

extrablatt

Mitteilungen der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Ausgabe Mai 2020

Liebe RGSpler liebe Kolleginnen und Kollegen,

im letzten Jahr hatte ich mich noch bei allen für das Engagement bezüglich Verhinderung des strittigen Punktes im Landesrahmenvertrag bezüglich Aufteilung der Fachkraftquote innerhalb der qualifizierten Assistenz bedankt. Nun kommt es doch anders und wir müssen in den kommenden 1,5 Jahren aufpassen wie wir dieses in den Fachmodulen verhandeln.

Doch beherrschendes Thema ist in diesen Tagen die Coronapandemie und ihre Folgen. Für alle hat sich innerhalb kürzester Zeit sowohl das Privat- als auch das Arbeitsleben verändert. Klienten sind verunsichert, verängstigt, Kontakte, Versorgung und Tagesstrukturen brechen zum Teil weg. Etc. etc.

Wir werden in dieser Ausgabe keine Artikel zu Corona veröffentlichen, da alle mit Erlassen, Aufklärungsempfehlungen und Handlungsempfehlungen überschüttet werden. Ich möchte jedoch eins besonders herausstellen. Die Kostenträger, insbesondere der LVR haben aus meiner Sicht, in dieser Zeit einen hervorragenden Job gemacht. In sämtlichen Anweisungen und Empfehlungen wurde und wird enorm viel Interpretationsspielraum gelassen, damit die Menschen, für die wir da sind, weiter versorgt werden können. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle ausdrücklich bedanken.

Sie halten mit dieser Ausgabe des Extrablattes die erste Ausgabe dieses Jahres in den Händen. Sie finden in dieser Ausgabe die Einladung zu unserer Mitgliederversammlung, einen Text zum Dialog Psychopharmaka, Tagungsberichte über die Jahrestagung, Artikel zur Zukunft der SPZ, einen Bericht zu einem Soteria-Fachtag sowie einen offenen Brief des PSZ zum Thema Migration und notwendiger psychiatrischer Versorgung.

Ich werde nicht müde zu betonen, dass unsere Vorstandssitzungen nach wie vor monatlich an wechselnden Standorten (Duisburg, Viersen, Mönchengladbach, Köln, Düsseldorf, etc.) stattfinden und diese öffentlich sind. Neuerdings sogar per Videokonferenz. Jede*r ist herzlich eingeladen, reinzuschnuppern und mitzuarbeiten. Termine und Veranstaltungsorte sind jeweils unserer Homepage zu entnehmen.

Liebe RGSpler, ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und vor allem wünsche ich Ihnen im Namen des gesamten Vorstandes einen entspannten, virenfreien und ruhigen Sommer. Ich hoffe, Sie werden zahlreich unserer Einladung zur Mitgliederversammlung in Duisburg folgen. Mit Christoph Müller, Herausgeber des Buches „Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit einer psychischen Störung“ konnten wir einen prominenten Referenten gewinnen.

Herzliche Grüße
Für den Vorstand
Stefan Corda-Zitzen

Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung

Ort:

Liebfrauen Kulturkirche
König-Heinrich-Platz 3 in 47051 Duisburg

Dienstag, den 23.06.2020, 18:00 Uhr

Tagesordnung:

- Eröffnung und Begrüßung
- Wahl des Versammlungsleiters
- Beschlussfassung über die Tagesordnung
 - Bericht des Vorstandes
 - Kassenbericht
 - Bericht der Kassenprüfer
 - Aussprache
- Entlastung des Vorstands
 - Verschiedenes

Anträge und Ergänzungen zur Tagesordnung werden bis zum 16.06.2020 erbeten an die RGSP-Geschäftsstelle (s.u.)
Viersen, den 11.05.2020 gez. Stefan Corda-Zitzen

19:15 Uhr: Pause

19:30 Uhr: Vortrag

„Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit psychischen Störungen“

Christoph Müller,
Herausgeber des gleichnamigen Buches

**Aufgrund der derzeitigen Lage, ist eine Anmeldung
mit Kontaktdaten bis zum 16.06.2020 bei der
RGSP-Geschäftsstelle, Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen
unbedingt erforderlich.**

Tel. (0212) 2 48 21-20 • Fax. 2 48 21-10 • E-Mail: rgsp@ptv-solingen.de

Inhalt

Einladung zur öffentlichen Mitgliederversammlung	1	Arbeitskreis Psychopharmaka Dialog Düsseldorf	4	Bericht aus unterschiedlichen Perspektiven	12
Vortrag Mitgliederversammlung	2	Offener Brief „Libyen“	5	Bericht aus Sicht eines Psychiatrie-zer-fahrenen	12
Soteria: Handlungsfelder und Perspektiven	3	„Die Zukunft gehört uns“ – Weiterentwicklung der SPZ	7	Rückblick einer Studentin	15
		Auf den Spuren der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie	9	O-Töne von Studenten*innen Nachruf	15 16

Ängstliches und gewalttätiges Verhalten meistern

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit einer psychischen Störung

Christoph Müller,
Herausgeber des gleichnamigen Buches

Klienten in der psychiatrischen Versorgung zeigen mitunter Verhaltensweisen, die Teammitglieder herausfordern können, wie agitiertes, ängstliches, desorientiertes, gewalttätiges, manipulatives, selbstverletzendes und suizidandrohendes Verhalten. Auf diese Verhaltensweisen angemessen zu reagieren, zu deeskalieren und eine bedürfnisgerechte Lösung zu finden ist fachlich und menschlich schwierig.

Welche Lösungen in diesen herausfordernden Situationen machbar und praktikabel sein können, zeigen der erfahrene Psychologe Bo Hejlskov Eléven und die Psychiatrie-Erfahrene Sophie Abild McFarlane. Sie legen ein Praxishandbuch vor, das

- Erklärungsansätze bietet, um herausforderndes Verhalten in der Psychiatrie zu verstehen
- handlungsleitende Prinzipien anbietet, um gekonnt sich selbst, die Situation und den Klienten zu reflektieren
- einen «Werkzeugkoffer» mit Verhaltens-/Handlungsanweisungen bereitstellt, um freundlich, sanft und effektiv mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen zu können.

Die Autoren zeigen zahlreiche Beispiele und Möglichkeiten, wie Pflegende ein positives Milieu und eine angenehme und sichere Umgebung für Menschen mit psychischen Problemen schaffen können. Sie zeigen, wie Pflegende beruhigend auf Menschen mit psychischen Problemen einwirken können und so zu einer positiv veränderten Arbeits- und Behandlungsatmosphäre beitragen können.

Christoph Müller, Herausgeber, wird einen Impulsvortrag halten und anschließend für Fragen und Diskussionen zur Verfügung stehen.

Wo? Liebfrauen Kulturkirche, König-Heinrich-Platz 3 in 47051 Duisburg

Wann? Dienstag, 23.06.2020, Beginn 19.00 Uhr – Ende 20:30 Uhr

Die Teilnahme ist unentgeltlich.

Aufgrund der derzeitigen Situation ist eine Anmeldung mit Kontaktdaten bis zum 16.06.2020 bei der RGSP-Geschäftsstelle, per Karte, Fax, E-Mail oder Telefon unbedingt erforderlich:

RGSP e.V., Eichenstr. 105-109, 42659 Solingen
Tel. (0212) 2 48 21-20 • Fax. 2 48 21-10 • E-Mail: rgsp@ptv-solingen.de

Informationen zur Veranstaltung und zu Ort und Anfahrt auch auf unserer Homepage: www.rgsp.de

Soteria: Handlungsfelder und Perspektiven

Fortbildungsveranstaltung am 15. und 16. November 2019 in der LVR-Klinik Bonn

Eingeladen wurde zur diesjährigen Jahrestagung der Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS). Es handelte sich um eine gemeinsame Veranstaltung der LVR-Klinik Bonn, dem akademischen Lehrkrankenhaus der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn, und des LVR-Arbeitskreises zur Prävention von Zwang und Gewalt.

Am Freitag begrüßte um 14:00 Uhr Herr Dr. Michael Schormann, stellvertretender Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Bonn, die Teilnehmenden. Er wies zunächst auf wirtschaftliche Faktoren, wie die knappe Personalbemessung und die geringe Budgetierung, hin, welche die Errichtung der Soteria-Station in Bonn erschwerten und noch immer deren Ausarbeitung behindern. Das Modellvorhaben sei auf 8 Jahre angelegt.

Auf der Soteria-Station des LVR-Klinikums Bonn gibt es 16 Betten (Doppelzimmer), wie Dr. Schormann sagte. Es kam zur Anmerkung aus dem Publikum, eine Soteria sollte laut IAS-Kriterien nicht mehr als 10 Betten haben. Vertreter der LVR-Klinik Bonn warben für Verständnis, die hiesige Station sei noch in der Entwicklung. Im späteren Verlauf der Veranstaltung wurde hinzugefügt, dass im Regelfall auch noch mindestens zwei Patienten im Tagesklinikstatus aufgenommen sind, wodurch angezweifelt werden kann, ob unter diesen Bedingungen eine kleine familiäre Atmosphäre geschaffen ist, die in einer Soteria gegeben sein sollte.

Im Anschluss hielt Frau Dr. Petra Briel, Oberärztin der LVR-Klinik Bonn, einen Vortrag, indem sie unter anderem erwähnte, dass $\frac{3}{4}$ der Patienten auf der Station unter Psychosen leiden, und die nächste Patientengruppe die Diagnose Depression habe. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt mit 6 Wochen, ca. 2 Wochen mehr als auf psychiatrischen Regelstationen. Einstimmigkeit herrschte unter allen Veranstaltungsteilnehmern, dass es einen längeren Aufenthalt braucht, um die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Personal aufzubauen und so damit zu arbeiten, wie es die 'Haltung Soteria' erfordert.

Die Ergotherapie findet in der Soteria Bonn aufgrund von Platzmangel auf dem Flur statt, was den Vorteil mit sich bringt, dass Patienten eher dieses Angebot 'im Vorbeigehen' annehmen. Jedoch kamen als die Stationsärztin beklagte, dass die Räume der Behandler zu klein wären, von Veranstaltungsteilnehmern die Fragestellungen, ob es überhaupt eines Arztzimmers und Ähnlichem bedarf oder ob es nicht genüge, wenn der Arzt sich unter den Patienten mit in der Küche etc. aufhält und lediglich ein Zimmer mit zwei Stühlen für Einzelgespräche zur Verfügung stände? Es gibt Soterien, in denen Arzt- und Pflegegespräche sowie die Dokumentation allein im Stationszimmer stattfinden. Es zeigte sich bei der späteren Besichtigung der Soteria-Station vor Ort, dass diese über ein Stations-, Psychologen-, Behandlungs- sowie ein Arztzimmer verfügt.

Im weiteren Verlauf der Fortbildung wurde deutlich, dass die Ausgaben für Neuroleptika auf Soteria-Stationen signifikant niedrig sind. Am Beispiel der Station am LVR-Klinikum Bonn, wo der jährliche Kostenwert in Brutto 2014 noch bei 11.389 Euro lag, und bereits 2017 nur noch 3.183 Euro betrug, ist dies beispielhaft.

Danach gab Herr Dirk Werner, stellvertretende Stationsleitung der Soteria des LVR-Klinikums Bonn, einen kurzen Abriss der Geschichte der Station, die bis 2012 im Haupthaus untergebracht war und stellte dar, mit welchen Herausforderungen diese Gegebenheit verbunden war. Nach dem Umzug in eigene Räumlichkeiten im Haus 27 entspannte sich die Situation. Seit drei Jahren arbeitet eine Ex-In-Genesungsbegleitung auf der Station. Herr Werner ergänzte, dass 2012 in der LVR-Klinik Bonn 'dynaLife' eingerichtet wurde, ein mobiler Dienst, um den stationären Bereich stärker mit dem ambulanten zu verknüpfen.

Gegen 15:30 Uhr begann Herr Dr. Walter Gekle, Chefarzt der Soteria in Bern, mit seinem Referat zu 'Soteria: Handlungsfelder und Perspektiven'. Zuerst stellte er die Unterschiede in den Einstellungen von dem inzwischen verstorbenen Mosher und dem 90-jährigen Ciompi dar. Mosher war radikal-antipsychiatrisch und ganz gegen eine Neuroleptika Gabe. Ciompi hat eine moderat-sozialpsychiatrische Haltung und ist für eine Behandlung mit möglichst wenig Neuroleptika Einsatz. Das von Mosher eingeführte 'being-with' baute Ciompi zur 1-zu-1-Betreuung aus.

Die Soteria in Bern war ursprünglich ein Projekt, aber nie Teil einer größeren Klinik, sondern ist heute das kleinste Spital im Kanton und liegt mitten im Stadtviertel 'Längass'. Als Aufnahmekriterium werden psychotische Symptome gefordert, ausgeschlossen sind Patienten mit einer extrem akuten manischen- oder schweren Suchtsymptomatik sowie solche mit einer nicht kontrollierbaren Eigen- oder Fremdgefährdung. Die meisten Patienten sind zwischen 16 und 40 Jahre alt und ihr Aufenthalt dauert im Durchschnitt 50 Tage. Das Pflegepersonal hat 49-Stunden Dienste. Das Kernteam besteht aus 12 Personen und einem externen Therapeuten. Im Zentrum steht die erfahrungsfokussierte Behandlung bei Stimmenhören. Bei einer Teambefragung, was Soteria ist, wurde an erster Stelle 'alternativ' genannt, gefolgt von 'authentisch'. Die Patienten gaben bei der gleichen Fragestellung 'ruhig' und 'kleinerer Rahmen' sowie '1-zu-1 statt Isolation' und 'Einzelzimmer' außerdem 'Freiwilligkeit' an.

Dr. Gekle beschrieb die aufeinanderfolgenden Behandlungsphasen, wobei er besonders auf Phase 1 einging, in welcher der Patient mit dem Betreuer bis zu 2 Wochen im weichen Zimmer verbleiben kann. Hier findet LOWEE d.h. wenig Kommunikation und Interaktion statt. Im Publikum entfachte eine kurze Debatte zum Unterschied zwischen dieser 1-zu-1-Betreuung und der auf anderen psychiatrischen Stationen gängigen 'Sitzwache'. Anschließend erläuterte Dr. Gekle die Einstellungen der Mitarbeiter, die davon ausgehen, dass der Betroffene in der Psychose das Zentrum (seiner) Welt ist. Ziel soll eine sanfte Landung des Betroffenen in der Realität sein und danach die Schaffung einer gemeinsam geteilten Wirklichkeit mit den Betreuern.

Bedeutsam ist auch der Ablauf der Behandlungskonferenzen, die in Phase 2 abgehalten werden. Der Patient sucht sich als Erster bei Eintritt in den Raum einen Platz aus, während alle anderen Behandler stehen und abwarten. Dann berichtet der Patient von seinen 'Tops und Flops' der letzten Woche. Zum Ende der Konferenz kann der Patient das Protokoll korrigieren. Sobald er den Raum verlassen hat, spricht das Personal nicht über ihn, sondern reflektiert die eigenen in der Konferenz geäußerten Reflexionen.

Nach diesen Ausführungen des Dr. Gekle wurde gemeinsam die Soteria-Station der LVR-Klinik Bonn besichtigt. Beeindruckt war man von dem großzügig angelegten Garten mit von Patienten und Personal zusammen errichteten Hochbeeten. Bei der Begehung des Hauses fiel einigen Besuchern auf, dass die Räumlichkeiten zwar schön, aber auch sehr groß sind, wobei Soteria-Einheiten eigentlich klein gehalten sein sollten. Des Weiteren bemerkte man als Außenstehender, dass durch farbenfrohe Anstriche, Bücherregale, Bilder und Aushänge sowie dem Ausliegen von Broschüren nicht das reizarme Umfeld gegeben ist, welches Psychose-Betroffene eigentlich brauchen und wie es die IAS als Kriterium für Soterien fordert. Ein Besucher merkte an, dass das weiche Zimmer mit Möbel, welche scharfe Kanten hatten, ausgestattet war. Als die Stationsärztin hervorhob, dass ihr Zimmer direkt gegenüber dem Behandlungsraum liege und bei offenen Türen ein direkter Austausch zwischen ihr und dem Pflegepersonal stattfindet, kam bei Veranstaltungsteilnehmern die Frage auf, wie es wohl um den Datenschutz stehe, wenn Besucher sich im Flur aufhalten?

Warum im Infoblatt für neue Patienten das eindeutige Wort menschlich in Anführungsstriche gesetzt wurde, der Begriff Normalität, unter dem jeder Mensch etwas Anderes versteht, hingegen nicht, bleibt fraglich.

Gegen 17:30 Uhr endete die Veranstaltung. Eine Gruppe ging anschließend noch gemeinsam Abendessen in ein Restaurant. Am Folgetag fand ein Treffen der Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria statt.

Katrin Schneider,
Ex-In-Genesungsbegleiter in Kursweiterbildung

Arbeitskreis Psychopharmaka Trialog Düsseldorf

Mittlerweile erschienen bereits mehrere Fachbücher zum Thema eines sensiblen Umgangs mit Neuroleptika, sowie auch zur Einnahme von Antidepressiva. Diese Hinweise verdeutlichen auch die essentielle Notwendigkeit, aus der wissenschaftlichen Diskussion ein Gesprächsthema für die betroffenen Gruppen zu machen.

Mittlerweile ist hinreichend bekannt, dass Psychopharmaka u.a. auch den Körper schädigen. Eine möglichst geringe Dosierung ist deshalb, falls überhaupt erforderlich, anzustreben. Wenn dies funktionieren kann.

Eine trialogisch orientierte Fachgruppe, also bestehend aus Angehörigen, Psychiatrieerfahrenen und Profis aus dem psychosozialen und medizinischen Tätigkeitsbereich, macht deshalb dies zum Thema. Es ist der Gruppe wichtig, sich durch Erfahrungs- und Fachwissen (z.B. aus diverser Fachliteratur), aber auch im Dialog mit Ärzten, die sich ergänzend öffnen, ein unvoreingenommenes Bild zur Praxis der heutigen Medikation zu machen. Selbst Filme, wie „Nicht alles schlucken“ (Psychiatrie-Verlag) geben da aber nur eine ungefähre Richtung an.

Nicht der Psychiater kennt sich ja schließlich mit der Dosierung dieser „Pillen“ aus. Sondern Psychiatrie-Erfahrene machen tagtäglich ihre eigenen Erfahrungen damit. Manche sehen deshalb deren Einnahme sehr kritisch und wollen ganz davon weg, andere wollen nur reduzieren oder streben bessere Alternativ-Präparate an.

Letztendlich geht es darum, sich auch eine eigene Meinung zum kompletten Wirkungsspektrum dieser Medizin zu machen.

Der Austausch in den Räumen der AWO Düsseldorf in Eller, Schlossallee 12a, findet alle paar Wochen statt. Mal wird im trialogischen Gespräch miteinander gearbeitet, wie in einem Psychose-Seminar. Mal tagen die Interessierten zur Arbeit an besonderen Fachthemen in einem Arbeitskreis mit Moderation. Diesen machen Menschen mit und ohne eigenen Erfahrungshintergrund von Neuroleptika-Einnahme. Entstanden ist alles über den sogenannten Trialog, die „Düsseldorfer Psychiatrie Gespräche“, siehe gern unter PG-DUS.DE

„Nicht alles schlucken“ ist also kein Trend, sondern entspricht eher der Verwirklichung eines kritischen Zeitgeistes jenseits von Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen von Psychopharmaka und Antidepressiva.

Weitere Trialoge sind auch in Berlin, sowie in der Schweiz in Bern, ein Thema. Ein kritischer Diskurs dazu macht also Sinn.

Andreas Kernchen,
Mutmacher-Kernchen.de

Offener Brief

Sehr geehrter Herr Stamp, sehr geehrte Landespolitiker*innen,

kürzlich sind die Innenminister einiger europäischer Staaten in Malta zusammengekommen, um eine übergreifende Lösung zur Aufnahme der aus Seenot geretteten Menschen zu erreichen. Dieses erneute Bemühen, zu einer multilateralen Lösung zu kommen und den Menschen den Zugang zu rechtsstaatlichen Asylverfahren zu ermöglichen, begrüßen wir sehr.

Die Menschen, die Folter in Libyen überlebt und den Weg nach Deutschland gefunden haben, behandeln und begleiten wir im ärztlichen, psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich. Wir erleben in unserer Arbeitspraxis die erheblichen Auswirkungen, die die überlebte Folter für Betroffene bedeutet. Uns stellen sich Menschen vor, die sich in erheblichen psychischen Ausnahmesituationen befinden, gekennzeichnet durch depressive- und Angstsymptomatik mit Schlafstörungen, Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, verschiedenartigen körperlichen Schmerzen, z.T. psychosenaher Symptomatik. In den meisten Fällen bestehen diese Beschwerden schon länger und blieben bis zu der Vorstellung bei uns ohne Anbindung an ärztliche oder therapeutische Versorgung. Bei den Menschen, die in Libyen Opfer von Menschenhandel, Erpressung, Versklavung und Folter geworden sind, ist das Leiden geprägt durch eine tiefgreifende Verzweiflung und ein völliges Entsetzen über die Entmenschlichung und das Ausmaß der Gewalt, die sie an sich und Mitgeflüchteten ertragen mussten. Der Kern des Selbst scheint beschädigt, die Ereignisse nicht erklärbar und integrierbar. Die Folgen der massiven körperlichen und psychischen Gewalt beschränken sich deshalb nicht auf Aspekte der Gesundheit, die gesamte Lebensfähigkeit steht häufig in Frage.

Wie vom UN-Ausschuss gegen Folter¹ gefordert, erscheint uns eine ganzheitliche Betreuung, die sowohl medizinische und psychologische Begleitung, als auch soziale und rechtliche Dienste umfasst, unverzichtbar.

Als Land, das die Anti-Folterkonvention unterzeichnet hat ist Deutschland verpflichtet, die Mittel für eine bedarfsgerechte, umfassende Rehabilitation Folterüberlebender zu gewährleisten. Eine ganzheitlich aufgestellte Rehabilitation muss von einem systematischen Screening zur Erkennung betroffener Menschen bis zur rechtlichen, (psycho-)somatischen und sozialen Behandlung und Begleitung reichen.

Diese Verpflichtungen erfordern den barrierefreien Zugang zu Versorgung - unabhängig vom Aufenthaltsstatus.

Das Ausmaß von Folter, Versklavung und unmenschlicher Behandlung von Migrant*innen in Libyen ist durch internationale Organisationen eindeutig dokumentiert und dargestellt und der Öffentlichkeit und Politik in Deutschland bestens bekannt. Wir sind erschüttert über die schlimmsten Menschenrechtsverletzungen in Libyen und der bisher fehlenden politischen Initiative zum Schutz der Überlebenden in Deutschland.

Die Praxis im Aufnahme- und Asylsystem in Deutschland ermöglicht im Regelfall keinen Zugang zu geschulter und sachgerechter Erkennung Folterüberlebender, der Dokumentation und der Begutachtung möglicher Folterspuren, sowie professioneller Behandlung psychischer und körperlicher Folgen. Das Recht auf Rehabilitation wird systematisch missachtet und die Betroffenen bleiben in permanenten psychischen Ausnahmesituationen. Insbesondere findet eine adäquate gesundheitliche Versorgung oftmals nur bei NGOs und in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer statt, die keine gesicherte Finanzierungsgrundlage haben.

Auch bei Professionellen verursacht dies eine erhebliche Belastung. Uns sind mehrere Fälle bekannt, in denen erfahrene Professionelle von einem „Libyen-Burnout“ sprechen. Neben der Brutalität und dem Ausmaß der Gewalt führen auch die häufig drohenden Dublin-Abschiebungen z.B. nach Italien und die mangelnden Schutzperspektiven in Deutschland – erlebte Folter in Transitländern, wie Libyen wird im Asylverfahren nicht einbezogen – zu einem Gefühl der Handlungsunfähigkeit auf Seiten der Professionellen.

Anknüpfend an die in Malta stattgefundenen Gespräche zur Aufnahme aus Seenot geretteter geflüchteter Menschen, fordern wir eine innerstaatliche Ausweitung und konsequentere Umsetzung der Erkennung (Screening) sowie gesundheitliche Versorgungs- und rechtliche Schutzmöglichkeiten für Folterüberlebende aus Transitländern, insbesondere Libyen.

1. Es braucht ein systematisches Screening zur Erkennung von Überlebenden von Folter:

Uns begegnen Menschen, die Folter in Transitländern wie Libyen erlebt haben häufig erst, wenn sie bereits kurz vor der Abschiebung stehen – in Dublin-Verfahren, oder mit Duldungen. Häufig ist hier weder eine ärztliche Untersuchung und Abklärung der Folterfolgen erfolgt noch wurde eine adäquate Behandlung eingeleitet. Zum Teil wurde trotz deutlicher Hinweise in der Anhörung keine Befragung in Bezug auf das Erlebte durchgeführt.

In zahlreichen Modellprojekten sind Screeningmethoden wissenschaftlich begleitet getestet worden, ein Einsatz außerhalb der Modellprojekte erfolgt jedoch bisher nicht. Dabei ist die rechtliche Verpflichtung zur Durchführung systematischer Screenings in der EU-Aufnahmerichtlinie eindeutig. Das fehlende Screening in der Aufnahmesituation und fehlende Strukturen in Aufnahmeeinrichtungen zur Erkennung besonders schutzbedürftiger Personen führen zu Chronifizierung und krisenhaften Entwicklungen der gesundheitlichen Folterfolgen.

Auch der UN-Ausschuss gegen Folter kritisiert in seiner im Juli 2019 veröffentlichten abschließenden Bemerkung zur Überprüfung des 6. Staatenberichts explizit den Umgang mit Asylsuchenden aus als „sicher“ eingestuften Herkunftsstaaten und bei „Dublin-Fällen“ und fordert die Bundesrepublik auf, „Maßnahmen [zu] ergreifen, um Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen, insbesondere Opfer von Folter und Misshandlungen, schnellstmöglich zu identifizieren, sowie sicher[zustellen], dass bei allen Asylbewerbern, auch im beschleunigten Verfahren, bei ihrer Ankunft in den entsprechenden Einrichtungen obligatorische medizinische Untersuchungen und systematische Überprüfungen auf psychische Erkrankungen oder Traumatisierungen durch unabhängige und qualifizierte medizinische Fachkräfte durchgeführt werden, erforderlichenfalls mithilfe vertraulicher und qualifizierter Verdolmetschung.“²

¹ Von der UNO eingesetztes Kontrollorgan zur Kontrolle der Umsetzung und Einhaltung der von Deutschland 1987 ratifizierten Antifolterkonvention der Vereinten Nationen

² Vgl. Ausschuss gegen Folter: Abschließende Bemerkungen zum sechsten Staatenbericht Deutschlands 2019; Nichtamtliche Übersetzung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, Absatz 26 f, abgerufen am 19.11.2019 https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/CAT_Staatenbericht_6_CoObs_de.pdf

Die flächendeckende Umsetzung getesteter Screeningmethoden würde dazu beitragen, dass besonders schutzbedürftige Personen erkannt und ihre Bedarfe berücksichtigt werden könnten – zum einen könnten notwendige Behandlungen veranlasst werden, zum anderen könnten Sonderentscheider*innen für Überlebende von Folter und Gewalt eingesetzt werden und in der Anhörung systematisch auch Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 Aufenthaltsgesetz exploriert werden.

Wir fordern daher die Bereitstellung dringend gebotener Mittel zur Umsetzung systematischer Screenings, gemäß der Verpflichtung in EU-Aufnahmerichtlinie und UN-Antifolterkonvention.

2. Es braucht einen Zugang zu Behandlung und Rehabilitation für Folterüberlebende:

Bei Schulungen für Mitarbeiter*innen in Aufnahmeeinrichtungen wird berichtet, dass Folterfolgen und psychische Belastungen u.a. aufgrund von Überforderung der Fachkräfte nicht exploriert werden, weil von diesen häufig keine Möglichkeit gesehen wird, betroffene Menschen anschließend in eine Behandlung vermitteln zu können.

Folterüberlebende haben einen Anspruch auf eine interdisziplinäre Sachverhalts- und Bedarfsklärung sowie einen Zugang zu Behandlung und Rehabilitation mit Einsatz qualifizierter Sprachmittler*innen. Oftmals fehlt es aber bereits an der Möglichkeit psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Es braucht dringend den Ausbau der Kapazitäten in Psychiatrischen Institutsambulanzen für Folterüberlebende, die Finanzierung qualifizierter Sprachmittlung sowie eine langfristige Finanzierung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Eindeutig wird das Recht Folterüberlebender auf Zugang zu Rehabilitation sowohl in der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 als auch in der von der Bundesrepublik ratifizierten UN-Antifolterkonvention formuliert.

Die Zuständigkeit der Versorgung liegt hierbei explizit bei dem Staat, in dem sich die Person aufhält.

Der UN-Ausschuss gegen Folter äußert Besorgnis, „dass Opfern von Folter, insbesondere Asylbewerbern und irregulären Migranten, ausreichende Ressourcen fehlen, um umfassende Rehabilitationsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, und dass die weit überwiegende Mehrheit der psychosozialen und therapeutischen Dienste von der Zivilgesellschaft und nicht von den sozialen Diensten oder den Gesundheitsdiensten angeboten werden.“³

Wir fordern die notwendigen Mittel um dem Recht auf Zugang zu der notwendigen medizinischen und psychosozialen Versorgung Folterüberlebender gerecht werden zu können.

3. Es braucht die Aussetzung der Dublin III Verordnung für Folterüberlebende aus Transitländern wie Libyen:

Die Bundesregierung ist über die Folter, Versklavung und weitere Formen massiver Gewalt in Libyen informiert. Die drohende Rücküberstellung in das Land der EU-Einreise im Rahmen der Dublin III Verordnung, oftmals Italien, erschwert bereits begonnene Behandlungen und Begleitungen Folterüberlebender erheblich. Sie führt zur Verschlechterung und Chronifizierung bereits bestehender psychischer und physischer Folgen der Folter, zur Entwicklung komorbider Krankheitsbilder und zu einer erhöhten Rate an suizidalen Krisen und Suizidversuchen.

Wir fordern ein politisches Bekenntnis in Wort und Tat zur besonderen Schutzbedürftigkeit Folterüberlebender aus Transitländern wie Libyen. Hierzu gehört die sachgerechte und unbürokratische Umsetzung der Ermessensklausel (Selbsteintritt) von Dublin III, damit die Asylverfahren in Deutschland durchgeführt werden können und Betroffene umgehend den benötigten Zugang zu Behandlung erhalten.

4. Es braucht eine rechtliche „Würdigung“ überlebter Folter in Transitländern wie Libyen:

Das deutsche Asyl- und Aufenthaltsrecht bietet nahezu keine Schutzmöglichkeit für Menschen, die Folter in Transitländern überlebt haben. Asylrechtlich wird ausschließlich die individuelle (Verfolgungs-) Situation im Herkunftsland geprüft. In den Asylverfahren werden die Zusammenhänge von Menschenhandel und Versklavung in Transitländern wie Libyen und kriminellen Netzwerken in den Herkunftsländern nicht ausreichend exploriert. Eine Verfolgungsgefahr in den Herkunftsländern aufgrund der erlebten Erpressung, Folterung und Versklavung durch organisierte Menschenhändler in den Transitländern wird nicht geprüft. Bei der Prüfung von Abschiebungsverbote werden die gravierenden gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen der Folter und schweren Gewalt in den Transitländern häufig nicht erfragt oder zu wenig berücksichtigt. Die Prüfung des Schutzbedarfs beschränkt sich auf die Ereignisse im Herkunftsland. Es braucht die Schaffung einer sicheren Bleibeperspektive für Geflüchtete, die Folter in Transitländern wie Libyen erlebt haben. Hier ist die Erteilung eines humanitären Aufenthalts, z.B. über Anordnungen nach § 23 Aufenthaltsgesetz oder vorübergehende Regelungen über § 60a Abs. 1 Aufenthaltsgesetz (Duldung) denkbar.

Wir fordern daher, die erlebte Folter in Transitländern wie Libyen im Rahmen des Asylverfahrens sorgfältig zu explorieren und sich daraus ergebende Schutzbedarfe und Abschiebungsverbote in die Entscheidungen einzubeziehen.

Dieser offene Brief wurde am 27.11.2019 beim Länder-Info-Tag Libyen „Die Hölle und ihre Folgen – über Libyen Geflüchtete in der psychosozialen Arbeit in Deutschland“ mit rund 60 Professionellen abgestimmt und kann über Kontaktaufnahme mit dem PSZ Düsseldorf mit entsprechendem Betreff mitgezeichnet werden.

³ Vgl. Ausschuss gegen Folter: Abschließende Bemerkungen zum sechsten Staatenbericht Deutschlands 2019: Nichtamtliche Übersetzung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz, Absatz 50, abgerufen am 19.11.2019 https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CAT/CAT_Staatenbericht_6_CoObs_de.pdf

„Die Zukunft gehört uns – Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) unter veränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen“

§1 SGB IX (neu) fordert bei der Gestaltung und Erbringung von Leistungen, dass: „...den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen“ wird.

SPZ sind aus der Beratungslandschaft für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Rheinland nicht mehr wegzudenken. Sie sind seit 1988 fester Bestandteil des Versorgungssystems und entwickeln ihre Arbeitsweisen stetig weiter.

Um den IST-Stand zu erheben, die Auswirkungen der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (vor allem S3-Leitlinie, gesetzliche Veränderungen im Rahmen des SGB V, UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und Bundesteilhabegesetz (BTHG)) zu prüfen und die jüngsten Entwicklungen und Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Peer-Support zu berücksichtigen, wurde die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepсихиатрии Rheinland e.V. (AGpR) durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) mit einem Beteiligungsprozess beauftragt.

In diesem Prozess entstand im Zeitraum 12/2017-6/2019 das SPZ-Zukunftsmodell, welches Netzwerk- und Sozialraumarbeit, Beratung und Begleitung, Kontakt/Treff und Peer-Support als Kernaufgaben von SPZ identifiziert hat.

SPZ arbeiten nach dem Recovery- und Empowermentansatz, sind subjektorientiert und arbeiten sozialraumorientiert. Sie halten besondere Angebote für spezielle Zielgruppen vor und unterstützen Selbsthilfe und Angehörige. Sie sind Lotsen durch das Hilfesystem für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und wichtiger Partner von Kliniken und Leistungsträgern.

Sozialpsychiatrische Zentren im Rheinland

Das Programm zur Förderung der SPZ bildet die Grundlage einer bundesweit einmaligen wohnortnahen gemeindepсихиатрии Versorgungsstruktur von gegenwärtig 71 geförderten SPZ.

Sie sollen durch eigene Angebote oder Vernetzung ein niederschwellig zugängliches, differenziertes Versorgungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schaffen. Der Zugang über die Kontakt- und Beratungsstelle ist dabei voraussetzungslos, weil leistungsträgerunabhängig. Die SPZ haben sich heterogen, in der Mehrzahl aber zu sozialleistungsträgerübergreifend tätigen, niederschwellig zugänglichen Zentren entwickelt.

Rahmenbedingungen für die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von SPZ

Zahlreiche Veränderungen, die sich in der Psychiatrie in den letzten Jahren ergeben haben, führten zu folgenden Auswirkungen auf die zukünftige Arbeit der SPZ:

- die S3- Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychiatrischen Erkrankungen“
- Gesetzliche Änderungen im Rahmen des SGB V

- Die UN-BRK stellt die Autonomie und Selbstbestimmung mit dem Ziel einer unabhängigen Lebensführung in den Mittelpunkt.

- Das BTHG verankert die fachlichen Prinzipien der Personenzentrierung und der Sozialraumorientierung im Leistungsrecht. Damit verändert sich perspektivisch die Leistungserbringung nach SGB IX.

Entwicklungen von SPZ

Sozialpsychiatrische Zentren sind in ihren Regionen, je nach finanzieller Ausstattung, bereits auf dem Weg hin zu einer sozialleistungsträgerübergreifenden, zukunftsorientierten Psychiatrie (innovativ können auch kleine SPZ's sein)

Einige Beispiele hierfür sind:

- Die Mitarbeit an Modellen der integrierten Versorgung nach §140 SGB V, hieran beteiligen sich 18 Regionen.

- Das SPZ Viersen wirkt an StÄB mit.

- Sechs SPZ aus Köln nehmen an einem Modell der AOK Rheinland/Hamburg teil.

- Im Rahmen des LVR-Aktionsplans Inklusion wurden drei geförderte Versorgungsmodelle an SPZ-Träger vergeben.

- Beim Modellprojekt „Peer Counseling“ im Rheinland waren zwei SPZ beteiligt.

Ziele des vom LVR in Auftrag gegebenen Projektes:

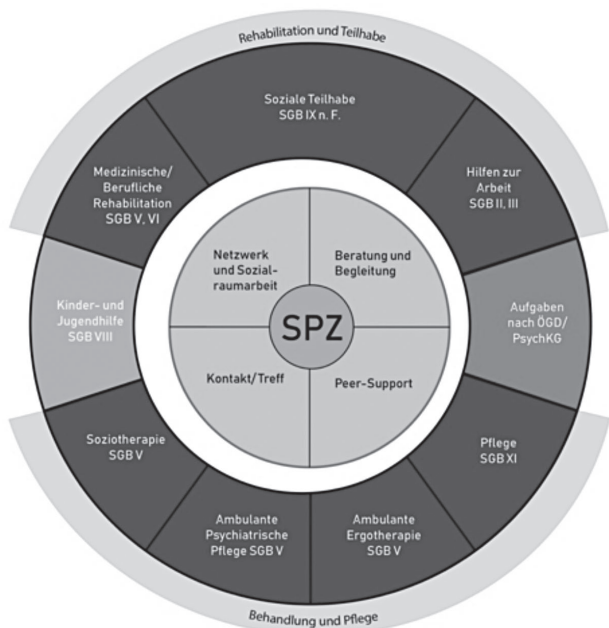
war die Prüfung und Analyse der Auswirkungen gesetzlicher Änderungen (BTHG, PsychVVG) auf die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM).

Die sieben SPKoM im Rheinland unterstützen die Arbeit der SPZ.

Im Projekt sollte die wachsende Bedeutung von Peer-Support-Ansätzen berücksichtigt und insbesondere die Ergebnisse des LVR-Modellprojekts zum Peer-Counseling einbezogen werden.

Schlussendlich sollten notwendige Maßnahmen zur Anpassung des Konzeptes, der Angebote und Leistungserbringung der Förderprogramme abgeleitet und die Förderrichtlinien modifiziert werden. Hieraus sollten Empfehlungen für die Politik folgen.

Aus dem Projekt sollte ein Versorgungskonzept SPZ 2020 in Zusammenarbeit mit den SPKoM und Empfehlungen zur Anpassung der Förderrichtlinien der SPZ sowie Empfehlungen zur Beschlussfassung in der Politischen Vertretung des LVR resultieren.



Das SPZ Zukunftsmodell

Wichtigstes Ergebnis des Prozesses ist die Erarbeitung des sog. SPZ-Zukunftsmodells, welches einerseits auf neue Weise die schon etablierte Arbeitsweise von SPZ beschreibt und gleichzeitig einen Entwicklungsimpuls für die Weiterentwicklung der SPZ setzt. Es werden nicht mehr Angebote, sondern Kernfunktionen und Kernaufgaben beschrieben.

Kernfunktionen sind:

Die Lotsenfunktion, mobile, multiprofessionelle Unterstützung/ Behandlung und die Erschließung passgenauer Hilfen.

Kernaufgaben sind:

- Beratung und Begleitung

Auf der Basis einer individuellen Bedarfsklärung (psychosoziale Diagnose) wird eine auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestimmte Behandlungs- und Teilhabeplanung erstellt. Dabei werden die Beratungsleistungen selbst wie auch die Vermittlungen geeigneter Hilfen beachtet. Die Einbeziehung von Peer-Unterstützung ist in diesem Beratungsprozess anzubieten. Die Beratung umfasst auch die Begleitung; die Beratungsbeziehung wird durch die begleitende Person erst dann beendet, wenn eine personenzentrierte Integration der Hilfen (Komplexleistung) bereitgestellt werden kann und der/die Klient*in dort „angekommen“ ist.

- Peer-Support

„Wissen aus Erfahrung“ durch den Einsatz von Peers. SPZ wissen, welche Vorteile eine Zusammenarbeit für die akut Betroffenen, für die Peers selbst und die SPZ hat.

- Netzwerk- und Sozialraumarbeit

Eine sozialräumliche und fallunspezifische, d. h. über den Einzelfall hinausgehende Arbeitsweise trägt dazu bei, dass sich neue Teilhabeoptionen für Klient*innen eröffnen.

- Kontakt/Treff

Wesentliche behinderungsspezifische () Barrieren zur Inanspruchnahme von notwendigen Hilfen sind:

1. Ausgeprägte behinderungsspezifische Beeinträchtigungen in den Aktivitäten.
2. Angst vor Stigmatisierung.

Um diese Barrieren so niedrig wie möglich zu halten und noch weiter abzubauen, ist es notwendig:

1. Bürokratische Hürden zu vermeiden

- Keine Anträge,
- Keine Kosten,
- Keine Verpflichtung zur Offenlegung
 - der wirtschaftlichen Verhältnisse
 - der Krankheitsgeschichte
 - sonstiger persönlicher Daten

2. Mindestmaß an sozialer Teilhabe zu sichern

- Durch das Vorhalten von Räumen und freizeitorientierten Angeboten () wird ein Ort grundlegender sozialer Erfahrung angeboten.
- Die Kontaktstelle selbst bietet sich auch als Ort der Selbstwirksamkeitserfahrung an
- Mit ihrem Betrieb ist die Kontaktstelle selbst ein niederschwelliges Gesprächs-/Beratungsangebot, durch dessen Nutzung man leicht ins Gespräch kommen kann.

3. Inklusive Strukturen im sozialen Umfeld zu identifizieren, zu fördern und den Zugang zu ermöglichen (Ergänzung der Beratung durch Lotsenfunktion)

- Fallunspezifische Arbeit im Sozialraum (Wegfinder und Wegbereiter)
- Fallspezifische Arbeit im Sozialraum (Wegbegleiter)

Das entscheidende dabei ist, dass diese Kernaufgaben nicht an irgendwelche sozialrechtlichen Zugangsvoraussetzungen gebunden sind. Die SPZ übernehmen voraussetzungslos eine Lotsenfunktion für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung und unterstützen deren soziales Umfeld/ Angehörige.

Darüber hinaus wird den SPZ die Integration von Hilfen des SGB IX und des SGB V sowie weiterer SGBs ermöglicht. Sie fungieren dadurch als sozialleistungsträgerübergreifende Zentren, die Hilfen möglichst „wie aus einer Hand“ vermitteln oder bereithalten.

Das im Projekt entwickelte Modell zeigt das Verständnis eines sozialleistungsträgerübergreifenden Zentrums durch die Gruppierung von 2 Leistungs-Hauptgruppen:

- Leistungen im Bereich Rehabilitation und Teilhabe

und

- Leistungen im Bereich Behandlung und Pflege.

Die SPZ haben eine Vielzahl von eigenen Angeboten aufgebaut, die durch die kurzen Wege innerhalb der SPZ möglichst integriert zusammenwirken. Wurden die SPZ in der Vergangenheit stark als Leistungserbringer im Bereich Eingliederungshilfe gesehen, werden durch die Teilnahme einer Reihe von SPZ an Verträgen der Integrierten Versorgung sowie durch das BTHG und die Pflegestärkungsgesetze in den letzten Jahren starke Impulse in Richtung des Aufbaus von Leistungen der Behandlung und Pflege gesetzt.

Im Fall eines positiven Abschlusses der derzeitigen Verhandlungen zu einem Landesrahmenvertrag () wird sich dieses Spektrum noch um das Angebot der Soziotherapie erweitern und weiter ausdifferenzieren. Hierbei gilt es, zu allen Akteuren auf dem Gebiet der Gemeindepsychiatrie Kooperationsbeziehungen auszubauen, die möglichst verbindliche fallbezogene Kooperationen ermöglichen, () Unterstützungssysteme und Bindungsstrukturen im Sozialraum zu aktivieren und soziale Netzwerke zu mobilisieren.

Grundprinzipien der SPZ-Arbeit

Grundprinzipien und -haltungen der SPZ werden identifiziert und geschärft.

Besonders wichtig ist das Prinzip Recovery, weil sich hier der Kreis zum Peer-Support als Kernaufgabe der SPZ schließt. „Recovery“ bedeutet ein neues Behandlungskonzept, das Gesundheit für möglich hält und die Perspektive eines zufriedenen Lebens nicht aus den Augen verliert.

SPZ wollen ihre Klient*innen unterstützen, eigene Lösungen zu entwickeln, ihre Belange selbst in die Hand zu nehmen und für ihr Tun (wieder) persönliche Verantwortung zu übernehmen. Für diese Umsetzung ist der Einsatz von Peer-Support unverzichtbar, weil Peers über das eigene Beispiel in einzigartiger Weise Impulse für Genesungsprozesse geben können. Dabei wirken SPZ darauf hin, sogenannte Peer-Counselor*innen zu qualifizieren.

Einrichtungsbezogene Instrumente können sein:

Im Prozess wurde die Bedeutung der SPZ für den Abbau von Teilhabebarrieren gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und/ oder besonders problematischen Lebenslagen herausgearbeitet.

Hierfür wurden folgende Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt:

Lotsenfunktion:

Verlässliche, langfristige Beziehungen, die nicht mit der Beratung enden, sondern durch den Angebotsdschungel hindurch helfen und Wegbegleiter sein wollen.

Care-Management:

Aufsuchender Kontakt für spezielle Zielgruppen (insbesondere schwer psychisch erkrankte oder behinderte Menschen, aber auch andere Zielgruppen, z.B. Menschen mit Migrationshintergrund und Flüchtlinge)

Netzwerkmanagement:

Kümmert sich SPZ-intern und durch Pflege der Netzwerkbeziehungen darum, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von speziellen Zielgruppen erfüllt werden. Idealerweise Sozialraum-expert*innen.

Das SPZ Zukunftsmodell wurde bereits mehrfach einem Fachpublikum – z.B. auf der Verbundtagung der LVR-Kliniken, dem Gesundheitsausschuss des LVR und Experten aus dem In- und Ausland (Besuchergruppen aus Utrecht und Ljubljana) vorgestellt.

Peer-Berater*innen in SPZ können ab 2020 auch durch eine neue Finanzierung des LVR Dezernats 8 entlohnt werden.

Die Qualitätskriterien werden derzeit entwickelt und das Schulungscurriculum entsprechend angepasst.

Beate Pinkert für die AGpR

Auf den Spuren der Deinstitutionalisierung der Psychiatrie Bericht von einer Studienreise nach Salzburg – Ljubljana – Triest



Hintergrund:

In Deutschland werden chronisch psychisch erkrankte Menschen in Krisensituationen und oftmals längerfristig darüber hinaus in psychiatrischen Kliniken versorgt, obwohl eine ambulante Versorgung in einigen Regionen Deutschlands gut funktionieren würde. Ein Blick auf europäische Nachbarländer

zeigt den Aufbau der dortigen Hilfesysteme. Mitreisende waren Geschäftsführende von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen, Peer-Berater*innen, Fachkräfte und Psychiater.

Auf der Studienreise sollten vor allem drei Themen im Fokus stehen.

1. Arbeiten die Fachkräfte multiprofessionell und sozialleistungsträgerübergreifend?

Menschen mit einer psychischen Erkrankung kommen aufgrund unterschiedlicher Kostenträger häufig nicht (schnell genug) an Leistungen, die sie auf dem Weg der Gesundheit oder Akzeptanz ihrer Krankheit unterstützen. Zwar gibt es inzwischen einzelne Projekte zur Verbesserung der sozialleistungsträgerübergreifenden Versorgung, eine strukturelle Änderung ist aber nicht in Sicht. Ein Blick über bundesweite Grenzen hinweg sollte dazu verhelfen, weitere Systeme und Arbeitsweisen kennen zu lernen und nach Möglichkeiten der Adaption für uns in Deutschland zu suchen.

2. Wie werden Peers ausgebildet? Inwiefern sind sie Teil von Teams?

Das zweite Thema beschäftigte sich mit Peers. In Deutschland wird der Einsatz von Peers von Organisationen und auch Kostenträgern forciert. Insbesondere die Finanzierung ist jedoch nicht sichergestellt, da es sich bei Peerberater*innen nicht um einen anerkannten Beruf handelt.

3. Wie wird mit dem Thema Arbeit in den einzelnen Ländern umgegangen?

Die dritte Frage bezog sich auf das Thema Arbeit für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Tagesstrukturierung ist insbesondere für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sehr wichtig, da Beschäftigung und Tagesstruktur auf sie stabilisierend wirken. Auch hier sollte uns ein Blick in Nachbarländer neue Sichtweisen näher bringen.

Begebenheiten vor Ort

Salzburg

„So wenig Unterstützung wie möglich, so viel wie nötig“ ist das Leitbild von ProMente Salzburg (PMS), einer Organisation, die – relativ konkurrenzlos – für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in und um Salzburg und Umkreise zuständig ist. PMS unterstützt Menschen mit psychischen Problemen bei der Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft und bietet u.a. Praktika in unterschiedlichen Bereichen an. Des Weiteren betreut ProMente Plus eine Wohngruppe für forensische Klient*innen mitten in Salzburg.

Eine klare Trennung der Kostenträger für einzelne Bereiche führte dazu, dass ProMente Salzburg sich in weitere gemeinnützige GmbH's gesplittet hat. Erst wenn es eine Kostenzusage gibt () beginnt die Zusammenarbeit mit den Klient*innen.

PMS bietet eine telefonische Krisenversorgung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, welche 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche erreichbar ist. Nach Absprache mit den Betroffenen wird bei Bedarf die Polizei/ Rettung hinzugezogen.

In Außenstellen können außerdem Beschäftigungen in Kantinen- und Caféhausbetrieben oder die Arbeit in einem Sparmarkt erprobt werden. Die Trainer*innen sind Psycholog*innen, die individuelle Ziele besprechen und die Teilnehmenden begleiten. Fachliche Trainer*innen sind Profis in ihrem Beruf, also beispielsweise Schneider*innen, Tischler*innen etc. Relativ hochschwellig ist das Projekt, wenn es um die Arbeitszeit der Teilnehmenden geht, da diese bei 38 Wochenstunden liegt.

Fazit Österreich:

In Österreich gibt es eine klare Versäulung in der Finanzierung. Teams arbeiten multiprofessionell, wobei die meisten Mitarbeitenden Psycholog*innen sind. Nur ein geringer Teil sind Diplom Sozialarbeiter*innen oder Diplom Pädagog*innen.

Der Schwerpunkt liegt auf dem Thema Arbeit. Durch Praktika und strukturierte Programme soll die Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt erleichtert werden.

Das Thema Peers spielte keine Rolle.

Ljubljana

In Ljubljana besuchten wir Einrichtungen der Organisation Šent, welche für die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in großen Teilen von Slowenien zuständig ist.

Während in Deutschland betreutes Wohnen eine tragende Rolle im Hilfesystem spielt, scheint dies in Slowenien nicht der Fall zu sein. Ambulante Versorgung steckt dort in den Kinderschuhen, soll aber weiter ausgebaut werden.

Das Angebot von Šent bezieht sich insbesondere auf die Themen Arbeit und Tagesstruktur. Zu den Angeboten gehört ein Day Center, welches den Tagesstätten im Rheinland ähnelt. Das Day Center ist niederschwellig und für jeden Menschen mit einer psychischen Erkrankung kostenfrei zugänglich.

Šent bemüht sich um Anti-Stigma-Arbeit und präventive Services und um kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, um das „Randthema“ psychische Erkrankungen in den Vordergrund zu bringen. Die Arbeit erfolgt dialogisch, die Präsidentin des Betroffenenrats und ein Angehöriger präsentierten uns ihre Arbeitsbereiche.

Peers beraten und unterstützen sich gegenseitig. Ein Kreis von 5 Betroffenen ist Anlaufstelle für Vorschläge, die auch an den Vorstand von Šent weitergeleitet werden können.

Die Angehörigen „Friends, Family and Parents“ sind gut organisiert und haben ein 4 stufiges strukturiertes Programm, welches sie durchlaufen. Vernetzt sind sie in EUFAMI mit 21 weiteren europäischen Staaten, besuchen sich gegenseitig und profitieren von den Erzählungen und Erfahrungen anderer betroffener Eltern, Freunde, Angehöriger.

Fazit Ljubljana:

Das Thema sozialleistungsträgerübergreifender, multiprofessioneller Teams scheint in Slowenien keine dominierende Struktur zu sein.

Das Thema Arbeit ist sehr wichtig, wohingegen ambulant betreutes Wohnen wenig Bedeutung hat. Ziel ist, wie auch in Österreich, Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Herausragend war die dialogische Arbeitsweise. Wenn es auch keine anerkannte Ausbildung für Peers gibt, so sind sie Teil der Organisation und haben durch den Betroffenenrat auch eine „Stimme“ im Vorstand von Šent. Angehörige durchlaufen ein strukturiertes Programm, um sich selbst zu informieren und stabilisieren und sich als Multiplikator und Ansprechpartner für andere Angehörige anzubieten.

Triest

In Triest ist das dominierende Thema die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie. Durch Franco Basaglia wurde der Deinstitutionalisierungsprozess in Gang gesetzt. Dies führte dazu, dass in den letzten Jahrzehnten alle Anstalten in Italien geschlossen wurden. Parallel dazu entstanden und entstehen soziale Kooperativen, welche Arbeit für Menschen mit Benachteiligungen bieten. Ziel ist die Integration der Psychiatriepatient*innen in den gesellschaftlichen Kontext und die entgeltliche Entlohnung dafür.

Peer Support findet seit 2016 in Triest statt. Eine Gruppe Peers wurde ausgebildet und startete zunächst ohne ein festes Programm und fing mit informellen Gruppen in den Stadtteilzentren an. Als Teil eines europäischen Projektes, das durch EU-Gelder gefördert wurde, gelang es im engen Austausch mit Peer Support Organisationen in Utrecht, grundlegende Informationen und Hilfen beim Aufbau des Peerprojektes zu bekommen. Die Peers erhalten ein festes Gehalt.

Peer Support ist in Italien noch nicht sehr verbreitet. 90% der Betroffenen, die mit den Peers im Stadtteilzentrum zu tun hatten, bleiben auch nach ihren akuten Phasen in Kontakt.

Italien ist in 20 Regionen und 5 Bundesländer aufgeteilt. Die Zuständigkeiten sind in Triest auf 4 Provinzen mit jeweils einem Stadtteilzentrum aufgeteilt, wobei eine Einheit für 60.000 Einwohner zuständig ist. Teil einer Einheit ist ein psychiatrischer Dienst zur Feststellung einer Diagnose und Behandlung, ein Wohndienst, ein integrierter Service für Verhaltensstörungen, ein Zentrum für psychische Gesundheit und jeweils 6-15 Betten in der Klinik, die jedoch nur im Notfall belegt werden. Grundsätzlich sind die Stadtteilzentren für die 24 Stunden Versorgung an 7 Tagen in der Woche zuständig. Sie halten einige Krisenbetten vor.

Der anschließende Besuch eines Stadtteilzentrums zeigt uns die Praxis dieses Ansatzes. Auf zwei Etagen nehmen laufend etwa 40-50 Personen an Angeboten teil, sprechen mit Psychiater*innen, Psycholog*innen oder Sozialassistent*innen, erhalten Medikamente, können dort essen. Es existiert eine Krisenwohnung mit

6 Betten. Die meisten Bewohner*innen dieser Krisenbetten bleiben zwischen zwei Tagen bis zwei Monaten. Im Durchschnitt bleiben sie eine Woche dort. Immer ist ein Arzt oder eine Ärztin im Stadtteilzentrum anwesend (bis auf Feiertage und in der Nacht). Diese*r übernimmt regelmäßig Dienste im kooperierenden Krankenhaus. Die Teams im Stadtteilzentrum setzen sich multiprofessionell zusammen. Die sozialen Kooperativen übernehmen einen großen Teil der Behandlung zuhause.

Grundsätzlich gibt es Zwang, allerdings müssen, um diesen auszuüben, zwei Psychiater*innen unabhängig voneinander hierfür ein Attest ausstellen. Der Bürgermeister muss auf dieser Grundlage entscheiden. Fixierungen gibt es nicht.

Städtisches Krankenhaus

Neben Diagnostik und Behandlung gibt es einen Notfalldienst im Krankenhaus. Die Aufnahmedauer im Krankenhaus soll so kurz wie möglich gehalten werden. Im absoluten Ausnahmefall gibt es einen Verbleib von 2-3 Wochen.

Im Unterschied zu den Stadtteilzentren gibt es hier keine multiprofessionellen Teams. 2 Psychiater*innen und Krankenpfleger*innen und Krankenpflegehelfer*innen kümmern sich hier um die anwesenden Patient*innen.

Fazit Triest:

In Triest arbeiten Teams multiprofessionell zusammen. Das Thema Arbeit spielt eine dominierende Rolle. Peers werden ausgebildet und entlohnt, wenn es auch noch nicht sehr viele gibt.

Hat sich die Studienreise gelohnt?

„Mir ist durch die Reise klar geworden, dass durch das Engagement Einzelner im Rahmen eines zähen gesellschaftlichen Wandels vieles ermöglicht wurde, von dem ich wie selbstverständlich profitiere. Diese Erkenntnis gibt mir Mut, sie ermächtigt mich sozusagen, meinen Teil zu diesem Wandel beizutragen.“

Zitat eines mitgereisten Peer-Beraters

„Beeindruckt durch Marco Cavallo - das blaue Pferd, als Symbol der damaligen italienischen Psychiatriereform, als Zeichen für einen Befreiungsprozess, aber auch für die Gemeinsamkeit und für mich als Ansporn für eine Fortführung und weiteren Ausbau des Peer-Counseling innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung.“

Zitat eines mitgereisten Peer-Beraters

„Der heutige Tag war wirklich sehr spannend! Die Peers in Triest kennengelernt zu haben und jetzt vernetzt zu sein ist wirklich toll!“

Zitat einer mitgereisten Peer-Beraterin

Weitere Informationen und alle Präsentationen der Reise finden Sie auf unserer Website www.agpr-rheinland.de

Text: Beate Pinkert

Foto: „Das blaue Pferd“ – Marco Cavallo

Fotografin: Denise Brenneis

Rückmeldungen zur DGSP Jahrestagung vom 06. bis 08. Dezember 2019 in Leverkusen

Bericht aus unterschiedlichen Perspektiven

Rahmenbedingungen

Der Austragungsort war sehr gut gewählt: Einfacher Anfahrtsweg (bin per Bahn angereist), gute Auslastung der Raumkapazitäten, eine angenehme Atmosphäre, gute Hör-/Sichtbarkeit aller Vorträge...alles sehr positiv. Das Catering war in Ordnung. Getränke waren stets vorhanden und von der Auswahl ausreichend. Am Donnerstag hätte ich es schön gefunden, wenn es in der Pause statt Kekse belegte Brote/einfaches Fingerfood gegeben hätte, da der Tag für einige ja doch länger war. Das Programm war zeitlich sehr gut strukturiert, die Pausen sehr gut gesetzt und ein roter Faden klar zu erkennen. Die Auswahl an Rednern und Themen war breit gefächert, so dass viele Perspektiven beleuchtet werden konnten. Die Vorträge waren lebendig und mit Humor angereichert, ihnen war inhaltlich gut zu folgen, so dass sich beim Zuhören nie (die nach langen Vortragsreihen üblichen) Ermüdungserscheinungen abzeichneten. Mit den Besuchern kam man gut ins Gespräch und die Stimmung war insgesamt äußerst positiv, wertschätzend und lebendig.

Sichtweise auf die Veranstaltung als Erfahrungsexpertin

Es berührt mich sehr, mit welcher Selbstverständlichkeit Betroffene heute als gleichberechtigte Experten (aus Erfahrung) wahrgenommen werden und wie zahlreich sie vertreten waren. Für mich ist dies keine Selbstverständlichkeit, denn als ich erstmals versuchte beruflich im sozialen Bereich Fuß zu fassen, war meine eigene Erkrankung noch mit vielen Stigmata versehen und man sprach mir aufgrund dieser notwendige Kompetenzen ab. Wenn ich entgegnete, dass die Erkrankung auch eine Ressource darstellt, wurde ich belächelt. Die Tagung war für mich daher ein Sinnbild für gelungenes Empowerment. Persönlich bereicherte mich vor allem der Vortrag von Herrn Wiebicke, der dazu anregte mich kritisch zu hinterfragen und mir zugleich Lust auf einen „Mutaubruch“ machte. Ich nahm an Workshop 4 teil und fand unsere Diskussion sehr gehaltvoll.

Es gab viele Fragen und Ideen so, dass wir locker noch eine Stunde lebendig hätten diskutieren können. Schön wäre gewesen, die Ergebnisse noch einmal der Großgruppe zu präsentieren.

Sichtweise als Studierende der Sozialen Arbeit

Dem Triple-Mandat gerecht zu werden ist und bleibt eine schwierige Herausforderung, das hat sich auch in der Tagung gezeigt. Es wurde ein starkes Bestreben aller nach mehr Selbstbestimmung und Teilhabe deutlich und es wurden dahingehend sehr viele gute Ansätze vorgestellt und Denkanstöße geliefert, aber auch die Grenzen und Schwierigkeiten in der Umsetzung deutlich. Ich habe durch die Vorträge viele wichtige Impulse mitgenommen. So habe ich Neues kennen gelernt, wie z.B. die stationsäquivalente Behandlung (StäB), die ich als einen sehr guten Ansatz empfinde. Auch habe ich Wissenslücken bei mir entdeckt, z.B. bezüglich des BTHG, die ich nun auffüllen möchte, um kritisch hinterfragen zu können. Aktuell bin ich noch skeptisch, ob das BTHG in der Praxis seinem eigenen Anspruch gerecht werden kann. Es war spannend mitzubekommen, wie und mit welchen Begründungen die Gesetzgebung in die Praxis überführt wird und welche Probleme sich dabei ergeben. Insgesamt haben alle Vorträge dazu angeregt, mich weiterführend mit einigen Themen zu beschäftigen. Als Beispiel möchte ich den Vortrag von Herrn Rupp benennen, der hilfreiche Prinzipien für die Bewältigung schwieriger Situationen erläuterte, die gerade für Berufsanfänger wichtig sind und bei dem auch die spannende Frage aufkam, inwieweit eine medikamentöse Behandlung durch Neuroleptika bei Psychosen zwingend notwendig ist. Diese Frage ist nur eine von vielen, der ich weiter nachgehen möchte.

Ich würde jederzeit wieder an einer DGSP-Jahrestagung teilnehmen und bedanke mich bei allen Organisatoren, Rednern und Besuchern für die abwechslungsreiche, angenehme, sehr erkenntnisreiche und auch unterhaltsame Tagung.

Nadine Reynartz

Bericht aus Sicht eines Psychiatrie-zer-fahrenen

Es war das erste Mal, dass ich an einer Jahrestagung der DGSP teilnehmen durfte und habe aus der Betroffenenperspektive dokumentiert, was ich mitnehme und mir zugesagt hat, erlaube mir jedoch auch kritische Anmerkungen zu den Beiträgen der Referenten, womit ich nicht beabsichtige, die Veranstaltung in ein schlechtes Licht zu rücken. Im Gegenteil, wenn ich mit einer Meinung oder Haltung nicht einverstanden bin, nehme ich dies als Impuls, mich weiter mit der Thematik auseinanderzusetzen und in den Diskurs zu gehen.

Donnerstag, 05.12.2019

Als erster Gastredner betonte Jürgen Wiebicke, ein Laie zu sein, und dass sein Vorrat des Nichtwissens und Nichtverstehens mit jedem Tag wächst. Er fordert die Menschen auf, ihre Orientierungslosigkeit zu umarmen und intellektuell abzurüsten, sowie das schwache Denken und den sokratischen Dialog zu pflegen. Weiter führte er an, dass wir in visionsarmen Zeiten leben, und fast nie wird hoffnungsvoll in die Zukunft geschaut. Dadurch, dass wir viel haben und viel zu verlieren haben, wird die Haltung des angstbesetzten Klammerns angenommen. Meines Erachtens, sollte auch die Sozialpsychiatrie zuversichtlicher nach vorne schauen, denn „Hoffnung macht Sinn“, heißt es ja auch im Recovery-Konzept. Wie Herr Wiebicke es richtig sieht, haben alle guten Ideen ihren Anfang in nur ein paar wenigen Menschen genommen und Christel Achberger sagte schon in ihrer Begrüßung zur DGSP „Wir sind viele“, heute. Dem Menschen wohnt, nach Jürgen Wiebicke, heute die Neigung inne, sich selbst in der Opferrolle zu sehen, und nicht selten hat er auf seiner Reise „Zu Fuß durch ein nervöses Land“ die Selbstbeschreibung gehört „Ich sitze gar nicht am Steuer, sondern fühle mich als Beifahrer“. Herr Wiebicke meint, der Einzelne ist in einem gemischten Zustand, mal depressiv und ein andermal hoffnungsvoll, verbreitet ist die Sehnsucht nach Vergemeinschaftung. Wir leben in einer spannenden Zeit des Aufbruchs, unklar ist, welche Gestalt dieser annehmen wird, alles ist offen, so Jürgen Wiebicke. Er sucht nach Orten des Gelingens, wo Menschen aufgerichtet und zu handelnden Personen gemacht werden, die Spuren hinterlassen, und da bin ich ganz bei ihm, wo findet man die? Sicher nicht in der Psychiatrie, wo man meinen (Ohnmachts-) Erfahrungen nach zum Opfer gemacht und zu Hilflosigkeit erzogen wird, da einem jegliche Verantwortung aus der Hand und oft auch die Menschenwürde genommen und das Recht auf Selbstbestimmung aberkannt wird. Hier ist man noch nicht mal Beifahrer, sondern ist im Kofferraum weggesperrt, um bei dem Bild von Herrn Wiebicke zu bleiben.

Aus dem Publikum forderte eine Stimme, Professionelle sollen sich zurückhalten mit dem „Ich weiß, was dir hilft“, und dass psychisch Erkrankte Aufgaben brauchen. Klaus Dörner sagte dazu, dass Menschen nicht hilfsbedürftig, sondern helfendbedürftig sind. Genesungsbegleiterin Thelke Scholz merkte an, dass Fragen und Verstehen die Kernkompetenzen von Ex-In´lern sind, nicht nur Meinungen austauschen, woraufhin Jürgen Wiebicke offen fragte, was denn Ex-In ist? Ein Tagungsteilnehmer aus Berlin meinte, dass wir verlernt haben, uns zu streiten. In der am Abend stattfindenden Mitgliederversammlung, tauchte dieser Aspekt erneut auf in der Äußerung, dass man vor 40 Jahren auf den Podien der DGSP-Veranstaltungen noch richtig gestritten hat und dies doch bitte wieder aufgenommen werden sollte. Ich selbst würde mir ebenfalls wünschen, eine positive Streitkultur in der DGSP mehr zu pflegen. Herr Wiebicke sagte noch, dass Sprache Wirklichkeit verändert. Bedauerlicherweise wurde auf die Fragestellung von Stefan Corda-Zitzen, was man tun kann, um nicht zu ermüden, kaum eingegangen.

Der nächste Referent war Heinz Kammeier, Jurist im Unruhezustand, der eine rechtspolitische Reflexion von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem gab. Er fordert, dass nur noch freiwillige d.h. einwilligungsfähige Patienten in der Psychiatrie behandelt werden dürfen. Ärzte sollen gezwungen werden, Hilfe zu unterlassen, und ihrem Besserungs- oder Heilungstrieb müssen Grenzen gesetzt werden. Laut Herrn Kammeier, kann Fürsorge auch bequem sein. Der Patient muss Auftraggeber der Behandler sein.

Bei dem folgenden Redner, Michael Winterhoff, ist mir nicht klar, was sein Vortrag inhaltlich mit dem Thema „Hilfe und Zwang“ zu tun hatte? Kleine Kinder hätten zwar ein Gehirn, da sei aber noch nichts drin, wohingegen er im weiteren Verlauf seines Referates sagte, dass da eine Psyche drin sei. Meiner Ansicht nach, ist das ein Inhalt, ein sehr gewichtiger sogar. Er glorifizierte die alten Zeiten, in denen Kinder gehorsam Weisungen ausführten, und er wende seit Beginn seiner Praxisarbeit dasselbe Standard-Interview bei seinen Patienten an. Dabei fragte ich mich, ob ein Therapeut nicht mit der Zeit gehen müsste und seine Methoden den veränderten Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, anpassen muss. Er führte dann ein verallgemeinertes, durchweg negativ gefärbtes und sehr abwertendes Bild der heutigen Heranwachsenden an. Früher war alles besser? Herr Winterhoff kritisierte, dass Eltern heute immer fragen, was ihr Kind denn wolle. Ich finde es entwicklungsfördernd Wünsche zu erfragen. Eine Teilnehmerin gab ihr Statement ab, dass ihr Kinder, die nicht auf Befehl folgsam auf einem Bein zum Fenster hüpfen, lieber seien. Michael Winterhoff schloss sein Referat damit, dass man innerhalb von 1,5 Jahren die Patienten durch Therapie auf den Entwicklungsstand ihres Alters bringen kann. Einverstanden bin ich mit seinen Vorschlägen zur Begleitung von Kindern z.B. durch Rituale, kleinschrittige Anleitung, das Anhalten der Kinder zum Verzögern und selbst immer erstmal abzuwarten. Aus der Zuhörerschaft kam zuletzt die Rückmeldung, dass der Unterhaltungswert der Rede hoch war und die Zuspitzung Aufmerksamkeit erzeugte.

Im Tagungsrückblick durch Psychiatrie-Erfahrene erkannte Hans-Gerd Dohr an, dass viel Arbeit hinter einem Vortrag steckt, und ich möchte mich seiner Wertschätzung anschließen.

Dann stand die schwere Entscheidung an, mit den anderen Ex-In´lern essen zu gehen und um die Häuser zu ziehen, oder brav an der Mitgliederversammlung teilzunehmen. Ich entschloss mich schließlich für letzteres. Das brachte den großen Vorteil mit sich, dass ich Gesichter zu all den Namen, die ich immer schon mal irgendwo gelesen hatte, und einen kleinen Einblick, wer wo herkommt und was macht, bekam. Jemand rief dazu auf, dass sich die DGSP wieder mehr als politische Bewegung verstehen soll, was mir sehr zusagte. Selbst merkte ich an, dass man bitte Geringverdienern durch eine finanzielle Förderung die Teilnahme an den so spannend klingenden Fortbildungen ermöglichen möchte. Bei manchem Mitglied herrschte Unklarheit, was sich hinter dem amüsanten Wort „Maulwurfsfond“ verbirgt.

Freitag, 06.12.2019

Der Tag begann mit einer Vorstellung der Klinik in Heidenheim von Martin Zinkler und Michael Waibel. Dort gibt es keine Akutaufnahme, alle Stationen nehmen Notfälle auf und werden offen geführt. Isolationen von Patient*innen nimmt man nicht vor, und Fixierungen ist man bemüht durch eine Intensivbetreuung zu vermeiden. Auch in einer 3-zu-1-Betreuung fährt man mit dem Patienten nach Hause. Dennoch ist die Zahl der jährlichen vorgenommenen Fixierungen hoch. Die Intensivbetreuung wird nicht als Störung angesehen, sondern als hocheffizientes therapeutisches Mittel, Beziehung aufzubauen. Auch Angehörige werden gebeten in dieser Situation zu unterstützen, ggf. mit Übernachtung auf der Station. Wenn ein Patient den Wunsch hat zu gehen, wird darüber verhandelt. Sollte er die Station verlassen, geht das Personal mit und versucht ggf. mit Körperkontakt ihn zurück zu führen. Die Station leiht Geld und ein Laptop (kostenfreies WLAN) sowie ein Smartphone werden zur Verfügung gestellt, welche auch erregte Patienten nutzen können. Beides wurde bisher nicht beschädigt. Es folgte ein kurzer Abriss des Hintergrundes zu den Artikeln 12-17 aus dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Juan E. Mendez forderte 2013 ein `absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen` und den `Vorwurf der Folter` zu erheben. Dianius Puras Forderungen lagen u.a. in einem Register zu Zwangsmaßnahmen. Seid al-Hussein wollte eine Unterstützung von Betroffenen bei der Ausübung ihrer Rechte z.B. Einspruch zu erheben gegen eine Behandlung und Kliniken zu verklagen. Michael Waibel und Rolf Merschner forderten, dass eine Einweisung nur noch auf freiwilliger Basis erfolgt, auch in Situationen einer Gefährdung. Die Ersthelfer sollten immer die Wünsche des Betroffenen erfragen. In der Klinik darf, um Wille und Präferenzen festzustellen und bzw. oder wenn sich diese unterscheiden, die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit keine Rolle mehr spielen. Die Psychiatrie soll keine ordnungsrechtliche Funktion mehr haben, sondern ausschließlich unterstützendes System sein. Aus dem Publikum wurde laut, dass Compliance derzeit die Eintrittskarte ins Hilfesystem ist.

Im Anschluss hielt Dr. Ralph Marggraf einen Vortrag zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) in Viersen. Zunächst erzählte er, wie er zur StäB gekommen ist, er hat 1998 bei einer Begutachtung eines Patienten in dessen Wohnung festgestellt, dass ein großer Unterschied besteht zwischen den häuslichen Räumlichkeiten von Erkrankten und der hochwertigen Ausstattung einer Klinik. Mit der StäB können Patient*innen mit negativen Erfahrungen in früheren stationären Behandlungen erreicht und solche behandelt werden, die nach einem längeren Klinikaufenthalt Schwierigkeiten haben, in den Alltag zurück zu kehren, sowie die, die nach einem Gerichtsbeschluss die Klinik sofort verlassen, aber noch Behandlung benötigen.

In dieser Form der Behandlung vollzieht sich ein Rollenwechsel, der Patient ist Gastgeber, kann seine Fähigkeiten demonstrieren und schenkt dem Besucher einen Vertrauensvorschuss, indem er ihm Zutritt zu seiner Wohnung gewährt. Möglich ist eine Konkretisierung der Hilfen, die alltagsorientierter, z.B. indem ein Einkaufsplan erstellt wird, und realitätsbezogener sind, wodurch sich die Patienten offener verhalten.

Herr Dr. Marggraf klagte jedoch, dass die MDK-Prüfquote fast 100 % beträgt. Ihn erfreuen die vielen Briefe von ehemaligen Patienten mit den Rückmeldungen, dass die StÄB gut ist. Ich denke auch, dass Betroffene die Behandelnden mehr wissen lassen sollten, wenn diese ihnen geholfen haben, nach der Philosophie „bestätigen und bestärken“, damit denen nicht irgendwann die Luft ausgeht. Ein Ex-In'ler fragte, ob in dieser Behandlungsart weniger Medikamente zum Einsatz kommen, woraufhin Dr. Marggraf sagte, dass hierzu noch keine Auswertungen vorliege, er diesen Impuls aber mitnehme.

Dann referierte Dirk Lewandrowski über das „Bohren dicker Bretter“, dieser Titel gefiel mir. Herrn Lewandrowski missfiel, dass die anlassunabhängige Qualitätsprüfung des LVR ohne Ankündigung in Einrichtungen, diesem nun eine „Wächterfunktion“ gebe. Zuverdienst sollte gesetzlich fixiert (Begriff in anderem Kontext als bisher auf der Tagung) werden und nicht mehr nur Modellprojekt sein. Eine Teilnehmerin fragte, warum eine Bewilligung des Budgets für Arbeit an für Antragssteller kaum zu erfüllende Bedingungen geknüpft ist. Dirk Lewandrowski gestand ein, dass er hierzu inhaltlich über keine Kenntnisse verfüge, die Frage aber mit ins Deznat nehme. Anerkennend möchte ich hervorheben, dass er sich tapfer jeder Kritik gestellt hat und wohl schwer zu tragen hat nach Köln, da er einen ganzen Koffer voll Anregungen und Forderungen mitnimmt.

Beim anschließenden Tagungsrückblick von Psychiatrie-Erfahrenen stellte sich heraus, dass zwei von ihnen in der StÄB in Viersen arbeiten, und es kam aus dem Publikum die Anmerkung, dass sie doch auch an der Präsentation hätten teilnehmen sollen. Bei mir kam auf, dass generell mehr Vorträge von Betroffenen und Professionellen gemeinsam gehalten werden sollten.

Nach der Mittagspause sprach Manuel Rupp über seine Arbeit in Basel. Seine Aufnahmebedingung für eine Behandlung, dass der Patient Medikamente insbesondere Neuroleptika nimmt, anders könne man gerade psychotische Patienten nicht erreichen, stieß auf Widerspruch im Publikum. Es gäbe doch die Prätherapie, entgegnete ein Teilnehmer, und ich kam aus zeitlichen Gründen leider nicht dazu, noch einen Hinweis auf das Soteria-Konzept einzubringen. Herrn Rups Meinung, die Entbindung vom Arztgeheimnis ist in seiner Praxis ebenfalls Voraussetzung für eine Behandlung, teile ich nicht. Ich lehne es ab, dass man über meinen Hausarzt und andere Mediziner genaue Diagnosen und meine Anamnese einholen darf. Auch Unvoreingenommenheit im Kontakt wünsche ich mir im Gegensatz zu Herrn Rupp, der diese als naiv ansieht. Ich möchte, dass man wertfrei die Bedeutung dem schenkt, wie ich im momentanen Kontakt rede, handle und mich verhalte, nicht dem, was irgendwann mal war und dass man durch andernorts eingeholte Informationen über mich urteilt. Auch lehne ich es ab, dass man, wie Manuel Rupp es tut, eine Hypothese meines Anliegens erstellt. Ich möchte gefragt werden, was ich brauche und nicht, dass man über meine Bedürfnisse spekuliert. Auch die Einhaltung von professionellen Standards, auf die Herr Rupp viel Wert legt, widersprechen meines Erachtens nach einem individuell angepassten, nicht regelorientierten Eingehen auf den Patienten. Ursprünglich zu seinem Workshop angemeldet, wechselte ich kurzfristig aus Haltungsgründen zu dem von Martin Zinkler und Michael Waibel angebotenen.

Am Abend fand die Fete „Die Tagung tanzt“ statt, und das ausgelassene Tanzen hat mir „irren“ Spaß bereitet. Ich hätte die Nacht durchmachen können, aber irgendwann habe ich mich verschwitzt und glücklich zum Hotel aufgemacht, da es am nächsten Morgen ja weiter ging mit dem Programm. Geträumt habe ich allerdings nichts Schönes, da wohl durch die Thematik der Veranstaltung ausgelöst, Erinnerungen an eigene traumatische Erfahrungen aufkamen.

Samstag, 07.12.2019

Matthias Rosemann berichtete zunächst, dass Marcel Luthe von der FDP in Berlin, sich einer Sprache von vor 50 Jahren bedient und das eigene Gesetz nicht kennt. Herr Rosemann stellte die Ergebnisse des Projektes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ vor, welches in 7 Teilprojekte gegliedert ist. Unter anderem hilft Debriefing zur Zwangsvermeidung, es sei nur schwierig, den richtigen Zeitpunkt hierfür zu finden. Die einzelnen Projektgruppen erfassten nicht so sehr Informationen, sondern vielmehr deren Lücken. Matthias Rosemann fordert „Zwang zum Thema machen“ und zwar auf allen Ebenen der Hierarchien d.h. bei Führungskräften genauso wie unter Mitarbeitern. Es lohnt sich präventiv zu arbeiten, denn „Zwang fällt nicht vom Himmel“. Es sollen regionale Konferenz-, Beratungs- oder Konsultationsstrukturen errichtet werden, an denen alle Menschen, für die ein Beschluss einer freiheitsentziehenden Unterbringung geplant wird, teilnehmen können. Behandlungsangebote müssen unabhängig von Wochentagen und Uhrzeiten, möglichst aufsuchend und so kreativ gestaltet sein, dass auch reservierte oder ablehnende Menschen erreicht werden.

Im folgenden Beitrag erläuterten die Erfahrenen Sophie Müller und Candelaria I. Mahlke die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ und wiesen darauf hin, dass die in der Kurzfassung enthaltenden Empfehlungen zu über 2/3 auf eine Psychopharmaka Therapie zielen, was mich entsetzte. Auch dass die enthaltenen Studien z.T. von Pharmafirmen gefördert wurden und Nebenwirkungen keine Erwähnung finden, stimmte mich sehr skeptisch. In der Langfassung werden die Begriffe „Agitiertheit“ und „Aggressivität“ synonym verwendet, welche definitionsgemäß in Wahrheit große Unterschiede aufweisen. Basale Bedürfnisse „sollten“ nicht, wie in der Leitlinie formuliert, sondern „müssen“ erfüllt werden. Es ist keine These zu Entstehung von Gewalt, die in Institutionen oft durch das Verhalten des Personals bei den Erkrankten ausgelöst wird („Aggression ist Reaktion“), enthalten. Die Referenten schilderten das Dilemma, indem man sich als Patient befindet. Wenn man seine Autonomie bewahren will und eine als nicht hilfreich empfundene Behandlung ablehnt, muss man meist eine Zwangsmaßnahme in Kauf nehmen. Dahingegen aber wird informeller Zwang ausgeübt, wenn man in die Behandlung einwilligt, sich damit selbst aufgibt, die eigenen Bedürfnisse leugnet, erstarrt und Compliance zeigt (wobei dieser Begriff mit „Unterwürfigkeit, Fügsamkeit, Konformität“ zu übersetzten ist). Martin Zinkler merkte an, dass die Leitlinie zum großen Teil von „Tätern“ erstellt wurde, wobei er sich selbst ebenfalls als einen ansieht, da auch er Zwang anwendet. Franziska Lagg fragte, wo Zwang denn überhaupt anfangen, man spreche hier immer „nur“ über die Zuspitzung und Eskalation.

Last but not least zeigte Tanja Berger auf, dass Professionelle in den Niederlanden sehr viele Befugnisse haben z.B. dürfen sie während der stationären Unterbringung die Wohnung des Patienten nach Drogen durchsuchen. Das reichte mir dann an Information und ich verließ den Veranstaltungssaal.

Besonders möchte ich erwähnen, dass die Unterkunft und Verpflegung hervorragend waren und mich für das Sponsoring vielmals bedanken.

Katrin Schneider,
Ex-In-Genesungsbegleiter in Kursweiterbildung

Rückblick einer Studentin

Dank eines Stipendiums habe ich die Möglichkeit bekommen, an der Jahrestagung 2019 der DGSP in Leverkusen teilzunehmen. Ich war zu Beginn aufgeregt, da ich bisher noch an keiner vergleichbaren Veranstaltung teilgenommen habe. Außerdem war ich sehr neugierig und gespannt, da mich das Thema „Hilfe und Zwang“ und die bevorstehenden Vortragsthemen, die ich dem Programm vorab entnehmen konnte, sehr interessierten.

Ich habe festgestellt, dass besonders die Worte von Herrn Wiebicke meinen Alltag nachhaltig prägen. Seine positive Einstellung und die Aussage, dass Neuanfänge immer möglich sind und auch wenige Menschen eine Veränderung bewirken können, habe ich als sehr motivierend empfunden. Eine Entwicklung von einer ohnmächtigen zu einer handelnden Person, die Spuren hinterlässt, ist laut Herrn Wiebicke durchaus möglich. Besonders prägend finde ich seine Aussage, dass man mehr in Austausch/Auseinandersetzung treten sollte, denn „Sprache verändert Wirklichkeit“. Nur, wenn man seine Gefühle, Gedanken und Unzufriedenheiten anspricht, kann sich etwas ändern.

Ebenfalls wurde mir nochmal deutlich, dass für die Psychohygiene Regeneration wichtig ist. Herr Winterhoff empfiehlt einen mehrstündigen Spaziergang ohne Handy, zur Abwechslung mal ganz ohne soziale Medien.

Besonders gut gefallen hat mir die Reflexion der EX-IN Genesungsbegleiter, da sie durch ihre persönlichen Schilderungen, die Inhalte der Vorträge schwerpunktmäßig reflektiert haben. Der Beitrag aus dem Klinikum in Heidenheim hat noch einmal gezeigt, dass durch Intensivbetreuung Fixierungen verhinderbar

sind und der zusätzliche Budgetbedarf dafür verhältnismäßig gering ist. Umso enttäuschender finde ich, dass es trotzdem kein Standard in Deutschland ist.

Die Auswahl der Workshops ist mir wirklich schwergefallen, weil ich am liebsten mehrere besucht hätte. Ich habe mich schließlich für den Workshop zum Thema Soteria, geleitet von Wassili Hinüber, entschieden und habe es wirklich nicht bereut. Da wir eine kleine Gruppe waren, wurde es persönlicher, jeder konnte sich vorstellen und mitarbeiten. Während meines freiwilligen sozialen Jahres und meines Praktikums habe ich leider viele negative Meinungen und Erfahrungen bezüglich stationärer Klinikaufenthalte gehört, deshalb interessiert mich besonders diese alternative Behandlungsform.

Mir persönlich hat der Bücherstand des Psychiatrieverlags sehr gut gefallen, da ich so die Möglichkeit hatte mir eine ansprechende Auswahl an Fachliteratur anzuschauen.

Ich hätte mir rückblickend ein bisschen mehr Zeit zwischen den jeweiligen Vorträgen gewünscht, da ich besonders die Rückmeldungen und Rückfragen interessant fand und diese mich ebenfalls zum Nachdenken angeregt haben. Ich bin der Meinung, dass ein wertschätzender Diskurs nachhaltig ist.

Abschließend möchte ich anmerken, dass sich für mich eine neue Tür geöffnet hat. In meinen Seminaren an der Fachhochschule wird immer wieder betont, wie wichtig es für die Soziale Arbeit ist, sich politisch zu engagieren. Durch die Jahrestagung habe ich ein „Bild“ dazu bekommen, wie dies möglich ist.

Franca Wahl

O-Töne von Studenten*innen

Wie Bachelor Studierende der Studiengänge „Soziale Arbeit“ und „Kinder- und Jugendhilfe“ sowie Masterstudierende der Klinischen Sozialarbeit (Hochschule Landshut) die Teilnahme an der DGSP-Jahrestagung 2019 erlebten

• „Zwar hab ich noch viel zu wenig praktische Erfahrungen im psychiatrischen Bereich, um alle Informationen aufzusaugen und eben mit eigenen Erfahrungen zu vergleichen, dennoch fand ich die meisten Vorträge interessant und vor allem der Workshop, in dem eine spannende Diskussion mit den Psychiatrieerfahrenen stattfand, wird mir in Erinnerung bleiben.“

Katrin Vorwallner

• „Das Programm der DGSP hat mich mit sehr vielen hoch spannenden und aktuellen Themen sowie starken Redner*innen überzeugt. Durch die fast dialogische Gestaltung konnte ein wichtiger Perspektivwechsel vollzogen, Barrieren gesenkt und ein Austausch auf Augenhöhe ermöglicht werden. Ich empfinde die Teilnahme an der Tagung mit einer großen Vielfalt an Teilnehmer*innen als eine große Bereicherung, sowohl auf fachlicher als auch persönlicher Ebene.“

Marie Merkel

• „Ein umfangreicher Blick auf das große Spektrum der Sozialen Psychiatrie - und damit auch auf ein mögliches späteres Arbeitsfeld.“

Frederic Söhner

• „Die Vielfalt der Menschen mit ihren Hintergründen war in den formulierten Zukunftsvisionen, wie auch in kritischen Diskussionen zu Zwang und Hilfe in der Psychiatrie, klar zu spüren. Dadurch konnte ich meinen Blick schärfen und wieder neu erkennen, dass Entscheidungen bezüglich Veränderungen immer zusammen mit Betroffenen getroffen werden müssen.“

Clara Schörner

• „Die DGSP Jahrestagung unter dem Titel „Hilfe und Zwang - Alter Widerspruch im neuen Gewand?“ in Leverkusen war

*für mich eine Bereicherung, inhaltlich wie menschlich. Beeindruckt haben mich die vielseitigen Redner*innen, der Raum für Diskussion, die gelungene Tagungsfete, bei der ich viele offene, herzliche Menschen kennenlernen durfte und im Besonderen der Workshop über das Soteria Haus. Niemand ist gefeit vor einer psychischen Erkrankung und sollte ich oder einer der geliebten Menschen aus meinem Umfeld in die Situation kommen, dann hoffe ich, dass wir das Glück haben, in einer sozialpsychiatrischen Klinik behandelt werden zu können. Die DGSP leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass es in Zukunft immer weniger vom „Glück“ bzw. vom Wohnort abhängt, ob jemand Zugang zur Sozialpsychiatrie hat oder nicht. Deswegen bin ich froh, dass die Hochschule Landshut uns Studierenden ermöglicht hat, die DGSP kennenzulernen.“*

Enikö Schradi

• „Die Tagung zeichnet einen hoffnungsvollen Weg, den wir gerne mitgestalten, welcher sicherlich nicht frei von strukturellen und v.a. einstellungsbedingten, tradierten Hürden ist: Eine Entwicklung zu einer vielfältigen und lebendigen sozialen Psychiatrie, welche durch die Profis aus Betroffenen-, Berufs- und Angehörigenerfahrung gestaltet wird, welche persönliche Freiheit und Entwicklungsräume schafft, statt diese zu beschränken, welche sich mit den komplexen gesellschaftlichen Veränderungsprozessen, wie durch Digitalisierung und Globalisierung, auseinandersetzt, deren Risiken begegnet, aber auch deren Chancen nutzt.“

Monika Thoma

• „Ich habe die Tagung als sehr abwechslungsreich empfunden, wobei es mir besonders gut gefallen hat, dass so viele verschiedene Personen zu Wort kamen und die aktuellen Themen der Sozialen Psychiatrie, sowohl durch Psychiatrie-Erfahrene als auch durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit und anderer Berufsgruppen, von den unterschiedlichsten Seiten beleuchtet wurden.“

Sophia Kutter

Nachruf

Trauer um Uwe Dönisch-Seidel

Die Rheinische Gesellschaft für soziale Psychiatrie trauert um Uwe Dönisch-Seidel. Wir schließen uns den Worten von Recht & Psychiatrie, dem Psychiatrieverlag sowie dem Fachausschuss Forensik der DGSP an:

Mit großer Bestürzung haben wir erfahren, dass Uwe Dönisch-Seidel plötzlich und unerwartet gestorben ist.

Er hat in der LVR-Klinik Bedburg-Hau »Forensik gelernt«. Er war dort als Psychologe und Therapeut richtig am Platz, denn er hatte immer ein Herz für Gescheiterte und Außenseiter der Gesellschaft. Obgleich ein Bär von einem Mann, hat er ihnen keine Angst gemacht, viel eher ein Bedürfnis geweckt, bei ihm Halt zu finden. Auch in den Jahren seiner Behördenfunktion hat er weiter therapeutische Gruppen im Strafvollzug geleitet.

Im Laufe seiner Karriere wurde er »Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen«. Es wurden zentrale Aufgaben dieser Behörde, gegenüber der Öffentlichkeit den Ausbau der Kapazitäten des Maßregelvollzugs im Lande zu vertreten und diesen Ausbau mit einem Team fähiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu organisieren. Dass letzteres im Laufe zweier Jahrzehnte in beeindruckender Weise gelungen ist, zeigen die neuen forensischen Standorte im Lande und die entsprechenden Neubauten auf dem Gelände von Landeskliniken. Gleichzeitig war er bestrebt, auch die nachstationäre Behandlung und die ambulante Nachsorge, zu Beispiel in Form von Wohnheimen, gegen Widerstände voranzutreiben. Letztendlich ging es ihm darum, Patienten eine Rückkehr in die Gesellschaft zu ermöglichen.

Die erstere Aufgabe, den Menschen im Lande diesen Bedarf zu vermitteln und für Toleranz gegenüber dem Maßregelvollzug zu werben, kann man wohl als eine besonders schwierige bezeichnen. Sie war bei niemandem in besseren Händen als bei Uwe Dönisch-Seidel. Er konnte Menschen vermitteln, dass er nicht irgendeinen Job macht und dass ihm sowohl die Behandlung der Patienten als auch die Sicherheit der Allgemeinheit ein sehr persönliches Anliegen ist.
(Norbert Schalast, Redaktion R&P, Psychiatrie Verlag)

Uwe Dönisch-Seidel hat sich im Fachausschuss Forensik engagiert. Mit dem Rheinischen Landesverband hat er regelmäßig den fachlichen Austausch gesucht oder ist den jährlichen Einladungen gefolgt.

Seine hohe fachliche Kompetenz hat er mit seiner offenen und humorvollen Art in unsere Arbeit mit eingebracht. Dafür danken wir ihm von ganzem Herzen.

Wir behalten ihn in ehrendem Angedenken.

Impressum

Herausgeber: Vorstand der
Rheinischen Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e. V.
ViSdP: Stefan Corda-Zitzen, Viersen
Geschäftsstelle der RGSP beim
Psychozialen Trägerverein e. V.

Eichenstr. 105-109
42659 Solingen
Ansprechpartnerin: Gabi End
Vertreterin: Gabi Reimann
Montag bis Donnerstag: 8.00-16.30 Uhr
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.