

Ausgabe Juni 2010

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der nebenstehende Beitrag von Prof. Borg-Laufs von der Hochschule Niederrhein behandelt ein Thema, das unserem Eindruck nach aus Angst vor Stigmatisierung längere Zeit vernachlässigt wurde.

Das Anliegen der ‚Entstigmatisierung‘ wird in diesem Extrablatt an mehreren Stellen thematisiert, ganz besonders auf Seite 9 (zur Preisverleihung an Anti-Stigma Düsseldorf). Auch das EX-IN-Konzept hat eine solche Dimension. Wir berichten auf Seite 4 über die RGSP-Mitgliederversammlung, in der wir über EX-IN im Rheinland diskutiert haben.

Unter dem Vorzeichen ‚Entstigmatisierung‘ psychischer Störungen werden unter Umständen aber auch Interessen verfolgt, die nicht wirklich die der Betroffenen sind – siehe die Anmerkung zum geplanten Patientenrechtegesetz (Seite 3) und vgl. Seite 10.

Ende Februar wurden wir kurzfristig eingeladen, am 3. März im Sozialausschuss des Landtags zu den Erfahrungen mit dem PsychKG im Lande Stellung zu nehmen und uns diesbezüglich mit der WGSP abzustimmen. Rainer Pöppe, bis zum Jahreswechsel Direktor der LVR-Klinik Viersen, nutzte seinen Unruhestand, um unsere Stellungnahme vorzubereiten (Seite 5).

Und weiteres mehr ...

Herzliche Grüße

Norbert Schallast

Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern

von Michael Borg-Laufs

Die Bundespsychotherapeutenkammer schätzt, dass in Deutschland etwa 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem schwer psychisch erkrankten Elternteil zusammenleben.

Etwa ein Fünftel der psychiatrisch stationär behandelten Patienten leben mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammen.

Was bedeutet dies aber für die betroffenen Kinder und Jugendlichen? Welche Schwierigkeiten entstehen dadurch für sie und wie können sie diese bewältigen? Über viele Jahre wurde diese Problematik in der Fachöffentlichkeit – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum beachtet, die betroffenen Kinder wurden von den Profis in der psychiatrischen Versorgung scheinbar „vergessen“. In den letzten Jahren wächst die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema, Fachtagungen speziell zu diesen Fragen werden durchgeführt und auch in der psychiatrischen Praxis wird dieser Thematik ebenso wie in der Jugendhilfe immer öfter Beachtung geschenkt. So gibt es in einigen psychiatrischen Kliniken bereits spezifische Angebote für die Kinder der PatientInnen, und auch in der Jugendhilfe gibt es modellhafte Projekte, etwa Gruppenangebote für betroffene Kinder oder Partnerschaftsprojekte, bei denen den Kindern Ansprechpartner außerhalb der Familie vermittelt werden, die dann auch in Krisensituationen für die Betreuung der Kinder zur Verfügung stehen.

Die psychische Situation der betroffe-

nen Kinder ergibt sich natürlich nicht nur aus der Tatsache, dass ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Zu berücksichtigen ist hier auf der einen Seite die Art und die Schwere der Erkrankung, auf der anderen Seite aber auch, welche Ressourcen das Kind, die Familie und das Umfeld des Kindes vorweisen können. So ist etwa ein in der Familie lebender psychisch gesunder Elternteil eine mächtige Ressource, die das Entwicklungsrisiko der Kinder deutlich verringern kann.

Dass bei den unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Schizophrenie, Substanzabhängigkeit, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) unterschiedliche Lebenssituationen für die Kinder der Erkrankten gegeben sind, ist angesichts der unterschiedlichen Auswirkungen der genannten Störungen auf das elterliche Empfinden und Verhalten klar. Ab einer gewissen Stärke der Symptomatik besteht aber in hohem Maße die Gefahr, dass die Eltern nicht mehr in der Lage sind, auch entgegen der eigenen Bedürfnislage die materiellen und psychischen Bedürfnisse der Kinder zu befriedigen. Genau das ist es aber, was Eltern leisten müssen, die für eine gelingende Entwicklung ihrer Kinder sorgen wollen. Kinder sind in vielerlei Hinsicht abhängig davon, was ihre Eltern ihnen an materieller Versorgung (Nahrung, Gesundheitsfürsorge), aber auch an Tagesstruktur, emotionaler Feinfühligkeit, Verlässlichkeit und Zuwendung geben

Inhalt

Patientenrechtegesetz 2011?	2
Unbequeme Studien	3
EX-IN bei der RGSP-MV	4
WGSP & RGSP zum PsychKG	5
Fixierung, Sitzwache, Video	6
Klinikfinanzierung Personalbudget	7
Antistigma Düsseldorf	9
Unnötige Klinikaufenthalte	10

können. Sie sind nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, ihre Grundbedürfnisse selber zu befriedigen – dafür benötigen sie kompetente Erwachsene. Können die Eltern dies nicht leisten, so sind die Auswirkungen für die Kinder gravierend. Je nach Lebensalter sind die emotionalen Probleme der betroffenen Kinder unterschiedlich. Jüngere Kinder sind oft hoch verunsichert, sie leiden an Trennungsängsten, weil sie nicht verstehen können, was mit ihren Eltern passiert. Sie zeigen aber auch oft Wut und Ärger dem betroffenen Elternteil gegenüber. Aufgrund ihrer mangelnden Handlungsmöglichkeiten resignieren sie aber oft, glauben dann nicht mehr, dass ihre Situation verbessert werden kann. Jugendliche, die sich entwicklungspsychologisch mit ganz anderen Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen müssen, z.B. der Entwicklung einer eigenen Identität und der Abgrenzung von den Eltern, haben eher Ängste, selbst ähnlich wie die Eltern zu erkranken. Sie empfinden Mitgefühl mit dem kranken Elternteil, aber auch Schuldgefühle, wenn sie sich von dem „bedürftigen“ Elternteil distanzieren wollen. Sehr häufig übernehmen die Kinder und Jugendlichen sehr früh eine Menge Verantwortung für sich *und* für den psychisch erkrankten Elternteil. Da sie mit dieser Verantwortung aber völlig überfordert sind, steigt das Risiko für sie, selbst psychisch zu erkranken.

Wichtig ist in all diesen Fällen eine möglichst frühzeitige Hilfe für die Kinder, deren Ziel die Ressourcenstärkung bei Kindern und Eltern sein muss. Die Angebote von Erziehungsberatungsstellen, die individuell auf die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie zugeschnitten werden, können hier oftmals unterstützend wirken. Aber auch andere Angebote der Jugendhilfe, etwa aufsuchende Familienarbeit oder auch spezifische Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern, sind oft hilfreich. Wenn ein Kind bereits selbst eine psychische Störung entwickelt hat, sollte therapeutische Hilfe bei einem

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden. Die Kinder benötigen Erwachsene, die ihnen das für sie zunächst nicht verstehbare Verhalten ihrer Eltern erklären können und die ihnen helfen, Umgangsmöglichkeiten mit der Problematik zu entwickeln. Die Eltern hingegen benötigen alltagsorientierte konkrete Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder.

Nicht auszuschließen ist aber auch, dass die Stärke und Veränderungsresistenz einer Störung sowie der gleichzeitig möglicherweise vorliegende Mangel an Ressourcen im Familiensystem (z.B. kein gesunder Elternteil, keine weiteren engagierten und kompetenten Erwachsenen) es notwendig werden lassen, zur Sicherung des Kindeswohles das betroffene Kind zeitweilig oder auf Dauer außerhalb der Familie aufwachsen zu lassen. In manchen Fällen können nur dadurch die Entwicklungschancen der Kinder gesichert werden. Letztlich kann diese Maßnahme in den genannten Fällen nicht nur den Kindern helfen, sondern auch die Eltern von einem großen Druck befreien.

Insgesamt sind die weiter oben angesprochenen Hilfsprojekte für betroffene Kinder noch spärlich. Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe erweist sich oft als schwierig und sperrig. Hier müssen sich zwei ganz

unterschiedliche Systeme miteinander vernetzen und das erfordert von beiden Seiten (Psychiatrie und Jugendhilfe) die Bereitschaft, sich ernsthaft auf das jeweils andere System einzulassen, um Schnittstellen für eine gelungen vernetzte Arbeit zu finden oder zu schaffen. Es gibt noch viel zu tun, um den Kindern alle Entwicklungsmöglichkeiten zu sichern. Etwa 40-60% der Kinder, die bei einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen aufwachsen, entwickeln zu einem späteren Zeitpunkt selber eine psychische Erkrankung. Allein diese Zahlen verdeutlichen den weiterhin bestehenden massiven Handlungsbedarf.

Michael Borg-Laufs, Prof. Dr., Dipl.Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut. Professur „Theorie und Praxis psychosozialer Arbeit mit Kindern“ am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein in Mönchengladbach. Mail: michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Weiterführende Literatur:

Lenz, A. & Jungbauer, J. (Hg.) (2008). Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Tübingen: DGVT-Verlag.

Mattejat, F. & Lisofsky, B. (Hg.) (2008). Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn: Bance.

Patientenrechtegesetz 2011?

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner (CSU) hat ein Patientenrechtegesetz angekündigt. Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen wolle er zu einem seiner Schwerpunkte machen. Wir zitieren aus einer Presseerklärung der Bundesregierung.

Wolfgang Zöllner (CSU), der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung, setzt sich für die zügige Verabschiedung eines Patientenrechtegesetzes ein. Bei seiner Vorstellung im Gesundheitsausschuss sagte der CSU-Bundestagsabgeordnete, seine Zielvorstellung sei es, ein solches Gesetz im kommenden Jahr zu verabschieden. Zunächst wolle er zahlreiche Gespräche führen. So habe er etwa 1.050 Selbsthilfegruppen ange-

schrieben. Bis voraussichtlich Ende dieses Jahres sollten die Ergebnisse dieser Gespräche in ein Diskussionspapier einfließen und anschließend der Gesetzgebungsprozess angestoßen werden. Die FDP-Fraktion begrüßte, dass der neue Patientenbeauftragte der Bundesregierung die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu einem seiner Schwerpunkte machen wolle. Zustimmung aller Fraktionen erntete Zöllner für seine An-

kündigung, die unabhängige Patientenberatung (UPD) stärken zu wollen. Die RGSP nimmt diese politischen Absichtsbekundungen mit Interesse zur Kenntnis. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie die Bundesregierung ihre erklärte Sorge um Patientenrechte gesetzlich

konkretisieren will. Manche, die die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen fordern, haben nicht an erster Stelle das Patientenwohl im Auge. Gerade für die Pharmaindustrie ist es vorteilhaft, wenn verbreitete Befindlichkeitsstörungen und kritische Le-

bensverfassungen recht selbstverständlich mit psychiatrischen Diagnosen belegt werden. Die dann propagierten Therapien halten nicht immer, was sie versprechen. Dazu der folgende Beitrag.

Unbequeme Studien bleiben geheim

Pharmaexperten fordern Veröffentlichungspflicht für die Ergebnisse von klinischen Arzneimitteltests

Auszugsweiser Nachdruck eines Berichtes TAZ vom 08.01.2010, mit freundlicher Genehmigung siehe <http://www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2010/01/08/a0138>

Nach Angaben des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller VFA laufen rund 1.300 Arzneistudien jährlich in Deutschland, je nach Prüfphase machen zwischen 10 und 10.000 Testpersonen mit. Auf seiner Internetseite erläutert der VFA: „Forschende Pharmaunternehmen haben sich verpflichtet, die Ergebnisse jeder von ihnen beauftragten Patientenstudie zu veröffentlichen, wenn das erprobte Präparat zugelassen wird.“ Entscheidend in diesem Satz ist das Wörtchen „wenn“: Es besagt, dass sich die verheißene Transparenz grundsätzlich auf solche Studien beschränkt, die aus Sicht des Auftraggebers erfolgreich verlaufen sind. Das angestrebte Ziel wird aber auch oft verfehlt - etwa, wenn eine klinische Prüfung abgebrochen werden muss, weil Probanden gesundheitliche Schäden erlitten haben oder sich während der Testreihen herausstellt, dass das Prüfpräparat nicht wirkt wie erhofft. Einblick haben allenfalls die sogenannten Ethikkommissionen. Sie müssen vor jeder klinischen Studie eine „zustimmende Bewertung“ abgeben und auch während der Versuchsphasen über eventuelle Komplikationen informiert werden. Allerdings wirken die Gremien vertraulich - und ob, wo und durch wen klinische Prüfungen abgebrochen wurden, wird nirgends systematisch registriert und veröffentlicht. „Zirka 50 Prozent von dem, was als klinische Studien begonnen wird, sieht nie die Öffentlichkeit“, sagt Gerd An-

tes, der am Universitätsklinikum Freiburg das „Deutsche Register Klinischer Studien“ mit aufbaut; für dieses Projekt bewilligte das Bundesforschungsministerium im Herbst 2007 insgesamt 2,2 Millionen Euro. Zurzeit sind Angaben zu gerade mal 157 Studien online und für jeden Internetsurfer frei zugänglich - die Registrierung ist freiwillig und beruht auf Goodwill von Forschern und Pharmafirmen. Die hohe Rate an unterbliebenen Publikationen hält Antes für „völlig unakzeptabel“. Das Problem werde „noch dadurch verstärkt, dass ‚positive‘ Studienergebnisse schneller und häufiger publiziert werden als ‚negative‘ Ergebnisse“, erklären Antes und seine Registerkollegen im *Bundesgesundheitsblatt* (Ausgabe 4/2009). Werden negative Resultate gezielt verschwiegen, führe dies zu einer „systematischen Verzerrung“, was Fachleute als „Publikationsbias“ kritisieren. Mögliche Folgen seien „erheblicher Überoptimismus bezüglich der Wirksamkeit einer (neuen) Therapie bis hin zur Ignoranz potenzieller Nebenwirkungen“. Auch bestehe die Gefahr, dass Forscher ganze Studien „unnötigerweise“ wiederholen und unwissentlich Probanden dem Risiko bereits erwiesener, aber nicht publizierter Nebenwirkungen aussetzen könnten. „Wer Ergebnisse einer Studie geheim hält, hintergeht die teilnehmenden Patienten und stellt die Rechtmäßigkeit der Einwilligung zur Studienteilnahme in

Frage“, kritisiert Peter Sawicki, Leiter des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Als Anlass, die Öffentlichkeit derart zu alarmieren, nahm Sawicki einen Ende November veröffentlichten Abschlussbericht, mit dem das IQWiG drei Medikamente gegen Depressionen bewertet hat. Einer der Hersteller, die Firma Pfizer, habe die Erstellung des Berichts „massiv behindert“, sagt Sawicki, dessen Institut die Aufgabe hat, „verlässliche Schlussfolgerungen über Nutzen und Schaden“ von Arzneien zu ziehen. Pfizer habe sich „über lange Zeit geweigert“, dem IQWiG Informationen zu Studien über den Wirkstoff Reboxetin zur Verfügung zu stellen, der seit 1997 in Deutschland zugelassen ist. Mehrfach habe das IQWiG eine Liste „aller publizierten und unpublizierten Daten“ vergeblich vom Hersteller erbeten; die Kölner Wissenschaftler fanden es „offenkundig“, dass Pfizer hier „knapp zwei Drittel aller bislang in Studien erhobenen Daten unter Verschluss hielt“. „Erst unter öffentlichem Druck“, so das IQWiG, habe Pfizer die angemahnten Daten doch noch vollständig offen gelegt. So konnten Sawickis Kollegen letztlich 17 „für die Nutzenbewertung geeignete“ Studien mit insgesamt etwa 5.100 Patienten analysieren. Fazit des IQWiG: Weder für die Akuttherapie noch für die Rückfallprävention sei ein Nutzen für Reboxetin belegt. Weder

hätten Patienten im Vergleich zu einem Scheinmedikament besser auf die Therapie angesprochen, noch konnten sie mit dem Wirkstoff ihren Alltag besser bewältigen.

Der Hersteller konterte mit einer Pressemitteilung, Titel: „Pfizer sieht positi-

ven Nutzen von Reboxetin für die Behandlung der Depression“. Man werde den IQWiG-Bericht nun prüfen und später detaillierter Stellung nehmen.

Das IQWiG fordert eine „EU-weite gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Stu-

dien“, was auch die schon zugelassenen Medikamente einschließen müsse. Die Bundesregierung solle darauf dringen, dass auf EU-Ebene eine verbindliche Regelung umgesetzt werde, wie sie bereits seit Herbst 2007 in den USA in Kraft sei. www.taz.de

In diesem Zusammenhang gibt wiederum ein Bericht des Spiegel über die Ablösung des Institutsleiters Peter Sawicki zu denken (15.03.2010). Am Tage nach der Ernennung von Philipp Rösler zum Gesundheitsminister (28.10.09) habe der Chef der Deutschen Krankenhausgesellschaft erklärt, er wisse, dass das Ministerium Sawicki nicht mehr wolle. Zwei Wochen später sei die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO beauftragt worden, mit mehreren Prüfern die Spesenquittungen und den Dienstwagen des IQWiG-Chefs „vollumfänglich“ zu durchleuchten. Kleinere Ungereimtheiten im Zusammenhang mit Quittungen und dem Dienstwagen-Leasing dienten schließlich als Argument für die Absetzung Sawickis, der sich in der Pharmaindustrie viele Feinde gemacht hatte.

EX-IN als Thema der RGSP-Mitgliederversammlung

Über 60 Zuhörer/-innen beim Vortrag von Jörg Utschakowski

Das Prinzip „EX-IN“, die Qualifizierung von Menschen mit der Erfahrung psychiatrischer Erkrankung für die Mitarbeit im Hilfesystem, könnte man aktuell als ein Modethema in der sozialpsychiatrischen Debatte bezeichnen. Die Stellungnahmen zu EX-IN bewegen sich zwischen enthusiastischer Zustimmung und skeptischer Zurückhaltung (etwa von Seiten des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen). Bei der RGSP-Mitgliederversammlung am 02. März hatten die vielen Anwesenden Gelegenheit, kritische Fragen zu stellen. Referiert hat Jörg Utschakowski, Leiter des Fortbildungsträgers F.O.K.U.S in Bremen und Mitherausgeber des Handbuchs „Vom Erfahrenen zum Experten“, erschienen im Psychiatrieverlag Bonn.

Im Rahmen des Konzeptes EX-IN® erhalten Psychiatrieerfahrene eine professionelle Schulung, die zur Mitarbeit im psychiatrischen Versorgungssystem qualifiziert. Das Konzept wurde in den Jahren 2002 bis 2007 mit finanzieller Unterstützung des EU-Programmes „Leonardo da Vinci“ in mehreren europäischen Ländern eingeführt. Die soziale und ökonomische Situation von Psychiatrieerfahrenen soll durch die Qualifizierung verbessert werden, sie soll zur Entwicklung neuer Beschäfti-

gungsmöglichkeiten und zu einer angemessenen Entlohnung beitragen. EX-IN ist die Abkürzung für „Experienced Involvement“ und bezeichnet die Ausbildung Psychiatrieerfahrender für die Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen. Erste Ausbildungsorte waren in der Bundesrepublik Bremen und Hamburg. Mittlerweile werden auch in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen Ausbildungs-Curricula angeboten.

Studien sollen beweisen, dass Teams in sozialpsychiatrischen Einrichtungen wirkungsvoller arbeiten, wenn Psychiatrieerfahrene gleichberechtigt mitarbeiten. Durch die EX-IN-Ausbildung soll Erfahrungswissen der Psychiatrieerfahrenen professionell verfügbar gemacht werden. Vermittelt wird allgemeines Wissen über Behandlungsmethoden und über Strategien der Krisenintervention. Ziel ist es, die Teilnehmer der Ausbildung in Berufe als Genesungsbegleiter/in und Dozent/in zu vermitteln. Die Schulung umfasst 300 Stunden in zwei Stufen.

Voraussetzung für die Teilnahme sind Psychiatrieerfahrung, Selbsthilfeerfahrung und die Bereitschaft, sich auf Gruppenprozesse einzulassen. Zwei Praktika und eine Portfolio-Erstellung/Coaching werden im Rahmen der

Ausbildung durchgeführt.

Die Potentiale, die Psychiatrie-Erfahrene in das sozialpsychiatrische Arbeitsfeld mitbringen, werden folgendermaßen beschrieben: Es besteht eine gemeinsame Lebens- und Erfahrungswelt sowie eine gleiche Sprache mit den Nutzern der Angebote. Pragmatische Lösungen werden leichter gefunden, die Absolventen haben einen Modell- oder Vorbildcharakter für Betroffene.

Bereits psychiatrisch tätige EX-IN-Absolventen berichten folgende Erfahrungen:

- Die gegenseitigen Vorurteile von Profis und EX-IN-lern bauen sich schrittweise ab.
- Wichtig für einen erfolgreichen Einsatz: Die Leitung muss von EX-IN überzeugt sein
- Der Einsatz von Absolventen der EX-IN-Ausbildung (= Peer) verursacht eine Veränderung der Organisation insgesamt.
- Supervision/Intervision ist unerlässlich für Peer-Spezialisten..
- Tandem-Arbeit (Peer + Profi) wird positiv erlebt.

Im Anschluss an den Vortrag von Jörg Utschakowski wurden von den Anwesenden u.a. folgende Fragen gestellt bzw. Themen angesprochen:

- Wie werden die EX-IN-Absolventen eingestuft? Einstufung nach TVÖD für „Genesungsbegleiter“ ist unterschiedlich und hängt oft auch von der vorherigen Ausbildung ab. Es gibt sowohl die Einstufung als ungelerner Arbeiter als auch analog dem Beruf des Heilerziehungspfleger.

- Es gilt, aufzupassen, dass hier kein neuer Niedriglohnsektor entsteht.
- Neue Stellen werden selten geschaffen.
- Wenn schon „gesunde“ Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Einrichtungen immer häufiger psychische Probleme bekommen, wie sollen dann Psychiatrieerfahrene mit dem Druck zurechtkommen? Allerdings: beim PTV Solingen arbeiten schon lange Psychiatrieerfahrene in der Verwaltung und nach und nach auch in sozialarbeiterischen Bereichen und sind nicht häufiger krank oder empfindlicher als „Gesunde“.
- In der Suchthilfe werden schon länger Erfahrene eingesetzt, und da sind die Erfahrungen positiv.
- Mitarbeit von Psychiatrieerfahrenen in Teams könnte das Verständnis für Schwächen bei allen Mitarbeitern fördern.

In NRW ist ein EX-IN-Kurs im März in Köln unter Leitung von Gudrun Thönnies begonnen worden. Ein weiterer Kurs ist in Münster geplant. In die Curricula können bis zu 24 Teilnehmer/-innen aufgenommen werden. Weitere Informationen sind zu finden unter www.ex-in-nrw.de.

Abschließend sei noch erwähnt, dass die Mitgliederversammlung im KIOSK des Diakoniewerks Duisburg (Beeckstr. 38) stattfand. In dem Gebäude, gelegen in einer ‚schlichten‘ Fußgängerzone, sind mehrere Dienste der Diakonie untergebracht. Die Räumlichkeit des KIOSK könnte problemlos auch für noch größere Veranstaltungen genutzt werden. Gestaltung und Bewirtung haben unsere Erwartungen mehr als übertroffen und zu einer höchst kommunikativen und anregenden Mitgliederversammlung beigetragen. Dafür noch einmal herzlichen Dank!

Evaluation des PsychKG im Landtag NRW

Stellungnahme von RGSP & WGSP

Am 3. März 2010 wurden vom Sozialausschuss des Landtags Verbände und Experten zu den Erfahrungen mit dem vor 10 Jahren novellierten PsychKG angehört. RGSP und WGSP hatten sich kurzfristig auf eine gemeinsame Stellungnahme verständigt, die Rainer Pöppe, ÄD i.R. der LVR-Klinik Viersen, für uns formuliert und vor dem Ausschuss vertreten hat. Wir geben im Folgenden seinen mündlichen Vortrag vor dem Ausschuss (lt. offiziellem Protokoll) wieder. Die Stellungnahme findet sich auf der Homepage der RGSP.

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren!

Ich danke für die Möglichkeit, hier kurz unsere Stellungnahme zu erläutern. Da ich viele Jahre Leiter einer psychiatrischen Klinik war und seit 25 Jahren regelmäßig an den Besuchskommissionen teilnehme, kenne ich die Praxis der PsychKG-Unterbringungen relativ gut und hatte auch die Möglichkeit, die sehr unterschiedlichen Verfahrensweisen in den einzelnen Regionen im Rahmen von Besuchen kennenzulernen.

Wir haben uns auf einen Aspekt konzentriert, nämlich auf die Koordination und Verbesserung der Zusammenarbeit der einzelnen handelnden Personen, für die sich in den Regionen erhebliche Unterschiede finden.

Zu der Frage, inwieweit die betroffenen einzelnen Institutionen – zum Beispiel Ordnungsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, niedergelassene Ärzte – oder Angehörige und die komplementären Dienste eingebunden sind, kann ich aus meiner Erfahrung sagen, dass viele nicht wissen, welche Aufgabe dem Einzelnen nun zusteht. Entweder bemächtigen sie sich dieser Aufgabe, oder sie gehen dazu über und fühlen sich überhaupt nicht mehr zuständig. Aus diesem Grunde haben wir vorgeschlagen, das in der Stellungnahme der Landesregierung dargelegte Verfahren – in den einzelnen Regionen sind Arbeitsgruppen eingerichtet worden, die sich mit der Unterbringung von psychisch Kranken beschäftigen – stärker zu institutionalisieren, so dass verpflichtende Absprachen und Konferenzen stattfinden, in denen sowohl diejenigen, die an einer Unterbringung mitwirken, als auch die Betroffenen selbst und deren Angehörige

beteiligt sind. Dies sollte dazu führen, dass man mit gegenseitiger Wertschätzung und auch in der entsprechenden Vorgehensweise ein größeres Maß an Verständnis entwickelt und ein größeres Maß an Möglichkeiten alternativer Hilfen erkennt.

Ein besonderes Problem sehen wir auch darin, dass ein Großteil der ärztlichen Zeugnisse gerade in Notfallsituationen von Ärzten ausgestellt wird, die nicht in der Psychiatrie erfahren sind und die nicht die notwendigen Voraussetzungen mitbringen bzw. Entscheidungsmöglichkeiten haben, um zum Beispiel alternative Behandlungsmöglichkeiten vorzusehen.

Ergänzend dazu möchte ich sagen, dass nach unserer Auffassung viele PsychKG-Unterbringungen gerade in akuten Notfallsituationen als Ultima Ratio relativ rasch vorgenommen werden, ohne dass Zeit und fachliche Möglichkeiten gegeben sind, um Alternativen zu finden. Man geht in der Nacht lieber nach dem PsychKG vor – dann ist man auch die Verantwortung los. Es muss vielmehr die Möglichkeit geschaffen werden, eine Nachuntersuchung oder vorübergehend eine andere Form der Unterbringung – beispielsweise in einem Allgemeinkrankenhaus – ins Auge zu fassen.

Deshalb haben wir uns darauf beschränkt – und das ist auch unser wesentliches Ziel –, dass eine engere Abstimmung zwischen den handelnden Personen und Institutionen durch eine festgelegte und institutionalisierte Konferenz geschaffen wird, um diese Defizite, die dann auch regional aufgedeckt werden könnten, effektiver auszuräumen.

Fixierung – Sitzwache - Videoüberwachung

Mit diesen kritischen Aspekten akupsychoiatrischer Behandlung haben wir uns im letzten Extrablatt anlässlich eines nachgebesserten Erlasses des Sozialministeriums zur Videoüberwachung befasst. Im Folgenden dokumentieren wir zwei Interviews, die Mitglieder des RGSP-Vorstandes geführt haben. Michael Bormke sprach mit zwei in der stationären Akupsychoiatrie Tätigen, Ilja Ruhl mit einem Psychoiatrieerfahrenen.

Interview mit pflegerischen Stationsleitungen eines psychoiatrischen Krankenhauses im Rheinland

Frage: Finden Sitzwachen bei Fixierungen statt – wie werden sie erlebt?

Antwort: Bei einigen Kliniken im Rheinland wird bei Fixierung eine Person zur Sitzwache abgestellt, die dann 1:1 betreuen kann. Auf Grund schwerer Zwischenfälle (bis hin zum Tod des Fixierten) ist das dort so angeordnet.

Auch bei uns besteht die Vorschrift, eine Sitzwache bereitzustellen. Es ist richtig, dass der fixierte Patient im Fokus steht und absolute Priorität hat, denn die Kontrollfunktion und die Verantwortung für die Gesundheit / Unversehrtheit gehen bei fixierten Menschen komplett auf das Personal über. In Rückenlage kann zum Beispiel ein Erbrechen des Patienten tödlich sein.

In der täglichen Praxis ist es aber auch notwendig, sämtliche anfallenden Aufgaben zu erledigen. Wenn 2 Mitarbeiter auf einer Akutstation für 16 Patienten verantwortlich sind, fällt es schwer eine davon komplett aus dem Betrieb herauszunehmen. Dann wäre der verbleibende Mitarbeiter alleine für 15 psychisch akut erkrankte Menschen zuständig.

Um diesem Zwiespalt gerecht zu werden, haben wir bei uns ein Isolierzimmer eingerichtet, welches direkt neben dem Dienstzimmer ist und nur durch eine Scheibe getrennt ist. So kann ein Mitarbeiter mit „gesplitteter Aufmerksamkeit“ zum Beispiel bürokratische Tätigkeiten ausführen und bleibt trotzdem direkt am Patienten. Diese gesplittete Aufmerksamkeit ist erst dann möglich, wenn der Patient nicht mehr in einem hochgradigen Erregungszustand ist und sich beruhigt hat. Bis dahin ist die Sitzwache nicht zu ersetzen.

Nicht unbeachtet darf bei dieser Diskussion auch die juristische Seite bleiben. Selbst wenn von dieser Seite betont wird, dass „ab und zu schauen“ ausreichen würde, muss sich jeder Mit-

arbeiter darüber im Klaren sein, dass er in der Durchführungsverantwortung steht und somit haftbar gemacht werden kann.

F: Geschehen die Fixierungen zwangsweise oder auf eigenem Wunsch der Patienten?

A: Ein überwiegender Teil wird zwangsweise fixiert. Nur selten geschieht die Fixierung auf eigenen Wunsch. Die Ursachen für eine Fixierung auf eigenen Wunsch können in einer guten Selbstkenntnis liegen (Patient erkennt, dass eine Eskalation bevorsteht und möchte das vermeiden), aber auch ein Symptom der Erkrankung sein (Selbstbestrafung).

F: War die Fixierung hilfreich für den Patienten / für die Mitarbeiter?

A: Eine Fixierung ist immer in Relation zu den Alternativen zu sehen.

Bei Patienten, die im Rahmen einer psychotischen Verknennung der Realität fixiert werden, geht es darum, diesen Menschen davor zu beschützen, etwas zu tun, das er später bereuen würde. Dies wird von den Patienten hinterher äußerst selten so benannt.

Im Vergleich dazu erleben suchterkrankte Patienten die Fixierung eher als hilfreich. Sie zeigen hinterher keine Dankbarkeit, aber Einsicht in die Notwendigkeit des Vorgehens.

F: Haben Sie Videoüberwachung erlebt? Wie bewerten sie Videoüberwachung?

A: Wir machen hier keine Videoüberwachung und wollen das auch nicht einführen. Kameras verführen zu einer trügerischen Sicherheit, da man sich auf ein technisches Hilfsmittel verlässt, welches im Notfall nicht eingreifen kann. Außerdem ist ein ähnlicher personeller Aufwand nötig, denn auch auf den Monitor muss ein Mitarbeiter schauen.

Generell zeigt die Berufserfahrung, dass äußere Kontrollen niemals so sicher und effektiv in der Behandlung von Patienten sind wie die Beziehungsarbeit!

Interview mit Herrn K.

F: Gab es während der Fixierung eine Sitzwache? Wie wurde diese erlebt?

A: Nein, es gab keine Sitzwache. Ich hatte niemanden dabeisitzen.

F: Geschah die Fixierung auf eigenen Wunsch oder zwangsweise?

A: Nein, nicht auf eigenen Wunsch. Ich habe das auch gar nicht verstanden damals. Es wurde am Anfang nicht so sehr der Ansatz gemacht, mehr zu erklären, sondern man behandelte einfach medikamentös. Es wurde ein unheimlicher Zwang ausgeübt, wobei ich das überhaupt nicht verstanden habe. Ich hielt mich ja für völlig normal. In der Situation empfand ich das natürlich als totale Einengung meiner persönlichen Freiheit.

F: War die Fixierung hilfreich für Sie?

A: Im Nachhinein habe ich verstanden, dass die so hart mit mir umgehen mussten, weil ich psychisch so abgeschossen war zum damaligen Zeitpunkt. Ich musste von vier Pflegern festgehalten werden, sonst hätte das gar nicht funktioniert mit der Fixierung, weil ich mich gut wehren konnte und es auch getan habe. Deshalb war es auch notwendig, einen solchen Zwang auszuüben bei mir. Im Rahmen der Therapie ist die Fixierung nachher nicht mit mir reflektiert worden, ich habe aber mit den PflegerInnen auf der Station später darüber gesprochen. Die ganze Situation war ja damals eine sehr neue Erfahrung, unter anderem auch die Atmosphäre auf der geschlossenen Station. So was kannte ich bis dahin ja auch noch nicht.

F: Waren Sie sich in der Zeit der Fixierung selbst überlassen?

At: Das Bett war nicht direkt im Stationsstrakt, sondern stand fast außerhalb, am Gangende unter einem Fenster.

Durch die Entfernung zum Dienstzimmer war nicht oft jemand bei mir. Zu der Zeit war ich aber auch ziemlich abgedreht, so dass ich schlecht wahrnehmen konnte, wie überhaupt die Einbindung auf der Station aussah. Ich habe

aber mitbekommen, dass ich ziemlich isoliert war vom eigentlich Geschehen auf der Station. Einmal musste ich zum Beispiel Wasserlassen, und da war keiner da. Ich habe es dann einfach laufen

lassen, es ging nicht mehr aufzuhalten und das ist natürlich sehr unangenehm gewesen. Ich war weitgehend unbekleidet, hatte nur Unterwäsche an, wobei es zu der Zeit sehr warm war.

gendbereich als eine Drittel Therapieeinheit angerechnet werden.

In der DGSP wird mit Sorge diskutiert, ob in diesem System die basale, vor allem auch pflegerische, Betreuung von Patienten ausreichend berücksichtigt wird, so etwas wie das milieutherapeutische „Grundrauschen“. Es gibt schwer kranke betreuungsintensive Patienten, deren Behandlung sich überhaupt nicht in 25-Min-Einheiten fassen lässt, Patienten, mit denen keine längeren intensiven Gespräche geführt werden können und erst recht Gruppenaktivitäten nicht möglich sind. Begünstigen könnte das sich abzeichnende System stationäre Einrichtungen für psychosomatische Medizin. In diesen Kliniken kann der Behandlungs- und Betreuungsbedarf gut in 25-Min-Einheiten dokumentiert werden.

Doch ist noch nicht absehbar, wie im neuen System die einzelnen, auch berufsgruppenbezogenen, Leistungen schließlich bewertet werden. Derzeit übt man sich in Leistungserfassung und Kodierung. Man könnte von einem Großversuch im Felde zur Erhebung des Behandlungsbedarfs bei Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern sprechen. Das Ergebnis ist in vieler Hinsicht offen. Mehr Geld wird jedenfalls kaum zur Verfügung gestellt. Vielmehr werden die Mittel in Zukunft dann auf einer neuen Basis anders verteilt werden.

a) Zum neuen Krankenhausfinanzierungssystem

Beim RGSP-Treffen im Dezember 2009 haben wir mit Dr. Stephan Rinkens, dem Ärztlichen Leiter der LVR-Klinik Mönchengladbach, über den Stand der Einführung eines neuen Krankenhausfinanzierungssystems diskutiert.

Am 18.12.1990 wurde die PsychPV – Psychiatriepersonalverordnung – als ein Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs in der stationären psychiatrischen Versorgung eingeführt. Das Prinzip: es werden Kategorien von Patienten mit unterschiedlichem Betreuungsbedarf unterschieden, mit denen spezifische Minutenwerte für einzelne Berufsgruppen verbunden sind. Ausgehend vom Anteil der Patientengruppen auf einer Station lässt sich der Personalbedarf berechnen. Die PsychPV definiert aus fachlicher Sicht vernünftige Standards für die personelle Ausstattung psychiatrischer Stationen. Sie hatte jedoch nur prinzipiell eine bindende Wirkung. Sie wurde an die Anfang 1974 in Kraft getretene Bundespflegesatzverordnung gekoppelt, mit der eine Deckelung der Krankenhauskosten erfolgte. Da die tariflich bedingten Personalkostensteigerungen jeweils über der maximal verhandelbaren Veränderungsrate lag (sogenannte BAT-Schere), konnte die gesetzlich garantierte Personalausstattung in den folgenden Jahren immer weniger realisiert werden.

Eine umfassende Erhebung der Aktion Psychisch Kranke, veröffentlicht im Jahre 2007, stellt fest, dass der PsychPV-Erfüllungsgrad im Budgetjahr 2004 über alle Berufsgruppen bei etwa 90 % lag, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch etwas niedri-

ger. Die Varianz zwischen den Einrichtungen war hoch. Für 29 % der Planbetten lag der Psych-PV-Erfüllungsgrad unter 85 %.

Fachverbände haben beim Bundesgesundheitsministerium auf den Widerspruch zwischen Bedarf nach PsychPV und Bundespflegesatzverordnung hingewiesen und eine Aufhebung der Deckelung gefordert. Es wurde erreicht, dass (vgl. Beitrag C) über fehlende Stellen nachverhandelt werden konnte, was erstmals seit Jahren eine relevante Budgetsteigerung möglich machte. Im Gegenzug wurde jedoch von den Fachverbänden die Mitwirkung bei der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems erwartet.

Das neu konzipierte Krankenhausfinanzierungssystem soll ab 2013 verbindlich werden. Im Bereich der Psychiatrie wird sich die finanzielle Ausstattung von Kliniken nach Tagespauschalen für bestimmte Patientengruppen und Behandlungssituationen richten. Um diese Tagespauschalen zu bestimmen, sind bereits seit Januar alle psychiatrischen Klinikeinrichtungen verpflichtet, alle Behandlungsleistungen nach einem komplexen Schlüssel rechnergestützt zu dokumentieren. Dieser Schlüssel, ein erweiterter „Operations- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) differenziert Leistungen nach Patientengruppe, Art der Therapie und der therapeutischen Berufsgruppe. Dokumentiert werden sollen alle therapeutischen Aktivitäten bei Patienten, und zwar in 25-Min-Einheiten: also Therapiegespräche, Sport, Beschäftigung, Entspannung u.a.m.. In der Gruppe erbrachte Leistungen sollen im Erwachsenenbereich als eine Viertel Therapieeinheit, im Kinder- und Ju-

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.

b) Qualität der klinisch-psychiatrischen Behandlung sichern PsychPV umsetzen!

Aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Brandenburger Gesellschaft für soziale Psychiatrie, des Landesverbandes Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker und der LAG Brandenburg im Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen
Verfasser: Martin Osinski

In den letzten Jahren ist es bundesweit zu gravierenden Abweichungen von den Vorgaben der PsychPV gekommen. Das ist u. a. durch eine Erhebung der Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nachgewiesen. Die Gründe müssen hier nicht erörtert werden; der Bundesgesetzgeber hat jedenfalls die Tatsache als solche anerkannt und deshalb mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 die Bundespflegesatzverordnung dahingehend geändert, dass Kliniken und Kostenträger eine wenigstens 90-prozentige Erfüllung der PsychPV vereinbaren können. Noch im Frühjahr soll ein Bundesgesetz klarstellen, dass die Aufstockung auf der Basis der Ist-Besetzung am 31.12.2008 (Stichtagsregelung) zu berechnen ist. Die Anpassung der Personalausstattung an die Vorgaben der PsychPV ist auch

deshalb so wichtig, weil die Umstellung der Finanzierung auf tagesgleiche Pflegesätze für unterschiedliche Patientengruppen bevorsteht. Dabei würde lediglich eine „Umverteilung der Unterversorgung“ (Kruckenberg 2010) erzeugt, wenn nicht zuerst das erforderliche Niveau der Personalausstattung gemäß PsychPV wiederhergestellt würde. Das hat der Gesetzgeber, u. a. aufgrund deutlicher Hinweise der sozialpsychiatrischen Verbände, erkannt und entsprechend reagiert.

Die unterzeichnenden Verbände sind sehr beunruhigt darüber, dass in Brandenburg zwischen Kliniken und Krankenkassen offenbar bis heute keine Vereinbarungen zur Erfüllung der PsychPV angestrebt werden. Wir befürchten, dass die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit der Verhandlung PsychPV-konformer Personalausstattung aus fachfremden Gründen nicht genutzt wird. Es kann

nicht sein, dass die Interessen psychiatrischer Patienten, die Qualität stationärer Behandlung und nicht zuletzt die Arbeitsbedingungen des Psychiatrie-Personals wirtschaftlichen oder strategischen Erwägungen untergeordnet werden. Wenn die berechtigten Forderungen der Psychiatrie den Interessen anderer Fachrichtungen – oder gar der Pflege guter Beziehungen zu den Kassen – geopfert werden, droht die Chronifizierung der bekannten Defizite.

Wir fordern deshalb Klinikleitungen und Kostenträger auf, die notwendigen Verhandlungen zu führen, im Interesse der Patienten bzw. Versicherten zu erfolgreichem Abschluss zu bringen und die Kliniken mit dem erforderlichen Personal zu besetzen.

Die vollständige Stellungnahme finden Sie unter: www.dgsp-brandenburg.de

c) LVR strebt in seinen Kliniken die Verbesserung der Personalausstattung auf 90 Prozent der PsychPV an

In § 6 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung heißt es unter anderem:
„Soweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen bei einem Krankenhaus bis zum 31. Dezember 2008 nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden, sollen nach Aufforderung einer Vertragspartei die zu diesem Stichtag fehlenden Personalstellen ... verhandelt und zusätzlich im Gesamtbetrag berücksichtigt werden. ... Im Falle der Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 19.“
Nachdem die Krankenkassen sich im Verlauf des Jahres 2009 zunehmend geweigert hatten, den Anspruch auf

Nachverhandlungen der PsychPV anzuerkennen, hat sich der Landschaftsverband Rheinland entschlossen, stellvertretend für alle weiteren LVR-Kliniken mit der LVR-Klinik Mönchengladbach vor die Schiedsstelle Rheinland der Krankenhausgesellschaft NRW zu gehen, um dort den Anspruch auf 90 % PsychPV im Budgetjahr 2009 durchzusetzen. Die Schiedsstelle hat im Sinne des LVR entschieden. Dies bedeutet, dass allein für die LVR-Klinik Mönchengladbach fast 20 Vollkräfte neu eingestellt werden können.

In allen LVR-Kliniken finden Nachverhandlungen nach § 6 Abs. 4 BPfV statt,

so dass pflegerisches und therapeutisches Personal neu eingestellt werden kann. Die Fraktionen von SPD, Grünen und FDP in der Landschaftsversammlung beantragen in einer gemeinsamen Beschlussvorlage für die Krankenhausausschüsse im Rheinland, die zusätzlichen Personalmittel vornehmlich zum Abschluss unbefristeter Arbeitsverträge zu verwenden. Die neu begründete Planungssicherheit für die LVR-Kliniken rechtfertigt es nicht mehr, eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nur befristet anzustellen.

Die SHG Antistigma Düsseldorf gewinnt den DGPPN – Antistigma- Sonderpreis 2009

Zwei Jahre zuvor hatten wir uns vergeblich darum bemüht. Nun ist er da. „Das ‚Ding‘ ist da“, wie einst Oliver Kahn beim Gewinn einer Meisterschaft brüllte. Ich denke, das Ding ist verdient wie einst die Meisterschaft für den FC Bayern. Warum ist dies so? Nun, seit Dez. 2003 leisten wir hier in Düsseldorf eine nachhaltige Antistigma-Arbeit, haben uns hier wohl als bundesweit eine von wenigen Psychiatrieerfahrenen–Antistigma–Initiativen

etabliert. Zwar haben wir in diesen gut 6,5 Jahren, ‚nur‘ etwa 45 Schul(ungs)projekte für seelische Gesundheit durchgeführt, doch wir arbeiten hart und beharrlich. Circa fünfzehn Psychiatrieerfahrenere haben sich schon an unseren Projekten beteiligt. Es geht weiter. Wir sind mit dem Team bei den mittlerweile vierzehntägigen Projektteam–Besprechungen in einer Gemeinde beheimatet, der evangelischen Kirchengemeinde Flingern-Süd. Von dort aus

planen wir unsere ‚Outing‘-Aktivitäten, vor allem in den Schulen.

Es ist eine Arbeit, die sich lohnt. Nach ‚mauen‘ Phasen, stehen nun wieder 6-8 Projekte im 1. Halbjahr 2010 an. Wir freuen uns aber auch auf neue Mitstreiter!

Andreas Kernchen, für die SHG Antistigma Düsseldorf Christuskirchengemeinde in Düsseldorf.

Info und Kontakt:

www.antistigma-duesseldorf.info

Gratulation der RGSP zur Preisverleihung an die SHG Antistigma Düsseldorf

Im November 2009 erhielt „Anti-Stigma Düsseldorf“ den Förderpreis der DGPPN zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Mich freut diese Auszeichnung deshalb ganz besonders, weil die Düsseldorfer Initiative sich nicht wie andere zumeist professionelle Anti-Stigma-Gruppen mit „Quoten-Psychiatrieerfahrenen“ schmückt, sondern eine Betroffenenor-

ganisation ist, an der interessierte Profis mitwirken dürfen.

Was Anti-Stigma Düsseldorf seit vielen Jahren mit einerseits begrenzten finanziellen Mitteln und andererseits großem Engagement und persönlichem Einsatz der Mitglieder auf die Beine stellt, ist bemerkenswert. Die Aktivitäten reichen von der Pressearbeit bis zu einer Vielzahl von Schulbesuchen, bei denen die

Schülerinnen und Schüler Gelegenheit erhalten, im Gespräch mit Betroffenen Vorurteile in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen abzubauen. Ziel dabei ist es immer, psychischer Erkrankung ein Gesicht zu geben und eine persönliche Geschichte zu erzählen. Dafür Dank und Gratulation zum Preis.

Für den RGSP-Vorstand: Ilja Ruhl

Das Herz – die Medikamente – die RGSP

von Andreas Kernchen

Seit gut einem Jahr, bin ich nun im Vorstand der RGSP. Da ich die aktuelle kritische Medikamentendebatte meinerseits kritisch sehe, berichte ich hier von persönlichen Erfahrungen. Seit fast 17 Jahren lebe ich nun schon mit typischen und atypischen Psychopharmaka. Genau gesagt nach meiner ersten heftigen Psychose am 20. Juni 1993. Ich habe eine grundsätzlich positive Meinung von meinen Medikamenten. Auf meiner Homepage: www.psych-handicap.de danke ich beispielsweise auch den Wissenschaftlern, die diese Medikamente erfinden. Es bedeutet für mich einfach eine ganze Menge an Lebensqualität, in dieser Hinsicht toll versorgt zu sein. 1993 wurde bei mir zunächst die klassische

Palette der Medis ausprobiert. Das Typikum: Haldol brachte mich damals zwar runter von der Psychose, sorgte aber dafür, das mir der dazugehörige ‚Robotergang‘, Speichelfluss und Sitzunruhe zu schaffen machten.

Und ich habe innerhalb von 4 Monaten: mehr als 70 Pfund zugenommen. Erst ‚Risperdal‘, das Mittel der Wahl, bekämpfte erfolgreich meine ekeligen Zwangsgedanken. Gut, es machte später kombiniert mit dem eher niederpotenten ‚Truxal‘ (zur Beruhigung) Blickkrämpfe, auf die ich auch lieber verzichtet hätte.

Während ‚Risperdal‘ mir noch stärker Potenzprobleme und Muskelsteifigkeit beschert hatte, war es circa acht Jahre später bei mir nicht mehr wirksam. Ich

wechselte zu ‚Solian‘ – Amisulprid. Etwa 25 Prozent weniger Seditiertheit, weniger Ruhigstellung - auch gedanklich – waren die Folge. Ich blühte auf, auch geistig. So konnte ich seit dem Jahr 2000 meinen kaufmännischen Job in Vollzeit halten. Inzwischen arbeite ich aber nach einem reduzierten Stundenmodell. Nach abermals acht Jahren bin ich nun zum Atypikum: Abilify gewechselt.

Ich lebe mit den Medikamenten- und dies gut. Ich frage mich manchmal: Was würdest Du tun, Andreas, wenn Du wüsstest, dass diese Pillen auf Dauer z.B. Krebs verursachen würden oder auf andere Weise das Risiko eines vorzeitigen Todes bestünde? Meine Antwort: Ich würde meine ‚Wunderpillen‘ weiter

nehmen, denn durch sie habe ich soviel Lebensqualität gewonnen. Selbst Cocktails davon habe ich schon geschluckt. Da ich ansonsten keine Herz- oder sonstigen körperlichen Probleme - etwa mit den Nieren - habe, habe ich das ganz gut vertragen.

In diesen Zeiten, in denen eine echte Atypika-Paranoia aufgekommen ist, hat mir ein Kardiologe das grünste Licht sogar für einen Marathon-Lauf gegeben. Ich finde, - es kommt halt immer auch auf die Physis eines Patienten an. Vorschnelle Verallgemeinerungen können

da auch diejenigen verunsichern, die aus guten Gründen ‚Pillen schlucken‘.

Ich habe für mich entschieden: LIEBER KURZ UND GUT LEBEN,- als lang und schlecht.

Mehr als eine halbe Millionen unnötiger Klinikaufenthalte - TK startet ambulantes Netzwerk für psychisch Kranke

Auszug aus einer Information des Medienservice der Techniker Krankenkasse

www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/202204/Datei/46373/Medienservice-Februar-2010-Psychische%20Gesundheit.pdf

Fast 1,1 Millionen Krankenhausaufenthalte verzeichnete die Techniker Krankenkasse (TK) 2009 insgesamt, in über 50.000 Fällen handelte es sich dabei um Patienten mit Depressionen, Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen. Rechnet man die TK-Daten auf die Gesamtbevölkerung hoch, ergeben sich bundesweit über eine halbe Million stationäre Aufenthalte aufgrund dieser psychischen Diagnosen – Klinikaufenthalte, die sich zum Teil vermeiden ließen, wenn die Patienten angemessen ambulant betreut würden. Obwohl diese Meinung mehrheitlich von Medizinern, Patienten, Angehörigen und Krankenkassen geteilt wird, mangelt es hierzulande noch immer an Angeboten, die den Bedürfnissen psychisch Kranker gerecht werden und ihnen ein Leben jenseits der stationären Psychiatrie ermöglichen.

Die TK hat deshalb gerade das Netzwerk Psychische Gesundheit (NWpG) ins Leben gerufen, bei dem sich erstmals sozial- und gemeindepsychiatrische, ambulante und stationäre Anbieter integriert um die Patienten kümmern. Ziel des neuen Konzepts ist, die Patienten so weit zu unterstützen, dass sie trotz ihrer Erkrankung im gewohnten familiären, beruflichen und sozialen Umfeld bleiben können – ambulant statt stationär.

Im Mittelpunkt des neuen Konzepts stehen dabei die **aufsuchende Betreuung zu Hause (home treatment)** sowie Rückzugsräume, die die Patienten

bei Bedarf nutzen können. „Diese sogenannten **Krisenpensionen** bieten den Patienten jederzeit eine Rückzugsmöglichkeit, ohne dass sie ihr gewohntes Lebensumfeld für längere Zeit verlassen müssen. In diesen Wohngemeinschaften steht ihnen rund um die Uhr professionelle Hilfe zur Verfügung“, erläuterte Professor Dr. Norbert Klusen, Vorsitzender des TK-Vorstandes, das neue Konzept. ...

Neben den Krisenpensionen können die Patienten sozialpsychiatrische Hilfe, so genanntes "home treatment", in Anspruch nehmen. Die Angehörigen bewerten das neue Versorgungsangebot, das auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien ausgerichtet ist, als einen großen Fortschritt: „Das ist ein echter Paradigmenwechsel. Besonders die aufsuchenden Hilfen können Patienten und Familien entlasten und kritische Situationen innerhalb der Familien vermeiden. Eine ambulante Begleitung, die die Selbstverantwortung der Patienten stärkt, ist für alle Beteiligten von großem Nutzen“, erklärte Marianne Schumacher vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker (ApK) in Berlin.

Aus einem Interview mit Prof. Klaus Dörner zu dem neuen Konzept: „Ausgenommen einiger schwerer Psychosen gibt es kaum eine wirkliche Indikation, die eine stationäre Behandlung erfordert. Ein solches ambulantes Netzwerk schafft nach 30 Jahren erstmals Anreize,

um die Kluft zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen Profis, vielleicht auch zwischen professionellen und Bürger Helfern zum Nutzen des Patienten zu schließen. ...

Ein kleiner Teil des bekannten Anstiegs psychischer Erkrankungen mag mit dem zunehmenden Leistungsdruck am Arbeitsplatz zusammenhängen. Der weitaus größere Teil ist kein wirklicher Anstieg, sondern hängt einerseits kausal mit der aggressiven Werbung für Psychopharmaka zusammen, so in den USA oder bei uns, und andererseits mit der Zunahme der Psychotherapeuten – einer Verachtlichung. Dies führt dazu, dass immer geringere Grade von Unwohlsein schon als „krankheitswertig“ diagnostiziert und damit als therapiebedürftig anerkannt werden, was sich – weil objektiv kaum kontrollierbar – nach Konjunktur im Prinzip soweit ausweiten lässt, bis sich alle als psychotherapiebedürftig empfinden. ...

Dass vor allem bei psychischen Störungen faktisch immer noch „stationär vor ambulant“ stattfindet, liegt – von schweren Psychosen abgesehen – vor allem am Anreizsystem: Betten bringen, ob wirklich oder vermeintlich, mehr Geld. Es gibt Kliniken, wo Privatpatienten bei gleicher Diagnose viermal länger „liegen“. ...

Das Projekt (Netzwerk Psychische Gesundheit) halte ich für ziemlich genial, für uns Profis beschämend genug.“