entwicklung eines wichtigen Teils unserer psychiatrischen Disziplin in den letzten Jahren und stellt dabei dem oft unhinterfragten Mainstream des Faches behutsame, aber hartnäckige Fragen.“

Die Teilnahme ist unentgeltlich.

**Wir bitten um Anmeldung bis Ende Januar bei der RGSP-Geschäftsstelle
formlos telefonisch, schriftlich oder per Email !!.**

Geschäftsstelle der RGSP e.V., Frau End
Eichenstr. 105 – 109 42659 Solingen
Telefon (0212) 2 48 21-0 (-20) Telefax (0212) 2 48 21-10
Email: rgsp@ptv-solingen.de

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



Landesverband Rheinland (RGSP e.V.)

Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung

Kasino der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Horionstraße 41749 Viersen-Süchteln

Mittwoch, den 11. Februar 2009

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 15. Januar 2009 an die RGSP-Geschäftsstelle

Solingen, den 24.12.2008 Dr. Norbert Schalast

Anschließend: Vortrag und Diskussion mit

Stefan Weinmann (Berlin)

Autor von „Erfolgsmythos Psychopharmaka“

(weitere Information auf der Vorseite)

Wir bitten um Anmeldung!

Zeitplan:

18:30 Uhr: Mitgliederversammlung

19:30 Uhr: Getränke und kleiner Imbiss

20:00 Uhr: Vortrag Stefan Weinmann

Information zur Anreise finden Sie auf der Homepage der der RGSP (www.rgsp.de)

sowie der des Landschaftsverbandes Rheinland (www.lvr.de/gesundheit/)

Oder kontaktieren Sie die RGSP-Geschäftsstelle.