

Zukunft der Sozialpsychiatrie Gedanken und Ideen für das weitere Handeln der DGSP

Im Rahmen des 50-jährigen Jubiläums der DGSP 2020 wurde durch einen Vortrag von Matthias Rosemann eine Diskussion zur Zukunft der Sozialpsychiatrie angestoßen. Die DGSP als Verband griff seine Fragen auf. Diskussionen im Gesamtvorstand sowie auf einem Verbandstag und schließlich auf einer Tagung im Juni 2022 folgten.

In mehreren Sitzungen hat sich der Gesamtvorstand mit Fragen der Neubestimmung der Sozialpsychiatrie auseinandergesetzt und versucht, Antworten auf die Herausforderungen durch die UN-BRK, die Veränderungen des Krankheitsmodells und der Einbeziehung des Erfahrungswissens der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu finden. Auf einem Verbandstag im Mai 2022 wurden die Diskussionen zusammengeführt.

Christian Reumschüssel-Wienert initiierte zudem eine zweitägige Tagung zur »Zukunft der Sozialpsychiatrie«, die schließlich nach intensiven Planungen einer Vorbereitungsgruppe im Juni 2022 in Berlin stattfand. Fünf Schlüsselbegriffe bestimmten die Struktur der Tagung: »Krankheitsbegriff«, »Subjektorientierung«, »Alltag und Lebenswelt«, »Partizipation« und »Normalität«. Die Tagung ist in der Sozialen Psychiatrie 04/2022 ausführlich dokumentiert, zudem sind einzelne Präsentationen der Vortragenden auf der DGSP-Website herunterzuladen: <https://www.dgsp-ev.de/tagungen/tagungsberichte/zukunft-der-sozialpsychiatrie.html>

In seiner Sitzung im September 2022 hat der Gesamtvorstand begonnen, Schlussfolgerungen für das weitere Handeln der DGSP zu ziehen. Zum einen sollen die wichtigen Fragen weiter diskutiert und in den verbandlichen Prozessen, in den Gremien, den Tagungen und Fortbildungen weiter behandelt werden sowie in Stellungnahmen einfließen. Zum anderen sind aus den Diskussionen zu den Schlüsselbegriffen erste Schlussfolgerungen für das weitere Handeln zu ziehen und Leitideen zu entwickeln. Das Ziel soll es sein, unter den veränderten Rahmenbedingungen die sozialen Grundsätze in der Sozialpsychiatrie festzuhalten und zu verstärken. Der geschäftsführende Vorstand legt, orientiert an den Schlüsselbegriffen, eine Zusammenfassung der Diskussionen und Beiträge der Tagung vor. Die Schlussfolgerungen können Themen für die Erarbeitung der sozialen Grundsätze sein.

Wir wünschen uns Ergänzungen, Anmerkungen, andere Sichtweisen, Hinweise auf Lücken, ...also eine Auseinandersetzung über den Erhalt und die Weiterentwicklung der Grundsätze der Sozialpsychiatrie.

Menschenrechte

Die UN-BRK hat die Rechte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen festgelegt. Die UN-BRK wurde 2009 von Deutschland ratifiziert. Sie fand Eingang in das BTHG und stieß breite Diskussionen zum Thema der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie an. In der Folge wurden die PsychHG / PsychKG der Länder fortgeschrieben.

Im Gesamtvorstand stellte Sabine Bernot vom Deutschen Institut für Menschenrechte die Grundsätze der UN-BRK vor. Sie forderte die Leistungsträger und Leistungserbringer auf, Autonomie und Selbstbestimmung umzusetzen und forderte Selbstbestimmung und Teilhabe statt Fürsorge ein.

Auf der Tagung im Juni 2022 unterstrich Prof. Dr. Antonio Brettschneider die Bedeutung der Autonomie und Selbstbestimmung für das Individuum als Sozialstaatsziel. Er verwies, ausgehend von Artikel 2 des Grundgesetzes, auf die Aussagen in den Sozialgesetzbüchern bis hin zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts mit dem Grundsatz »Unterstützen vor Vertreten«. In seinen Aussagen verwies er auch auf die Grenzen und Ambivalenzen der Selbstbestimmung.

Diese rechtlichen Grundsätze zur Selbstbestimmung und Autonomie finden sich in den fachlichen Empfehlungen wieder. So betont die S3 Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2019)« in der Empfehlung 1 Selbstbestimmung, Selbstbefähigung und Empowerment.

Auch in die S3 Leitlinie »Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2018)« finden die Grundsätze der UN-BRK Eingang. Ausgehend von den Empfehlungen der WHO »Guidance on community mental health services (2021)« sollen personenzentrierte, menschenrechtsbasierte und recoveryorientierte Ansätze gefördert werden.

Schlussfolgerungen:

- Förderung der Selbstbestimmung der psychisch erkrankten Menschen
 - Befähigung der psychisch erkrankten Menschen zur Selbstbestimmung; Wissen um die Rechte, Beschreibung des Hilfebedarfs und der gewünschten Hilfsangebote; Stärkung der Gesundheitskompetenz (health literacy) und der Teilhabekompetenz
 - Stärkung der Patient:innenrechte; Patientenrechtegesetz: Information, Aufklärung, Einwilligung, psychosoziale Patientenverfügung
 - Stärkung der Selbstbestimmung und des Wunsch- und Wahlrechts im Rahmen der Hilfeplanung
 - Vielfalt und Flexibilität der Leistungsangebote, Wahlmöglichkeiten

- Erstellung von Patient:innenleitlinien
- Perspektivenwechsel der in der Psychiatrie Tätigen
 - Haltungsänderung
 - Unterstützte Entscheidungsfindung
 - Gestaltung der Beziehung zwischen Patient:in, Klient:in und Mitarbeitenden, professionelle Nähe statt professioneller Distanz
- Alternativen zu Zwangsmaßnahmen, mildere Mittel
- Folie 26 »Selbstbestimmung: Grenzen und Ambivalenzen« des Vortrags von Antonio Brettschneider: Diese Grenzfragen begegnen uns im täglichen Handeln oder bei der Erarbeitung von Stellungnahmen. Die Sozialpsychiatrie darf die Fragen nicht einfach beiseitelegen, sie muss sich mit ihnen befassen und Standpunkte beziehen.

Was tut die DGSP?

- Wir begleiten die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland durch Teilnahme an Anhörungen, z. B. durch die »Monitoringstelle« des Deutschen Instituts für Menschenrechte.
- Wir weisen durch Stellungnahmen und bei Anhörungen auf die immer noch bestehende rechtliche und faktische Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen hin.
- Wir fördern den Austausch durch die Arbeit unseres Fachausschusses »Netzwerk Psychiatrie ohne Gewalt«
- Wir ermöglichen die Partizipation an allen Veranstaltungen der DGSP (Tagungen, Online-Fachgespräche, Fortbildungen) zu geringen Preisen
- Wir informieren in unseren Medien über aktuelle gesellschaftliche und politische Entwicklungen und erstellen zugängliche Informationsmaterialien.

Krankheitsbegriff, Krankheitsmodell

Auf der Tagung im Juni gaben Prof. Dr. Dirk Richter, Dr. med. Dr. P. H. Stefan Weinmann und Prof. Dr. Ullrich Bröckling und Karina Korecky wichtige Hinweise auf das Handeln der DGSP im Hinblick auf den Krankheitsbegriff.

Dirk Richter beschreibt in seinem Vortrag die Krankheitsmodelle in der Psychiatrie, stellt ihnen die Forschungsergebnisse entgegen und kommt zu der Aussage, dass die abgeleiteten Klassifikationssysteme nicht valide sind.

In der Sozialpsychiatrie herrscht das biopsychosoziale Modell vor. Es berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Variablen, die Ursachen und Verlauf der Krankheit bestimmen. Das Modell ist offen für unterschiedliche theoretische Ansätze. Nach Dirk Richter braucht die Sozialpsychiatrie kein eigenes Krankheitsmodell.

Ausgehend von der Betroffenenbewegung nimmt die Selbst-Deklaration psychosozialer Probleme durch Betroffene zu. Betroffene beschreiben sich einerseits als psychisch krank oder beeinträchtigt oder aber als nicht psychische erkrankt, sondern als anders, neurodivers, sie haben einen anderen Lebensstil, ... und sie brauchen Unterstützung, aber keine medizinische Behandlung. Für diese Personen muss der Zugang zu Leistungen gesichert sein.

Stefan Weinmann macht deutlich, dass Krankheitsmodelle und abgeleitete Diagnosen nicht schaden dürfen, sondern hilfreich sein müssen.

Karina Korecky beschreibt in ihrem Beitrag ausgehend von Interviews, wie psychisch erkrankte Personen mit der Diagnose, der Zuschreibung psychisch krank zu sein, umgehen. Sie unterscheidet drei Reaktionen: Krankheit als Degradierung (Verlust, Ausschluss), Entlastung (Selbsterkenntnis, Schutz) und Identifizierung (Merkmal, Zugehörigkeit).

Schlussfolgerungen:

- Wir brauchen für die Sozialpsychiatrie kein eigenes Krankheitsmodell.
- Wir orientieren uns am biopsychosozialen Krankheitsmodell.
- Anforderungen an das von uns angewandte Krankheitsmodell:
 - Selbstbestimmung und die Betonung des Erfahrungswissens werden den Umgang mit Diagnosen und Therapie verändern, deshalb muss das Krankheitsmodell offen sein und neue Entwicklungen integrieren.
 - Es muss für den Betroffenen hilfreich sein. Es darf nicht schaden.
 - Es muss Selbst-Deklaration ermöglichen.
 - Es muss den Zugang zu den Leistungen sicherstellen.
 - Es muss die Kooperation mit den Leistungsträgern und zwischen den unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Psychiatrie ermöglichen.

- Es muss kulturelle Kontexte berücksichtigen.

Was tut die DGSP?

- Wir stärken die Position der Betroffenen und sozialpsychiatrisch Tätigen durch politische Stellungnahmen.
- Wir sensibilisieren die Akteur:innen für den Diskurs und fördern den Austausch und zwischen allen Beteiligten, beispielsweise in Fortbildungen und bei Tagungen.
- Wir informieren über aktuelle Empfehlungen, wie z.B. den Stand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) und relevante gesundheitspolitische Entwicklungen.

Subjektorientierung, Erfahrungswissen

Ute Krämer wies in ihrem Vortrag bei der Tagung im Juni 2022 auf die Bedeutung des Erfahrungswissens der Betroffenen hin und forderte Mit-Sein und Mit-Wirkung der Betroffenen als Gleichwertige ein. Sie zeigte die Bedeutung des »Mit -Seins« und der »Mit-Wirkung« in der Sozialpsychiatrie an vielen Beispielen auf und machte deutlich, dass sich die Sozialpsychiatrie nur im Miteinander mit den Psychiatrie-Erfahrenen weiterentwickeln kann.

Schlussfolgerungen:

- Klare Aussagen zum Zusammenwirken mit den Psychiatrie-Erfahrenen. Förderung ihrer Eigenständigkeit (in diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Aussagen zum Trialog und im Rahmen des Dialogprozesses der APK)

Was tut die DGSP?

- Wir fördern den Trialog.
- Wir beziehen die Lebenswelten von Menschen mit eigener Betroffenheit in den Bildungsangeboten mit ein.

Partizipation

Für den Beitrag zur Partizipation war Elke Prestin vorgesehen. Elke Prestin war leider erkrankt. Ihr Beitrag ist ausgefallen.

Partizipation ist die Voraussetzung für die Umsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe.

Unsere vorläufigen Thesen:

- Wir müssen Partizipation auf den verschiedenen Handlungsebenen, der Mikro-, Meso- und Makroebene zum Thema machen.
 - Selbstbestimmung auf der Mikroebene:
 - Befähigung der Betroffenen, Befähigung der Mitarbeitenden, gute Rahmenbedingungen
 - Unterstützte Entscheidungsfindung, partizipative Entscheidungsfindung, shared care
 - Mitwirkung auf der Mesoebene, Handeln in Institutionen
 - Bürgerbeteiligung, Makroebene, gesellschaftliches Handeln
 - Methoden und Modelle der Bürgerbeteiligung übertragen auf das Handeln der Sozialpsychiatrie
- Ausgehend von dem Schwerpunktheft der Sozialen Psychiatrie 01/2022 »Partizipation- Haltungen, Erfahrungen, Konzepte, Projekte, Forschung« sollten wir Aussagen für die Sozialpsychiatrie entwickeln
- Weitere Fortbildungsangebote entwickeln, thematische Tagungen planen
- Einen entsprechenden Fachausschuss einsetzen

Was tut die DGSP?

- Wir unterstützen und fördern aktiv die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen in fast allen Gremien und bei den Veranstaltungen der DGSP.
- Wir veranstalten Kurzfortbildungen zum Thema Partizipation und Lebenswelten im Dialog.
- Wir fördern den Informationsaustausch und die Verbreitung partizipativer Ansätze, beispielsweise durch Themenschwerpunkte in unserer Fachzeitschrift »Soziale Psychiatrie«
- Wir unterstützen die Initiierung eines Fachausschusses Partizipation bei der nächsten Mitgliederversammlung.

Vernetzung, Kooperation und Koordination

Antonio Brettschneider hat in seinem Beitrag auf der Tagung 2022 die Probleme der Fragmentierung unseres Sozialstaates und die Folgen beschrieben. Die Fragmentierung des Sozialstaates führt zu einer segmentierten Problemwahrnehmung sowie segmentierter Verarbeitungs- und Entscheidungsstruktur: »Wichtige Problemaspekte bleiben unberücksichtigt, häufig wird ein und dasselbe Problem von mehreren Stellen mit unterschiedlichen Handlungsprogrammen bearbeitet; ... (Scharpf 1971)«. In der Folie 34 »Negative sozialpolitische Konsequenzen« beschreibt Antonio Brettschneider die Folgen für die soziale Arbeit. Sie verhindern, dass Leistungen umfassend und zügig erbracht werden können.

Schlussfolgerungen:

- Kooperation und Koordination sichern, Lösungen für die Probleme erarbeiten
Modelle zur Kooperation auf die Sozialpsychiatrie übertragen und Grundsätze formulieren; Auseinandersetzung mit den von Antonio Brettschneider aufgezeigten Netzwerkstrategien
- Modell des »gemeindepsychiatrischen Verbundes« weiterentwickeln
- Modelle zum GPV in den Bundesländern begleiten

Was tut die DGSP?

- Wir weisen durch Stellungnahmen und in Gremiensitzungen immer wieder auf die Missstände hin und machen Vorschläge auf politischer Ebene.
- Wir initiieren regelmäßig Netzwerkgespräche (DGPPN/ gesundheitspolitische Sprecher auf Bundesebene/ Gremien des DPWW/ etc.)
- Wir kooperieren im Kontaktgespräch Psychiatrie mit allen wesentlichen Verbänden.
- Wir kooperieren eng mit der BAG GPV.
- Wir fördern den fachlich übergreifenden Austausch auf Verbandebene, beispielsweise im Paritätischen Dachverband.

Alltags- und Lebenswelt, Normalität

Diese Schlüsselbegriffe stehen in engem Zusammenhang zu den Tagungsbeiträgen von Stefan Weinmann und Christine Schmid. Stefan Weinmann schlägt vor, »sich von der Polarisierung von Normalität und Abweichung zu verabschieden und mehr danach zu fragen, welche Ressourcen Menschen in spezifischen Lebenssituationen brauchen, um zu einer souveränen und befriedigenden Lebensführung zu gelangen«. Stefan Weinmann fordert eine Psychiatrie, die geprägt ist von Inklusion, Ressourcen, Krisenkonzepten, Resonanz und Kohärenz.

Schlussfolgerungen:

- Die Versorgungsstrukturen müssen grundsätzlich in Frage gestellt und verändert werden.
- Ansätze zur Weiterentwicklung wie Integrierte Versorgung, StäB oder ambulante Komplexleistungen könnten Schritte sein, aber sie werden unzureichend ausgestattet, beziehen nicht alle Arbeitsbereiche ein und leisten nicht die notwendige Vernetzung.

Was tut die DGSP?

- Wir fordern an unterschiedlichen Stellen eine erneute Bestandsaufnahme in der psychiatrischen Versorgung.
- Wir entwickeln politische Positionen zu ambulanten SGB V-Leistungen (APP, StäB, Soziotherapie, Komplexleistungen), zum Maßregelvollzug u.a.