

Reformbedarf in der Psychiatrie - Problemanzeige und Handlungsoptionen

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) fordert regelmäßige Berichte zur Lage der Psychiatrie, um Stillstand und Teillösungen mit einem Psychiatriebericht zu überwinden und die unvollendete Psychiatriereform weiterzuführen. Hintergrund dieser Forderung sind bestehende Mängel in der psychiatrischen Versorgung, die im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung zu beheben sind. Dem Thema inhärent ist die komplexe Problemstruktur, die in der Praxis vorzufinden und die bei einer Lösung zu berücksichtigen ist, will man über punktuelle Lösungsversuche - die oftmals neue Probleme generieren - hinauswirken.

Die nachfolgend benannten Problemstellungen bedingen sich teilweise bzw. stehen auf Grund der Komplexität in einem Wechselverhältnis. Lösungsschritte müssen daher umfassend und nachhaltig gegangen werden. Anzumerken ist, dass diese Problemdarstellung keine abschließende und allumfassende Bestandsaufnahme darstellt. Ziel dieser Auflistung ist es, für die Wahrnehmung der Mängel und deren Abhilfe i.S. der Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu sensibilisieren. Ein wesentlicher Schritt wird - wie von uns gefordert - die wiederkehrende Erstellung des Berichtes zur Lage der Psychiatrie sein.

Probleme von A – Z

- **Arbeit**

- **Die Rechte auf Arbeit und Rehabilitation (Artikel 26/27 der UN BRK) werden unzureichend umgesetzt**

Nach dem Teilhabebericht 2013 des BMAS geht etwa die Hälfte der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit nach. 20 Prozent sind in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig. 15 Prozent nutzen Hilfsangebote wie Tagesstätten.

Es gibt Hilfsangebote zwischen dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt und Angebote der Begleitung für Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese Angebote sind begrenzt und der Zugang ist eng reguliert.

Individuelle, bedürfnisangepasste Hilfen, die zur Arbeit am allgemeinen Arbeitsmarkt oder zu einer sinnhaften Beschäftigung führen, stehen nur begrenzt zur Verfügung. Die Möglichkeiten zum Übergang von der Werkstatt zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind unsicher und mit Risiken verbunden und in der Praxis derzeit nur für eine kleine Gruppe betroffener Personen möglich. Das Persönliche Budget, das individuelle Lösungen ermöglichen und ein Zusammenwirken der Leistungsträger sichern würde, wird nur im Einzelfall umgesetzt.

- **Chronifizierung und Hospitalisierung – trotz aller Reformen ein ungelöstes Problem**
Die Psychiatrie-Enquete thematisierte Hospitalisierung und Chronifizierung. Die Versorgungsstrukturen haben sich geändert, trotzdem führen auch die heutigen Strukturen der Psychiatrie zu Chronizität. Häufig wird Chronifizierung in Zusammenhang mit der Betreuung in Heimen beschrieben, aber auch Tagesstätten oder ambulante Wohnformen können zur Chronifizierung beitragen. Es sollten die Ursachen bestimmt und Gegenmaßnahmen entwickelt werden.
- **Erreichbarkeit - Viele psychisch erkrankte Menschen und ihre Bezugspersonen finden viel zu spät Hilfe.**
Es müssen Wege gefunden werden, wie Betroffene früher den Weg zu Hilfen finden. Die Wege müssen individuell, bedürfnisangepasst sein und Respekt für die subjektive Perspektive haben. Der Standard sollte sein, je früher, desto vorsichtiger. Hilfen sind oft nicht erreichbar, nicht passend oder nicht flexibel genug. Aber auch Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung hält die Betroffenen und deren Angehörige von dem ersten notwendigen Schritt ab. Diese Verzögerung hat schwerwiegende negative Folgen und führt unter anderem dazu, dass viele Betroffene ihre sozialen Bezüge verlieren, Familie und Freunde, Schule oder Arbeitsplatz.
Psychosen werden z.B. häufig viel zu spät erkannt. Zumeist vergehen 2 bis 5 Jahre bis zur Diagnosestellung und dem Beginn der Behandlung.
- **Experten aus Erfahrung, (*Experienced Involvement*) - könnten einen nutzerorientierten Perspektivenwechsel einleiten, aber ihre Ausbildung und Beschäftigung wird unzureichend gefördert.**
Die Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger erweitert das Wissen über psychische Erkrankungen und führt zu einem anderen Blick auf die Psychiatrie. Die Einbeziehung von Genesungsbegleitern lässt Behandlung und psychosoziale Hilfen wirksamer werden.
Es gibt vielfältige Projekte unter der Überschrift EX-IN in denen Psychiatrie-Erfahrene ausgebildet und beschäftigt werden. Eine regelhafte Einbeziehung findet bisher nicht statt. Viele Fragen sind nicht geregelt. Offen sind z.B. das Berufsbild oder die Einbeziehung in die Vergütungsvereinbarungen.
- **Forensik (die psychiatrische Maßregel)**
Die psychiatrische Maßregel nach § 63 StGB (im Jargon: Forensik) ist ein vor 80 Jahren ins Strafrecht eingefügtes kriminalrechtliches Instrumentarium, um krankheitsbedingt schuldunfähige Straftäter – länger als bei einer schuldangemessenen Strafe möglich – wegsperren zu können. Ihr Hauptzweck ist der Schutz der Allgemeinheit durch die Verhinderung neuer Straftaten. Hinzutreten haben Behandlungsangebote. Sie sollen dazu beitragen, die krankheitsbedingten Ursachen der Gefährlichkeit zu beheben oder wenigstens zu reduzieren, um eine Entlassung aus der geschlossenen Unterbringung zu ermöglichen.
Diese Aufgabe wurde dem psychiatrischen Krankenhaus zugewiesen. In der Enquete von 1975 hieß es über diesen Maßregelvollzug, er bilde die absolute Schlusslichtposition im Versorgungsbereich. Seither hat sich im Blick auf Therapieangebote und -möglichkeiten viel Positives getan. Für die Behandlung von

psychisch kranken, intelligenzgeminderten und persönlichkeitsgestörten Menschen mit erheblichen Delikten wurden in den Kliniken viele neue Mitarbeiter eingestellt. Sie leisten qualifizierte Arbeit, was sich an den geringen Rückfallraten tatsächlich entlassener Personen zeigt.

Dennoch werden seit Jahren eklatante Fehlentwicklungen immer deutlicher sichtbar: Die Festlegung der Durchführung der psychiatrischen Maßregel ausschließlich im psychiatrischen Krankenhaus hat diese Einrichtungen – nicht zuletzt auch angestachelt durch einen medial aufgeheizten Sicherheitsdiskurs – im Laufe der letzten 20 Jahre baulich zu Hochsicherheitseinrichtungen vergleichbar dem Strafvollzug werden lassen.

Vor allem dadurch wurde die Forensik von den positiven Veränderungen, die die allgemeine Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten erfahren hat, abgeschnitten. Wesentliche Indikatoren sind: vermehrte Zuweisungen zur psychiatrischen Maßregel, verringerte Entlassraten, dadurch steigende Bestandszahlen, erhöhter Platzbedarf, der nur durch Neubauten und zusätzliches Personal gedeckt werden kann sowie erheblich zunehmende Kostenlasten des Staates.

Organisatorisch-strukturell Lösungsmöglichkeiten:

Auch die Forensik muss über eine breite Palette von Sicherungs- und Behandlungsinstitutionen und -instrumentarien, vergleichbar denen der Allgemeinpsychiatrie, verfügen können: vom hochgesicherten Krankenhaus bis zu langfristig möglicher niedrigschwelliger ambulanter Begleitung, über Tageskliniken, Heime, Betreutes Wohnen, vor allem aber über eine leistungsfähige Forensische Ambulanz, die nicht (nur) Nach-Betreuung übernehmen darf, sondern integraler Teil der forensischen Versorgung ist.

Es muss ein in beide Richtungen gleitender und begleiteter Übergang zwischen stark gesicherten, geschlossen, offenen und ambulanten Versorgungsformen ermöglicht werden, der rasche Reaktionsmöglichkeiten auf gefährlichkeitsrelevante wie krankheitsbedingte Krisen ebenso zulässt, wie zügige Rücknahmen von nicht mehr erforderlichen Einschränkungen der Freiheit. D.h. es bedarf eines Vollzugs der psychiatrischen Maßregel "in einer verantwortlichen Hand".

Das teilweise nebeneinander Agieren von Führungsaufsicht, Bewährungshilfe und Forensischer (Nachsorge-) Ambulanz bzw. die zeitaufwändigen und fehleranfälligen case managements und Helferkonferenzen sind durch eine einheitliche Vollzugsverantwortung zu ersetzen, d.h. die bisherigen Aufgaben der Führungsaufsicht müssen originärer Teil der psychiatrischen Maßregel werden.

Rechtlich-normativ Lösungsmöglichkeiten:

In § 63 StGB ist die ausschließliche Zuweisung zu einem "psychiatrischen Krankenhaus" durch eine offenere Begrifflichkeit zu ersetzen, die es zulässt, die gesamte Breite der psychiatrischen Versorgungsangebote auch durch die Forensik in Anspruch nehmen zu können.

Eine institutionell – ohne Schutzbeeinträchtigungen – so "geöffnete" psychiatrische Maßregel bedarf nicht mehr der nachgehenden Führungsaufsicht. Deshalb sind die Personen, für die eine psychiatrische Maßregel angeordnet wurde, aus dem Katalog der der Führungsaufsicht unterstellten Personen in § 68 StGB herauszunehmen.

Damit wird auch die in § 67d Abs. 2 StGB vorgesehene Bewährungsaussetzung, die bisher als hohe Schwelle maßgeblich zu überlangen Verweildauern im geschlossenen Bereich beträgt, entbehrlich, da die psychiatrische Maßregel gleitend unterschiedliche Sicherungs- und Versorgungsinstitutionen in Anspruch nehmen kann.

- **Forschung**

Die Psychiatrie betreibt überwiegend Medikamentenforschung. Die Forschungsansätze der Versorgungsforschung grenzen wichtige Fragen aus.

Die DGSP fordert in ihren „Denkanstößen“*, dass sich die psychiatrische Forschung für die Interessen von Betroffenen und Angehörigen öffnet und ihre Forschungsansätze weiterentwickelt, z.B.

- mehr Forschung zu den Themen: Patientenzufriedenheit, Empowerment, Gesundheitsforschung, Lebensqualitätsforschung, Recovery
- mehr qualitative Forschung
- mehr partizipative Forschung
- mehr Transparenz in der Forschung

* <http://www.dgsp-ev.de/denk-an-stoesse.html>

- **Gesetzliche Betreuung**

Die Zahl der gesetzlichen Betreuungen hat seit der Einführung des Betreuungsrechts dramatisch zugenommen. Neben demografischen Gründen ist für den psychiatrischen Bereich festzustellen, dass es in etlichen stationären Behandlungseinrichtungen einen Automatismus zu geben scheint, den Herausforderungen durch „unkooperative“ PatientInnen mit der Beantragung einer rechtlichen Betreuung zu begegnen. Diese Situation führt bei vielen betroffenen Menschen zu einer unnötigen Einschränkung ihres Selbstbestimmungsrechts. Das fachliche Gebot „Verhandeln statt behandeln“ wird überwiegend nicht angewandt und damit Grund- und Menschenrechte der PatientInnen außer Kraft gesetzt.

- **Geschlossene Heime**

Trotz der Forderungen der UN-BRK nach Teilhabe und Achtung des Selbstbestimmungsrechts ist die Praxis der geschlossenen Heimunterbringung für Menschen mit „besonders herausforderndem Verhalten“ in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Dieser Art der Heimunterbringung findet oft in Einrichtungen statt, die von dem Lebensmittelpunkt der betroffenen Personen weit entfernt sind. Soziale Bezüge zum Herkunftsort und damit Bezugspunkte für eine Rückkehr werden somit gefährdet. Es fehlt eine einheitliche Datenerhebung der beschlossenen Unterbringungen in den Bereichen der PsychKG's und des BTG. Eine zeitlich möglichst kurz gefasste Dauer von Unterbringungsbeschlüssen ist notwendig, damit das Ziel der Beendigung dieser Form der Unterbringung von vorneherein in den Blick genommen wird, damit geschlossene Unterbringung die Ultima Ratio bleibt. Als erstes ist fest zu halten, dass Grund- und Menschenrechte auch hinter geschlossenen Türen ihre Gültigkeit haben.

- **Krankheitsverständnis**

Die Psychiatrie ist aktuell durch ein reduktionistisches Krankheitsverständnis geprägt.

Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bedeutet dies, dass das konstruktive Zusammenwirken von Behandlung und psychosozialer Unterstützung und die fachliche Ausrichtung auf Empowerment und Recovery deutlich zu kurz kommen bzw. nicht stattfinden. Dieser Umstand fördert die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und widerspricht damit den Anforderungen der UN-BRK. Es muss ein gemeinsames anthropologisches, psychotherapeutisches Krankheitsverständnis entwickelt werden. Dieser Entwicklungs- und Umorientierungsprozess ist „trialogisch“ zu gestalten.

- **Modelle der integrierte Versorgung (IV)**

Die Modelle zeigen auf, wie bedürfnisangepasste Behandlung Praxis werden könnte. Aber die Selektivverträge erreichen nur bestimmte Patienten und Regionen und Modelle nach § 64b SGB V werden nur in einigen Regionen umgesetzt werden.

Die Ziele der Integrierten Versorgung, die Sektoren ambulante und stationäre Behandlung zu überwinden, Alternativen zur Klinik anzubieten und Hometreatment zu ermöglichen, schließen an alte Forderungen der Sozialpsychiatrie an.

Jedoch haben nur Mitglieder der Krankenkassen aufgrund der Selektivverträge mit den Vertragspartnern Zugang zu dieser Versorgungsform. Die bestehenden Verträge sind unterschiedlich gestaltet. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der erbrachten Leistungen, des Krankheitsverständnisses und der Steuerung. In 2013 sind zusätzlich Modelle der Kliniken nach § 64b SGB V hinzugetreten.

Solche Modelle zur integrierten Versorgung führen zu Verwerfungen, da sie auf Konkurrenz und Wettbewerb zwischen Klinik und ambulanter Versorgung bauen und so die notwendige Zusammenarbeit belasten. Auch zwischen Behandlung und psychosozialer Versorgung ist die Zusammenarbeit zunehmend schwieriger.

- **Psychopharmaka: ein Werkzeug unter vielen - ihr Nutzen wird überschätzt, der mögliche Schaden unterschätzt!**

Patricia Deegan beschreibt in „Selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen:

„Psychopharmaka als ein Werkzeug unter vielen anderen, welche man einsetzen kann, um gesund zu werden“. Dieser hier formulierte selbstbewussten und – bestimmten Haltung steht ein reduktionistisches, biologisches Krankheitsverständnis entgegen, das auf medikamentöse Behandlung und Compliance setzt.

Mit dem „Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika“ hat die DGSP den Diskurs über wichtige Fragen der Psychopharmakotherapie angeregt. Im Dezember 2013 wurden diese Aussagen nach Auswertung aktueller Studien um 10 Kernaussagen erweitert. Es bleibt zu hoffen, dass Erkenntnisse hieraus in die „S3 Leitlinie Schizophrenie“, die derzeit überarbeitet wird, Eingang finden.

Die Patienten werden unzureichend aufgeklärt, bei dem Wunsch nach Reduktion der Medikamente unzureichend begleitet. Verhandeln statt Behandeln/partizipative Entscheidungsfindung sind noch lange nicht in der Praxis angekommen.

- **Pauschalierendes Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)**

Ein breites Bündnis von Fachverbänden, Vereinigungen der Zivilgesellschaft und Trägerorganisationen der Leistungserbringer lehnt die Einführung von PEPP in der aktuellen Form vehement ab!

Festzustellen ist, dass die Behandlungs- und Versorgungssituation für schwerstpsychisch erkrankte Menschen schon jetzt bedenklich ist. Diese Personen werden oftmals unzureichend behandelt aus den Kliniken in die dann überforderte ambulante Betreuungssituation entlassen. Die Folge: Die Praxis der geschlossenen Unterbringung dieser Personen in speziellen Heimeinrichtungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Auch mehrfache Aufenthalte in Kliniken der Allgemeinpsychiatrie schützen die Menschen nicht davor straffällig auffällig zu werden, mit der Folge, dann eingewiesen zu werden und so einer langandauernden und kostenaufwendigen Behandlung in den Kliniken des MRV zu bedürfen.

Mit der Einführung von PEPP in der bisher entwickelten Form wird sich die Situation der schwerst chronisch erkrankten Menschen weiter deutlich verschlechtern. Statt Inklusion, wie von der UN-BRK gefordert, findet so Exklusion statt! Dies kann nicht von der Politik ernsthaft gewollt sein!

Um diesem Mangel zu begegnen halten wir folgende Schritte für erforderlich:

- die Einsetzung einer Expertengruppe zur Überarbeitung eines veränderten Entgeltsystems in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik und die
- Einbindung alternativer, sektorenübergreifender und integrativer Behandlungsansätze in die weiteren Überlegungen,
- Sofortiger Stopp der weiten Umsetzung des PEPP.

- **Psychotherapie**

Die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist unzureichend.

Der Dachverband Deutschsprachiger Psychotherapie e.V. beschreibt die Versorgungsrealität in Deutschland wie folgt: „Wer eine schizophrene/ kognitive Psychose oder eine Depression/Manie mit psychotischen Spitzen entwickelt, bekommt nur selten eine adäquate psychotherapeutische Hilfe.“ Bei der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen klafft eine große Lücke zwischen Theorie und Praxis. Es gibt einen erheblichen Wissenszuwachs zu Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten, in der Praxis ist er jedoch nicht angekommen.

Die Psychotherapierichtlinien behandeln Psychosen als Randgebiet mit spezifisch zu begründender Indikation; in der Behandlungsleitlinie Schizophrenie muss Psychotherapie umfassender beschrieben werden; die niedergelassenen Psychotherapeuten müssen sich für die Behandlung von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen qualifizieren und öffnen.

Die Strukturvorschläge der GKV für ambulante Psychotherapie würden den Zugang zu Psychotherapie insbesondere für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung weiter erschweren.

- **Rechtsansprüche psychisch kranker Menschen auf psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie werden nicht umgesetzt**

Psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie sind als Leistungen im SGB V verankert. Die Leistungen werden jedoch nur in großen Städten angeboten. In kleinen Städten und im ländlichen Raum lassen sich die Leistungen aufgrund der Rahmenrichtlinien nicht wirtschaftlich erbringen.

Die IGES Studie* hat für die Soziotherapie aufgezeigt, wo die Ursachen liegen.

- **Stigmatisierung - schädigt die Identität und führt zu „zweiten Krankheit“**.**
Die Einstellung gegenüber Menschen mit Depression, Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit hat sich in den letzten 20 Jahren nicht verbessert. Gegenüber Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt waren, nahmen Angst und Ablehnung zu. (Untersuchungsergebnisse der Universität Leipzig, 2013)***.
Vor diesem Hintergrund müssen einerseits „Antistigma-Kampagnen von unten“, wie sie vom Verein „Irre menschlich Hamburg“ entwickelt worden sind, umfassend gefördert werden.

*<http://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_IGES-Gutachten_Modellprojekte_nach__64_b_2012_03.pdf)

** Asmus Finzen

*** http://www.zv.uni-leipzig.de/service/presse/nachrichten.html?ifab_modus=detail&ifab_id=4995

- **Zwang – die Würde des Menschen achten!**
Die Diskussion darf sich nicht nur auf das Thema Zwangsmaßnahmen begrenzen, sie muss umfassend geführt werden. Haltungen, Maßnahmen, Strukturen ... müssen entwickelt werden, die es vermeiden, dass psychisch kranken Menschen etwas gegen ihren Willen oder gegen ihre innerste Überzeugung aufgezwungen wird.
Die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes haben Normen für die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen gesetzt. Die Fachverbände, der Betreuungsgerichtstag, die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer haben Position bezogen.
Im Teilhabebericht 2013 des BMAS (Teilhabebericht 2013, S. 385) wird unter der Überschrift „Risiken der Fremdbestimmung und Exklusion“ die Beziehung zur UN BRK hergestellt und strenge Voraussetzungen für die Genehmigung oder die Anordnung von Zwangsmaßnahmen eingefordert. Die Ausgestaltung des Betreuungsrechts im BGB und den Psychisch-Kranken-Gesetzen müssen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit (Artikel 14 UN-BRK) beachten, was teilweise bereits geschehen ist. Ausgehend von den Urteilen und der UN-BRK müssen professionell psychiatrisch Tätige, Betreiber und Verantwortliche in Einrichtungen ihre Haltungen und ihr Handeln verändern. Der Verzicht auf eingreifende Mittel muss Eingang in die psychiatrische Praxis finden.

Köln , Montag, 28. April 2014

**Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.**

Der Vorstand