

DGSP-Denkanstoß: Soziale Psychiatrie und Klinik

Die Denkanstöße als sozialpsychiatrisches Manifest der DGSP wurden 2016 umfassend überarbeitet, aktualisiert und in neuem Gewand herausgegeben. Kurz nach der Veröffentlichung kam Kritik aus den Reihen der Mitglieder, dass die psychiatrische Klinik zwar hier und dort immer mal wieder erwähnt werde, die Auseinandersetzung mit der akupsycheiatrischen klinischen Versorgung sich aber nicht in einem eigenen Denkanstoß wiederfinde. Sozusagen als Denkanstoß an die DGSP formulierte Wolfram Voigtländer in einem Schreiben die Frage, ob sich die DGSP im psychiatriepolitischen Diskurs nicht mehr für die Klinik zuständig fühle.

Der DGSP-Gesamtvorstand hat sich dieser Kritik angenommen und in der Sitzung im Mai 2017 gemeinsam mit DGSPlern, die leitende Funktionen in Kliniken innehaben, intensiv diskutiert. Aus dem Papier von Herrn Voigtländer, der darauf folgenden Diskussion und einer längeren Auseinandersetzung im Gesamtvorstand, sowohl in den Sitzungen als auch über umfangreichen schriftlichen Austausch unter Einbezug von Expert*innen aus der Klinik, ist der hier vorliegende Denkanstoß »Soziale Psychiatrie und Klinik« erarbeitet worden.

Dieser Denkanstoß soll kein feststehendes Papier sein, sondern vielmehr weitere Diskussionen inner- und außerhalb der DGSP anregen. Wie sehen Mitarbeiter*innen aus Kliniken die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Klinik? Wie empfinden sie ihre eigene Rolle, und welche Verbesserungen wünschen sie sich? Welche politischen Rahmenbedingungen müssten geschaffen werden, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten? Wie gut oder schlecht fühlen sich Betroffene unter den Bedingungen klinischer Versorgung aufgehoben? Was denken und empfinden Angehörige? Welche Chancen und Risiken liegen in der stationsäquivalenten Behandlung?

Wir freuen uns, wenn Sie sich, ausgehend von diesem Denkanstoß, an unserem Diskurs beteiligen.

denk-an-stöße

»Die Mitarbeiter*innen auf Station sind für die Pflichtversorgung und Alltagsbewältigung zuständig. Eine sozialpsychiatrische Gesamtsicht wird nur selten angestrebt. Sie müssen sich täglich mit Ansprüchen aus der sozialen Realität der Klient*innen auseinandersetzen. Eine gemeindepsychiatrische Organisation der klinischen Versorgung wäre die beste Lösung.«

Martin Bührig, Chefarzt des Klinikums Bremen-Nord, beim DGSP-Verbandstag im Mai 2017

Die Grundlage sozialpsychiatrischer Behandlung und Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist vor allem ein ganzheitliches Verständnis von Krise und Erkrankung. Der Mensch in seiner individuellen Situation steht im Mittelpunkt. Seine persönlichen Lebensbedingungen und Bedürfnisse werden in alle Überlegungen miteinbezogen. Dazu zählen die Beziehungen zu Angehörigen und Freund*innen, die Bedeutung von Arbeit und Beruf, Lebensgeschichte, die Frage nach Bedeutung und Sinn einer Erkrankung. Ebenso das Eingebundensein in die eigene Stadt oder Gemeinde und die damit eventuell vorhandenen und zu nutzenden Ressourcen bzw. die zu überwindenden »Inklusionsbarrieren«. Die

Kooperation verschiedener Berufsgruppen ermöglicht eine multiprofessionelle Perspektive. Wesentlich ist auch die Berücksichtigung von Funktion und Bedeutung des psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungssystems innerhalb der Gesellschaft – Psychiatrie zwischen Ordnungsmacht und Hilfsinstitution. Das sind die Kernelemente sozialpsychiatrischer Grundhaltung.

Daran nehmen wir Anstoß:

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) wird in fast allen Kliniken unterschritten. Der Personalnotstand und die überbordende patientenferne Dokumentationsarbeit sind der Qualität der inhaltlichen und patientenorientierten Arbeit abträglich. Die therapeutischen Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen fühlen sich vor diesem Hintergrund oftmals überlastet. Hohe Krankenstände können als Indikator struktureller Mängel dienen.

Belastend für Patient*innen und Mitarbeiter*innen sind die in diesem Kontext unvermeidbar vorzufindenden Defizite in der Milieugestaltung und in der Gestaltung der therapeutischen Beziehungen. Die in der Regel in einem krisenhaften Zustand befindlichen Patient*innen erhal-

ten nicht die ihrem rechtlichen Anspruch und dem fachlichen Standard entsprechende angemessene Hilfeleistung. Diese Defizite müssen konsequent bearbeitet werden, um zu vermeiden, dass Zwangsmaßnahmen angewendet werden, Psychopharmaka hoch dosiert werden und Mitarbeiter*innen aufgrund der Arbeitsbelastungen und der Entwertung ihrer beruflichen Qualifikation in den Burn-out geschickt werden. Defizite sind jedoch vermeidbar, wie verschiedene Modellbeispiele, die wir benennen werden, zeigen.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit den Zielen der Gewinnmaximierung (private Träger) bzw. Defizitbegrenzung (öffentliche Träger) sowie der Quersubventionierung in vielen Häusern führt zu einer enormen Verdichtung der Arbeit in der Klinik. Chefarzt*innen und leitende Pflegekräfte bestätigten diesen Umstand bei einer Diskussion im Rahmen des DGSP-Verbandstages im Mai 2017. Dabei wird, bezogen auf die Finanzierung der Psychiatrie, das meiste Geld von den Krankenkassen für psychiatrische Kliniken ausgegeben. Alle Kliniken haben sich in unserem Gesundheitssystem an ökonomischen Zielen zu orientieren, private Klinikkonzerne schütten zudem Gewinne an Aktionär*innen und Kapitalge-

denk-an-stöße

sellschaften aus, zusätzlich erhöht auch die zu geringe Investitionsförderung der Länder den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser. Zu kritisieren ist die Strategie der Krankenhausleitungen bzw. der Unternehmensleitungen, in Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen defizitäre somatische Bereiche aus den Einnahmen für die psychiatrische Versorgung quer zu subventionieren.

Um die Verbesserung der Situation für Betroffene, Angehörige und Personal herbeizuführen, sollen folgende Aspekte der psychiatrischen Versorgung gemeinsam mit allen Beteiligten besser gestaltet werden:

- Die Aufnahme-, Behandlungs- und Entlasssituation muss patientenorientiert sein. Dies bedeutet, dass das handelnde Personal mit ausreichend Zeit, größtmöglicher Kontinuität und patientenorientierter Haltung Gespräche mit den Patient*innen und gegebenenfalls mit Angehörigen führen kann. Dies ermöglicht erst ein optimales Informationsniveau bei allen Beteiligten hinsichtlich der medizinischen und weiteren therapeutischen Behandlung, der rechtlichen Rahmenbedingungen, der klinischen Abläufe und Regeln, der Lebenssituation der Patient*innen (Bürger*innenstatus) und auch bezüglich daraus abzuleitender begleitender sozialer Maßnahmen (z.B. Sicherung des Arbeitsplatzes), Angehörigenarbeit etc.
- Die somatische Dominanz in der Behandlung sowie die Fixierung auf Diagnosen verengt den Blick auf die Patient*innen, deren Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten und ist in der Regel defizit- statt ressourcenorientiert. Teampotenziale sind darüber hinaus zu nutzen. Das vielfältige Fachwissen der im Krankenhaus vertretenen Berufe ist wahrzunehmen, um so den therapeutischen Möglichkeitsrahmen im Sinne der Patient*innen maximal zu gestalten.

- Das Angebot von »Spezialstationen« zur Behandlung bestimmter Erkrankungsformen ist – wenn erwünscht – im Sinne der gemeindenahen Psychiatrie umzusetzen. Die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten im Sozialraum der Patient*innen sind auf den sozialen Kontext bezogen vorzuhalten, und einer Selektion von Patient*innen sollte konsequent entgegengewirkt werden.
- Eine zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung in der Daseinsvorsorge, wie z.B. im Krankenhausbereich, setzt falsche Anreize. Statt Gewinnabschöpfung von Finanzmitteln der Krankenkassen zur Behandlung erkrankter Menschen muss das Ziel die bestmögliche Krankenversorgung sein. Wozu selbstverständlich auch Vorhaltekosten für Pflichtangebote zählen. Hier gilt es eine gesamtgesellschaftliche Grundsatzdiskussion zu führen, an der alle relevanten Akteur*innen beteiligt sind.
- Die Pharmaindustrie und ihre Forschungsabteilungen möchten ihre Produkte vermarkten. Ihre Interessen liegen damit zwangsläufig weniger in einer personell gut ausgestatteten besseren Versorgung in der Klinik. Je genesungsfördernder das therapeutische Milieu ist, desto weniger Medikamente sind nötig.

Hintergrund:

Die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen der Psychiatrie und Unzufriedenheit mit den dortigen Arbeitsbedingungen bewegte zwischen 1968 und 1970 Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen in der Psychiatrie dazu, sich mit dem Ziel zusammenzuschließen, die Situation in der Psychiatrie zu verändern, und führte zur Gründung der DGSP. Die DGSP vereinigt psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen, Betroffene und Angehörige, die ein sozialpsychiatrisches Grundverständnis teilen.

In einem für die DGSP historischen Beschluss wurde 1979 festgelegt, die Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu fordern. Hintergrund war, dass die damaligen Reformbemühungen trotz vergrößertem Personal- und Geldaufwand weiterhin keine zufriedenstellende psychosoziale Arbeit ermöglichten. Vielmehr wurde durch teure Modernisierungsprozesse die Vorrangstellung der Landeskrankenhäuser zementiert.

Seit dieser damaligen negativen Entwicklung hat sich die sozialpsychiatrische Landschaft bis heute vielfältig entwickelt und bietet differenzierte, ortsnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen an. Die künstliche Trennung in klinische und außerklinische Versorgung gilt es zu überwinden und das Gegebene trotz unterschiedlicher Rechtsgrundlagen als ein Behandlungs- und Versorgungssystem in der Verantwortung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu sehen.

Patient*innen in ihrer individuellen Situation mit daraus resultierenden Bedürfnissen und ihrer sozialen und kulturellen Eingebundenheit stehen im Mittelpunkt der Bemühungen, dies sowohl in der Klinik wie auch außerhalb. Das psychiatrische Krankenhaus ist ein Element im Netzwerk der psychiatrischen Hilfen und damit auch ein Akteur der Gemeindepyschiatrie. Stationäre und ambulante Hilfsleistungen und Versorgungsformen sind so zu vernetzen, dass betroffene Menschen in verschiedenen, oft krisenhaft zugespitzten Lebenssituationen sicheren Halt finden und ein Bezug zu ihrer Lebenswelt jederzeit gewährleistet ist. Besonders von Klinikleitungen ist ein Bekenntnis zur Kooperation gefordert, um die bestmögliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu gewährleisten. Ärztliche und pflegerische Leitungen sind gefordert, versorgungspolitische und psychiatrisch-fachliche Argumente gegenüber ökonomischen Gesichtspunkten stärker einzubringen.

denk-an-stöße

Institutionen wie die psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken sind in der Versorgungslandschaft fast flächendeckend etabliert. Mit dem PsychVVG unterstützt der Gesetzgeber den Aufbau stationsäquivalenter Behandlungen, die eine gute Vernetzung von stationären und ambulanten Akteur*innen erfordern. Es ist unerlässlich, dass Mitarbeiter*innen aus den ambulanten und stationären Bereichen die jeweils anderen Angebote nicht nur kennen, sondern die Arbeitsweise und Haltung reflektieren und somit zu einer institutionsübergreifenden Zusammenarbeit finden und es zu einem gemeinsamen Verständnis von psychischer Erkrankung und der erforderlichen Hilfen kommt.

Die DGSP fördert den Dialog zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionellen Mitarbeiter*innen. Damit setzt sich die DGSP für eine umfassende Partizipation auf den unterschiedlichen Ebenen des psychiatrischen Hilfesystems ein. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Bürger*innen unserer Gesellschaft, mit gleichen Rechten und Pflichten (Gleichheit vor dem Recht).

Die DGSP sieht sich in der Rolle und Funktion des »Wächteramtes« für die Interessen und Rechte insbesondere der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, aber auch für die Rechte der Mitarbeiter*innen in der Psychiatrie. Neben dem institutions-, berufs- und methodenübergreifenden Ansatz ist für die Entwicklung einer dialogischen Perspektive im psychiatrischen Versorgungsalltag wichtig, auch die spezifischen Kompetenzen von Genesungsbegleiter*innen gleichwertig einzubeziehen.

Beispiele:

Es gibt in der psychiatrischen Landschaft Deutschlands Leuchtturm-Projekte, die zeigen, dass mit geeigneten Maßnahmen, dem Willen zur Kooperation und zum Dialog sowie mit sozialpsychiatrischer Grundhaltung eine gute Versorgung und

Unterstützung von Menschen in psychiatrischen Krisen in der Klinik möglich sind.

- Das Marien Hospital Herne hat NRW weit den niedrigsten Stand der Unterbringungen nach PsychKG. Die Stationen sind offen und sowohl vom Krankheitsbild als auch beim Personal durchmischt, es gibt zum Beispiel keine festen Nachtwachen mehr. Ein individueller Behandlungsplan wird jeweils mit einem Bezugstherapeuten erarbeitet.
- Die psychiatrische Abteilung am Klinikum in Heidenheim setzt stations- und settingübergreifend auf die Umsetzung eines Home-Treatment-Konzepts. Statt Chef-/Oberarztvisiten werden Therapieveranstaltungen nach dem Vorbild des »Offenen Dialogs« durchgeführt. Die Klinik unterstützt Patient*innen beim Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika.
- Die Krisenwohngruppen des Psychosozialen Trägervereins Solingen sind praktisch ein Kleinstkrankenhaus, in dem nur wenige Betten zur Verfügung stehen. Damit werden akute Krisen schnell mit der Tagesklinik und Elementen der ambulanten Gemeindepsychiatrie verknüpft.
- Die Soteria ist eine alternative stationäre Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen. Die Anwendung von Neuroleptika ist gering, es wird auf eine offene Stationsführung und auf Wohnelemente gesetzt, wobei ausdrücklich von »Patient*innen« gesprochen wird, da dort akut behandelt wird. Die Behandlung erfolgt in Form einer »Begleitung durch die Psychose«. Die Mitarbeiter*innen und Patient*innen gestalten ihre Beziehung gleichwertig, es gibt kaum Rollendifferenzierung und Hierarchie. Zudem werden Angehörige und Freund*innen offensiv in die Patient*innenunterstützung eingebunden.

Die DGSP fordert:

- Ein übergreifendes und gemeinsames sozialpsychiatrisches Krankheitsverständnis und daraus resultierende gemeinsame Grundhaltungen
- Die Zusammenarbeit von gemeindepsychiatrischen Diensten und psychiatrischen Kliniken auf der Basis eines gemeinsamen Grundverständnisses guter sozialpsychiatrischer Versorgung, z.B. auf Basis eines Regionalbudgets
- Die Prinzipien von Empowerment, Partizipation und Recovery sowie die Stärkung des Dialogs gelten als bestimmende Elemente psychiatrischer Versorgung.
- Die Psych-PV läuft am 31. Dezember 2018 aus, und es ist ungewiss, was danach passiert und wie sich der G-BA zur Frage der Personalbemessung positioniert. Es darf kein »PEPP« durch die Hintertür eingeführt werden.
- Die Bundesländer müssen ihrer Verpflichtung zur Zahlung des Investitionszuschusses nachkommen.
- Aktive Aufklärungsmaßnahmen der Akteur*innen im psychiatrischen Feld zur Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen und Patient*innenverfügungen zur Sicherstellung des Patient*innenwillens
- Sicherstellung umfassender Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf der Flucht unter konsequenter Einbeziehung von Sprachdolmetscher*innen und Kulturmittler*innen
- Präventives Mitwirken von Klinik und Gemeindepsychiatrie in der Gesundheitsaufklärung und Antistigmarearbeit
- Home Treatment als außerklinisches Angebot für krankenhausbehandlungsbedürftige Personen in institutionsübergreifender Kooperation
- Mitarbeiter*innen stärken, Haltungen und ethische Grundsätze zu leben
- Patient*innen wahrnehmen – Dialog auf Augenhöhe – »Verhandeln statt behandeln«
- Genesungsbegleiter*innen sind bei ambulanten sozialpsychiatrischen Anbieter*innen oftmals fest etabliert,

und auch im klinischen Bereich gibt es hierzu gute Modelle der Einbindung (z. B. Bremerhaven). Wünschenswert sind eine Weiterentwicklung und der Ausbau dieser Hilfen, sodass Betroffene in allen Versorgungssettings die aktive Unterstützung von Peers einholen können.

- Es wird eine unabhängige universitäre Versorgungs- und Pharmaforschung benötigt. Behandlung und Fortbildung sollen ohne Unterstützung der pharmazeutischen Industrie stattfinden.
- Ärztliche und therapeutische Unterstützung für Patient*innen, die Neuroleptika reduzieren oder absetzen wollen. Diese Ansätze sind in der Aus- und Weiterbildung zu vermitteln.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP bietet stetig Weiterbildungsmöglichkeiten an, die auch Foren zum Austausch sind. Unser Fortbildungsprogramm ist umfangreich und wird gut besucht. Daneben gibt es die regelmäßigen Fachtage der Fachausschüsse und Landesverbände sowie die Jahrestagung. Neben den Fachausschüssen werden hier vielfältige Möglichkeiten geboten, mit Kolleg*innen, Gleichgesinnten und anderen interessanten Gesprächspartner*innen den Fachaustausch zu pflegen. Das bereichert und steigert zudem die Motivation jedes/jeder Einzelnen.
- Dieser Fachdiskurs mündet in den politischen Aktivitäten des Verbandes. In Stellungnahmen werden regelmäßig politische Entwicklungen kommentiert, konkrete Forderungen formuliert und politischen Entscheidungsträger*innen die Expertise der DGSP-Mitglieder und ihrer Fachausschüsse angeboten. Zur Bundestagswahl 2017 wurden die politischen Parteien mit Wahlprüfsteinen zur sozialpsychiatrischen Versorgung konfrontiert, die von allen befragten Parteien beantwortet wurden.
- Es wird auch der Austausch mit anderen Verbänden gepflegt, beispielsweise

se mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE), dem Dachverband Gemeindepsychiatrie, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband als unserem Spitzenverband, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN), dem Bundesdirektorenkonferenz-Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) und weiteren, die unter anderem regelmäßig im Rahmen des »Kontaktgesprächs Psychiatrie« oder des »Verbändedialogs« der psychiatrischen Pflegeverbände tagen. Gemeinsam mit weiteren Interessengruppen der psychiatrischen Versorgung wurde beispielsweise 2016 das »Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP), sozusagen das DRG der Psychiatrie, verhindert.

TUWAS – mit der DGSP:

- Nutzen Sie die Möglichkeiten der persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung!
- Bringen Sie Ihre Expertise in die Facharbeitsgruppen der DGSP ein und nutzen Sie das Wissen und die Erfahrungen der DGSP-Mitglieder!
- Nehmen Sie die Möglichkeiten des Austauschs und des Erkenntnisgewinns der DGSP-Tagungen für Ihren praktischen Berufsalltag wahr!
- Nutzen Sie die Chance, die Ihnen die DGSP zur Meinungsbildung und -äußerung bietet – mischen Sie sich aktiv ein!



Seminare für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Arbeitsfelder

KURZFORTBILDUNGEN 2018

Das Programm enthält fast 70 Angebote mit einem breiten Spektrum (sozial-)psychiatrischer, therapeutischer & sozialpolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 16 verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Ressourcenorientierung u.v.a.

Bestelladresse

Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
dgs@netcologne.de
www.dgsp-ev.de