

Wahlprüfsteine der DGSP 2021

DGSP e.V.

Zeltinger Str. 9, 50969 Köln

info@dgsp-ev.de

Wahlprüfstein 1: Verzahnung der Hilfen

Aktuelle sozialpsychiatrische Handlungsweisen wie gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen im Lebensumfeld der Betroffenen, Integrierte Versorgung, verbindliche Kooperation, supported employment, stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld (StäB), Vermeidung von Zwang, Umwidmung von Ressourcen (ambulant vorstationär) usw. erfordern konsequentes politisches Handeln – in der Gesundheits-, Sozial-, Kommunal- und Wirtschaftspolitik.

Fragen:

Welche politischen und rechtlichen Rahmensetzungen werden Sie entwickeln und vorantreiben, um stärkere Anreize für Kliniken zur Umsetzung von StäB zu erzeugen, so dass alle Menschen in psychischen Krisen, die dies wünschen oder benötigen und wo es im häuslichen Rahmen möglich ist, stationsäquivalent im häuslichen Umfeld behandelt werden können?

Herzlichen Dank für Ihre Anfrage. Wir, von der sehr guten Partei die PARTEI, freuen uns schon jetzt darauf, im Jahr 2025 gemeinsam mit Ihnen das 50jährige Jubiläum der Psychatrieenquête zu begehen, zu deren Jubeltag Sie uns offensichtlich hiermit schon eingeladen haben. Fast 50 Jahre ist es nun schon her, dass die menschenunwürdigen Bedingungen, die Zeitgenossen der Kommission wohl als "lagerartig" beschrieben, beendet und in eine professionelle Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen münden sollte. Doch still ruht der See der politischen Umsetzungen, als sei "Die Hölle von Ückermünde" zu überwinden der letzte Höllenkreis gewesen, und wir nun alle im gesundheitspolitischen Paradies. Wo findet man solch eine politische Kontinuität heute noch? Die Berliner Mauer war schon nach 28 Jahren futsch, die intramurale Verwahrlosung, die nun auch extramural stattfindet, zeigt doch, dass Mauern nicht untergehen müssen, wenn man nur nicht will. Als Partei, die die Mauer wieder aufbauen möchte, begrüßen wir diesen Ansatz daher außerordentlich. StäB, da sind wir ganz sicher, ist ein wesentlicher Baustein zum Erreichen dieses großen Ziels, die Forderungen der Enquête zu bewahren bis zum Sanktnimmerleinstag, denn schon die Abrechnungsmodalitäten werden ja erst in 5 Jahren festgelegt. Gut Ding will Weile haben. Die Jubiläumsparty wird steigen, das ist gewiss.

Um Betroffenen den Zugang zur stationsäquivalenten Hilfe im häuslichen Umfeld zu erleichtern, werden wir die Anzahl der psychiatrischen Stationen erhöhen, sodass Betroffene gleich dort einziehen können. Frei nach Pippi Langstrumpf: Ich bin psychisch krank, das ist mein Heim, also ist es mein Heim für psychisch Erkrankte! Dank mangelhafter Wohnangebote für psychisch Erkrankte und die damit einhergehenden überlangen Verweilzeiten im stationären Rahmen oder der großen Anzahl an obdachlosen Betroffenen, können wir damit gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe schlagen. - Wenn wir eh nicht wissen wohin mit ihnen, dann bleiben sie halt da.

Alternativ forcieren wir die Ansiedlung von Betroffenen in direkter Umgebung zu stationären Angeboten, sodass das behandelnde multiprofessionelle Team von Station aus agieren kann. Das Ganze schont aufgrund kurzer Wege zusätzlich noch die Umwelt. Damit biedern wir uns ganz unauffällig bei den Grünen an, die Pflegenden ja in der Coronakrise raten, das Rad zu nehmen, um zur Arbeit zu kommen. Auch, wenn die das im Winter bei eisigen Temperaturen gar nicht witzig finden, weil sie sich die Mieten der kliniknahen Wohnungen schon lange nicht mehr leisten können. Win-win-win!

Für diejenigen, die die Idee suboptimal finden, sorgen wir natürlich auch. Im Sehnsuchts-Ort Schottland können Sie schon heute so arbeiten, wie hier nicht in 5 Jahren. Und wenn Sie schon dabei sind, nehmen Sie ihren zugeteilten Patienten gleich mit. Da können Sie ihre Arbeit so machen, wie sie gedacht war und die Leute bekommen endlich eine vernünftig umgesetzte Behandlung mit Konzept. Wir Deutschen haben in der EU lange genug unsere Macht versteckt, schließlich sind wir die unverzichtbare Nation, da werden sich die Tartan tragenden Teetrinker in ihren Highlands doch wohl an einer Handvoll highqualifizierter Experten nicht stören. Le dùrachan, Freunde. Dann wird uns auch niemand einen Vorwurf machen, dass wir wie im Mittelalter Stigmatisierte vor den Toren der Stadtmauern entsorgen würden. Dezentralisierung in seiner europäischen Bedeutung eröffnet ganz neue (räumliche) Dimensionen. Vor den Toren der Stadt im Grünen war gestern. Vor den Toren des Landes im Grünen ist heute. Hauptsache: aus den Augen, aus dem Sinn.

Verbindliche SGB-übergreifende Regelungen und Kriterien auf bundespolitischer Ebene sollten für die gemeindepsychiatrisch Tätigen Möglichkeiten eröffnen, diese bei der Umsetzung regionaler Angebote mit einzubeziehen. Was werden Sie tun, um die Verzahnung von gemeindepsychiatrischer Versorgung und Krankenhausleistungen ambulant und stationär im Sinne der Betroffenen und Angehörigen kontinuierlich zu gewährleisten?

Zu überlegen wäre hier eine gemeinsame Ansiedlung des Pflegefachpersonals mit den Betroffenen. Wohnraum könnte so vergünstigt angeboten werden und das überarbeitete Fachpersonal kommt so endlich in den Genuss die täglichen

Überstunden vom Homeoffice aus abzuleisten. Und wir fördern die Flexibilität eines jeden Konzepts- Minutengenau lässt sich im StäB-Konzept vorhersagen, wie lange eine Intervention dauert, und hier sehen wir die Chance. Die Minuten, die die StäB-Teams nicht in ihrer eigenen Häuslichkeit verbringen, sind dermaßen genau festgelegt, dass wir jedem Haushalt eines Mitarbeitenden einen Obdachlosen zuteilen werden. Dieser kann dann endlich auch in den Genuss kommen, stationsäquivalent behandelt zu werden, und die Buden der Mitarbeitenden stehen nicht sinnlos leer, wenn die den ganzen Tag unterwegs sind. Win-win-win-win!

Was werden Sie tun, um die regionalen Kooperationen und Versorgungsverpflichtungen für ein Gemeinwesen verbindlich zu regeln, z.B. durch die Verpflichtung zu Hilfeplankonferenzen und zur Schaffung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden?

Die bürokratische Ordnung, in der die Konzepte eingebunden sind, begrüßen wir in unserer Deutschen Ordnungsliebe sehr, jedoch setzen wir uns für eine Reduzierung der Komplexität ein. Damit keine weiteren Verbände nötig werden, fassen wir den ganzen Kladderadatsch unter dem Begriff "Hilfe hier und jetzt" zusammen, und lassen die Büros konsequent unbesetzt. Dazu ist es ja lediglich nötig, den SPD (sozialpsychiatrischen Dienst) in einigen Städten, wo er jetzt schon unbesetzt ist, umzubenennen. Das sind ja Kinkerlitzchen, mit denen Sie uns hier behelligen.

Eine einzige Verbundausnahme werden wir jedoch auf Biegen und Brechen etablieren: Politik muss endlich als psychische Störung anerkannt werden. Erst durch Anerkennung von politischem Gebaren als eine Erkrankung bei gleichzeitiger Entstigmatisierung können die Betroffenen (Politiker) in den Gemeinden den Hilfebedarf abdecken, ohne Konsequenzen fürchten zu müssen.

Das Bundesministerium für Gesundheit führt in dieser Legislaturperiode einen Dialog über die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen durch. Dieser Dialogprozess betrifft ausschließlich den Bereich des SGB V. Die Arbeit im Dialogprozess hat deutlich gemacht, dass der Dialog auf die Schnittstellen zu den anderen Sozialgesetzbüchern ausgeweitet werden muss, wenn eine Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen nicht wieder an der "Versäulung" innerhalb der Sozialgesetzbücher scheitern soll. Was werden Sie unternehmen, die Erweiterung des Dialogprozesses in dem dargestellten Sinn zu unterstützen?

Wir von der sehr guten Partei die PARTEI, haben an der guten, alten, sehr alten, sehr, sehr, sehr alten Idee, der krankheitszentrierten Herangehensweise nichts auszusetzen. Als Meister der uneigentlichen Sprache lehnen wir Konzepte ab, bei denen es „um den Menschen geht“. Deshalb fordern wir die Umbenennung des Sozialgesetzbuchs in Asozialgesetzbuch, um Ansprüchen besser begegnen zu können. Inhaltliche Änderungen werden nach unserer Regierungsübernahme von kompetenten Bankkaufmännern in ihren Berliner Villen, fernab des Pöbels, vorgenommen.

Krankheitszentriertes Vorgehen ist sinnhaft! Wir fragen SIE, wo kämen wir denn da hin, wenn wir Prävention, Rehabilitation, die sowieso unterfinanziert und überbelegt durch die ganzen Covidioten ist, Wohnangebote, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, SGB XI und XII mit an die Tische lassen würden, wo der Futternapf steht? Nachher bedienen sich die ganzen mittleren medizinischen Zweige wieder und salbadern was von "Professionalisierung" und "Bezahlung". Was Hierarchie ist, muss Hierarchie bleiben. Schließlich kann man sich das alles sparen, wenn nur eine Krankheit ordentlich behandelt wird.

Was werden Sie unternehmen, dass rechtlich geregelte Leistungsansprüche tatsächlich für Menschen mit einer psychischen Erkrankung umgesetzt werden? Rechtlich verbrieft Hilfen wie Teilhabeleistungen, Soziotherapie oder integrierte Versorgung werden in der Praxis nur unzureichend umgesetzt. Aus unserer Sicht stellen die starren Vorgaben und die unzureichende Beratung der Krankenkassen hohe Hürden zur Umsetzung dar. Diese Situation ist ein Missstand, der auch dazu beiträgt, dass insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen wegen fehlendem Zugang zu ambulanten Hilfen dann bei einer krisenhaften Zuspitzung ihrer gesundheitlichen Situation auf stationäre Angebote zurückgreifen müssen.

Wir verstehen hier Ihre Frage nicht. Wenn Menschen in einer Krise die Krise bekommen, weil sie sich in Ihrer Krise durch starre Vorgaben in einer Spirale der Ausweglosigkeit befinden und stationär aufgenommen werden müssen, dann unterhält sich das gewinnmaximierte Geschäftsmodell "Klinik" doch prima von alleine.

Wahlprüfstein 2: Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)

Das BTHG soll mehr Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe ermöglichen. Allerdings gibt es Anzeichen dafür, dass die Umsetzung die Intentionen des BTHG verfehlt.

Fragen:

Ziel der Gesetzgebung des BTHG war es, bundeseinheitliche Bedingungen für alle Anspruchsberechtigten zu schaffen. Bisher hat jedes Bundesland allerdings seine eigenen Regelungen getroffen. Was werden Sie tun, um den Auftrag des Grundgesetzes zu verwirklichen, bundesweit gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen?

Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe bilden die Grundpfeiler des Bundestages und seiner Lobbygruppen. Es scheint uns daher nur selbstverständlich deren Umsetzung zur Chefsache zu machen, sobald die PARTEI den Laden übernommen hat. Wir bestimmen selbst, wen wir im Kessel Bunten der Macht inkludieren und fordern Teilhabe an allem, was mit Kohle zu tun hat. Aber dass Bürokratie simplifiziert werden muss, sehen wir ein.

Wir von der sehr guten Partei die PARTEI, stehen dabei für eine Entflechtung der bestehenden Komplexität der Beantragungsprozedere der Eingliederungshilfe und haben das in unseren Gremien völlig auf das Wesentliche heruntergebrochen. Eingliederungshilfe lässt sich, sobald wir die Regierung übernommen haben, in allen Stadt-Landkreisen, Gemeinden, Bezirken, Bezirksämtern, kreisfreien Städten in allen Monaten mit „R“, außer an Vollmondtagen, Montags-Freitags in der Zeit von 08:30-11.45 für alle mit dem Buchstaben A-K im Vor-und-oder Nachnamen im Bürgermeisterbüro beantragen. In allen Monaten ohne „R“ dito für alle mit dem Buchstaben L-Z im Vor-und oder Nachnamen, dann jedoch in den Altersstufen 0-18 wie beim A-K Register und in der Altersstufe 19-99 nur, wenn der Saturn im dritten Haus des Wassermanns steht. Damit dürfte das ja wohl klar sein. Nach Ausstellung des Passierscheins A 38 natürlich. Über 100 ist halt nicht.

Was werden Sie tun, um mögliche negative Folgen, insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Trennung der Assistenzleistungen in sogenannte „einfache Assistenzleistungen“ und qualifizierte Leistungen zur Befähigung (§ 78 SGB XI) zu verhindern, da wir nach ersten Erfahrungen befürchten, dass die Bedarfe dieser Personen durch die Ausdifferenzierung diverser Assistenzleistungen qualitativ nicht angemessen erfüllt werden?

Na, Jungs und Mädels? War es schon spät in der Nacht und die Anfragen wurden nach einem Doppeldienst geschrieben? Wir fragen nur, weil Ihr da die falschen Sozialgesetzbücher geritten habt. Aber wir wollen mal nicht so sein und helfen Euch aufs Paragrafenroß. Zunächst ändern wir für Euch dann mal die Bezeichnung §78 SGB XI in §78 SGB IX. Zwinkermilie. Jedenfalls bis Pflege- und Assistenzroboter (im Verlauf dazu) verfügbar werden. Unser Mensch in China ist dran. Bereits im stationären Bereich müssen Pflegefachkräfte verschiedene Reinigungsarbeiten selbst übernehmen, da ausgebildetes Reinigungspersonal zu teuer ist. Auch im Assistenzbereich scheint hier eine Aufweichung der Grenzen zwischen Pflege und Hauswirtschaft angemessen. Zu Hause muss die Pflegefachkraft schließlich auch regelmäßig mal durchwischen und die Toilette reinigen. Irgendwie muss man die schließlich dazu kriegen, die Erfüllung zu finden, von denen wir immer reden. Allerdings scheint das Problem nur durch wesentlich größer zu denkende Maßnahmen wirklich vom nicht gewünschten Tisch kommen zu können.

Wir als PARTEI verstehen, dass die Differenzierung von Assistenzleistungen eine Hürde darstellt. Da sie jedoch nicht darin gesehen werden kann, dass die einfache Assistenz qualitativ unangemessen durch die Fachkräfte ausgeführt werden könnte, scheint es ein Problem mit der Ausführung der nichtfachlichen Assistenz zu geben. Das lässt sich nur lösen, wenn wir dafür sorgen, dass eine hochqualifizierte Fachkraft die Aufgaben ganzheitlich übernimmt. Die Ausbildungsreform der Pflege zur generalistischen Ausbildung sehen wir damit als gescheitert an. Wir werden alsbald ein generelles generalistisches Pflegestudium generale entwickeln, das alle Aufgaben der ABEDL gründlich miteinander vereint. Da Pflege in der Lage sein muss, auf die Bedürfnisse aller Menschen einzugehen, egal, wie sie gelagert sind, haben wir als Gesellschaft einen Anspruch auf eine umfassende Bildungsqualität unserer Pflegefachpersonen. Auch, wenn wir das sonst vehement abstreiten. Der Terminus Pflegefachperson wird zuerst durch den Begriff Pflegemensch ersetzt. Alsdann folgt neben dem pflegerischen Grundstudium, das auch die Inhalte AIS Pflege, Onkologie, Psychiatrie, Gerontologie und Pädiatrie enthält, ein weiteres Modul für Reinigungstätigkeiten, nachhaltiges kultursensibles Kochen in den Ernährungsstufen Carnivore, glutenfrei, vegetarisch, vegan, zuckerreduzierte Diät, eiweißreduzierte Diät, Pflege von Wellensittichen und Amphibien, dem Ausführen von Dackeln und der Pflege von Pferden im Besonderen, ökologische

Landwirtschaft unter Berücksichtigung von Terra praeta, Astrologie, Pädagogik, Quantenphysik, und Quantenchemie, IT und kultursensibles veganes Bienenzuchten. Von Aalräuchern bis Zuhause beatmen. Damit hoffen wir, endlich alles aus einer Hand anbieten zu können. Bei der Berechnung dieses Studienganges werden wir uns Bologna stellen müssen, weil dieses Studium sonst 37 Jahre dauern würde. Wir haben uns dem Problem der immensen Kosten anzunehmen. Pflege ist sowieso ein zu großer Kostenfaktor in der Versorgung von Menschen. Das beweisen die Stellenreduzierungen der letzten Jahre unter den DRG. Deshalb ist es unser Ziel, die Kosten in dem Bereich konsequent auszumerzen und Pflege gänzlich abzuschaffen. Das ist keine Utopie. Bei der Durchsicht der von uns genannten Tätigkeiten fiel uns nämlich zudem auf, dass das ganz normale Skills von Frauen in der Carearbeit sind. Da Pflege somit jeder kann, sahen wir zuerst die günstigen Gegebenheiten, das in ein Ehrenamt auszulagern, falls Leute ein zu gutes Herz oder Langeweile haben. Das Konzept geht zurück auf Deutsche Traditionen aus dem 19. Jahrhundert. Dann jedoch fiel uns auf, dass die etablierten Parteien uns da einen satirischen Streich gespielt haben, und es das Konzept "Ehrenamt vor Erwerbstätigkeit" im §78 schon gibt. Diese Schlingel.

Gesetzlich vorgesehene Gesamtplan- und Teilhabekonferenzen finden bundesweit kaum oder gar nicht statt. Damit fehlt eine Vernetzung der verschiedenen Leistungsträger und -erbringer, um die Anspruchsberechtigten bei der Wahrnehmung ihrer Rechte optimal zu unterstützen. Wie werden Sie das ändern?

Wir danken Ihnen für diese Frage und beantworten eine andere.

Personen, die das vom SGB IX erforderte „Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit“ unter den Arbeitsbedingungen ihrer Werkstatt nicht erbringen, werden von der beruflichen Förderung ausgeschlossen. Diese Förderung darf nicht an einer nicht möglichen Verwertbarkeit der Leistung dieser Menschen scheitern, da dies eine Diskriminierung darstellt. Was werden Sie unternehmen, um den betroffenen Menschen Rahmenbedingungen einer angemessenen Förderung zu bieten?

Wir diskutieren Ihren Ansatz in unseren Gremien kontrovers und intensiv, wobei wir im SGB IX verträumt vor uns her blättern. Unser Chef bat uns herzlich, uns wenigstens irgendwie am Arbeitsauftrag der PARTEI zu beteiligen, ohne uns oder andere zu gefährden. Wir fühlen uns seitdem, auf die von Ihnen hingewiesene Stelle sei Dank, diskriminiert. Danke für den Tipp. Aber es gibt einen Ausweg. Wie Sie sehen, bieten wir Betroffenen, die lediglich ein Mindestmaß an Anforderungen erfüllen, eine Karriere in der Politik.

Wahlprüfstein 3: Qualifiziertes Personal in der Behandlung.

Bei der Unterstützung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen kommt der Beziehungsarbeit, als zentrale Kategorie, eine bedeutende Funktion zu. Gute psychiatrische Unterstützung, Betreuung, Behandlung und Versorgung benötigt hierzu qualifiziertes und ausreichend vorhandenes Fachpersonal.

Der Abbau von und der allgemeine Mangel an Pflegefachkräften führt in der klinischen Behandlung zu einer Einschränkung und Vernachlässigung der Beziehungsarbeit. Hinzu kommt der in den letzten Jahren angewachsene Dokumentationsaufwand. Darauf führen wir neben anderen Einflussfaktoren die Zunahme von Zwangsmaßnahmen in Kliniken zurück. Mit der "Personalverordnung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie" (PPP-RL) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im August 2020 die adäquate Personalausstattung verfehlt, da nur Mindestvorgaben für die Personalausstattung vorgegeben werden.

Fragen:

Was werden Sie tun, damit die Sanktionsmechanismen der PPP-RL nicht die regionalen Klinik-Strukturen für Menschen mit psychischen Krisen gefährden?

Unsere erfahrenen Betriebswirte aus den klinischen Bereichen raten uns hier, die strenge Einhaltung der Mindestvorgaben des PPP-RL einzuhalten, in dem wir überschüssiges Personal innerhalb der Klinik Strukturen täglich neu verteilen. In einer süddeutschen Klinik fanden wir zudem zur prekären Personalsituation diesen Vorschlag, den wir Ihnen wärmstens an Herz legen. Diese wunderbare psychiatrische Klinik ist für uns in seiner Vorbildfunktion beispielhaft.

„Es ist jedoch wenig hilfreich seitens des Betriebsrates damit zu drohen oder gar aufzufordern, an die Aufsichtsbehörde oder die Presse zu gehen. Denn damit ist letztlich niemandem geholfen. Im Gegenteil, es verhindert, dass wir uns mit der wirklichen Lösung der Situation beschäftigen können. Wir bemühen uns über alle zur Verfügung stehenden Kanäle, neue Mitarbeiter für XXXXX zu gewinnen. Aber würden Sie sich bei einem Unternehmen bewerben, das von Ihrem Betriebsrat so in der Öffentlichkeit dargestellt wird?“

Anstatt also Sanktionen zu zahlen, weil in den Kliniken unter den menschenunwürdigen Umständen keiner arbeiten will, müssen Kliniken endlich lernen, sich ihrem Opferstatus zu stellen anstatt sich mit sinnlosen Maßnahmen, wie geregelten Arbeitszeiten, professionellen Bedingungen, Weiterbildungen, Unterstützung von Studiengängen oder gar dem Ausmerzen von Nurses eat their young- Culture zu überfrachten. Deshalb unterstützen wir Kliniken, aus dem obigen Textteil ein gelenktes Dokument im Qualitätsmanagement zu entwickeln, das jeder Mitarbeitende täglich zu unterschreiben hat.

Die Kliniken müssen nur schön den Druck auf die Pflegenden verlagern, so tun, als seien die Mitarbeitenden schuldig und unprofessionell und ihnen ein bisschen drohen. Dann fällt es auch gar nicht auf, wenn sie schreiben, dass es erst Ihre mittel-bis langfristigen Ziele sind, die Umsetzung der S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ wieder umzusetzen und dass sie hoffen, keiner merkt, dass Sie die Leitlinie AUSGESETZT haben. Es darf halt nur keinesfalls und unter keinen Umständen an die Öffentlichkeit kommen oder sich gar in der Beantwortung von öffentlich gestellten Fragen einer Fachgesellschaft auffinden lassen, gell? Dafür muss das Haus dann sorgen und den Aspekt der institutionalisierten Gewalt ein wenig weglächeln. Dann kann man in aller Ruhe ohne Fachpersonal das 1,3-1,5fache des Tagessatzes nach PEPP abrechnen und sich das Verdiente für die Sanktionen, die erst ab 2024 zum Tragen kommen, zurücklegen. Die Kohle, die man eigentlich für Fachpersonal ausgegeben hätte, versenkt man dann halt in den Sanktionen. Menschen am Bett festschnallen muss sich schließlich lohnen. Den Mitarbeitenden können die Häuser solange statt Lavendel lustige bunte Buttons spendieren, auf denen steht: „Ehrenpflegas <3 restraint“. Die verstehen sowieso nicht, was das heißt.

Eine Reduktion der Bettenanzahl können wir aus wirtschaftlichen Gründen nicht befürworten. Mindestvorgaben, vor allem die der Nurse-Patient-Ratio, sollten nie nach oben überschritten werden, sondern gelten, wie Geschwindigkeitsangaben auf Verkehrsschildern, als geltende Richtlinien. Eine Gefährdung von Patienten wirken wir indes vor, in dem wir therapeutisch wirksames Fachpersonal durch Hilfspersonal mit hohem Herzi-Herzi-Faktor austauschen und kostenlosen Kuchen verteilen. Nur Geduld. Die Ehrenpflegas kommen bald, auf deren Unfähigkeit zum Lösen von Situationen mit Konfliktpotential können Sie sich verlassen. Dann rollt der Rubel der PEPP für Fixierungsmaßnahmen.

Die von Ihnen angesprochene Situation des Dokumentierens ist indes unerträglich.

Die ursprüngliche Idee, geplante Pflege zu dokumentieren und mit den Menschen, die sie betrifft, zu besprechen, hat schon Politiker unter Antje Grauhan und Monika Krohwinkel furios gemacht. Dieser überhebliche Anspruch auf Wissenschaftlichkeit der Pflege ist mit uns nicht zu machen. Weg mit der Doku! Soll doch, statt einer umgesetzten Planung, jeder machen, was er will. Pflege, vor allem psychiatrische Pflege, ist viel lustiger, wenn jeder machen kann, was er will, niemand weiß, was letzte Nacht passiert ist oder wann jemand zuletzt gegessen

und getrunken hat. Und überhaupt gilt "Das haben wir schon immer so gemacht!", weil wir uns dann jedem Entwicklungsschritt entziehen können.

Wie werden Sie in Ihrer Funktion als politisch verantwortliche Mandatsträger*innen sicherstellen, dass Rahmenbedingungen bedarfsgerecht sind, dass somit ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht und dass hierfür ausreichende Finanzmittel zur angemessenen Bezahlung (Tarifentlohnung) bereit stehen?

Dank einer jahrzehntelangen kapitalistischen Führung können wir feststellen, dass die Rahmenbedingungen für die Führungen der Klinikunternehmen äußerst bedarfsgerecht ausfallen. Ein einfaches Betriebswirtschaftsstudium hat sich hier als ausreichend qualifiziert herausgestellt und zu übertariflichen Bezahlungen innerhalb der fachlich wichtigen Abteilungen beigetragen. Was die anderen Dödel angeht

Da uns die guten Ideen, wie „Schleckerfrauen in die Pflege“ oder „Nach Prostitution ist Pflege der nächste logische Schritt“ (2007) bereits vorweggenommen wurden, 300.000 Privathaushalte auch schon eine Polin oder Ukrainierin nach österreichischem Vorbild eingekellert, äh eingekerkert haben, junge Menschen vielleicht doch nicht so blöd sind wie Giffey's Ehrenpflegas, sehen wir eine letzte Alternative im Einfangen junger ausländischer weiblicher Erntehelfer. Besonders aus der spanischen Agrarindustrie. Die sind sexualisierte Gewalt schon von den Feldern gewohnt und somit äußerst belastbar diesbezüglich. Das ganze Geplärre von #Metoo in der Pflege und #respectnurses, nur, weil ein paar hundert bemitleidenswerte Kranke ihnen an die Ärsche fassen oder an die Brüste oder sich an ihnen reiben, fällt damit als Problem aus. Die lassen sich also wie geerntete spanische Orangenn auspressen und können die heiße Pflegekartoffel für uns Kartoffeln aus dem Feuer holen. Damit dürfte auch Erwin Rüdell einverstanden sein (die CDU könnte unser Steigbügelhalter werden, das darf man nicht außer Acht lassen) , der ja möchte, dass Pflege gut über ihren Beruf redet. Denn wenn wir ihnen konsequent keinen Deutschunterricht erteilen, merkt man hierzulande gar nicht, wenn die sich beschweren. Deal? Da bekommt „Pflegeroboter“ gleich ne neue Bedeutung. Robotota, tawarischtsch. Arbeite, Kollege.

Wie werden Sie sich dafür einsetzen, dass eine Fachkraftquote an fachweite gebildeten oder studierten psychiatrisch Pflegenden von 30-50 Prozent sichergestellt ist, um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten und dadurch Zwangsbehandlungen zu vermeiden?

Aus wirtschaftlichen Gründen senken wir die allgemeine Pflegequote der Pflegebedürftigen auch auf 30-50 Prozent. Ein Studium oder eine Weiterbildung im Bereich von BWL kann im Pflegebeantragungsverfahren bevorzugt berücksichtigt werden.

Ebenso verweisen wir auf unsere Ausbildungsreform zum Pflegemenschen im Rahmen eines Studium Generale, geben aber zu bedenken, dass das Studium für sich noch kein Garant für eine hochwertige Versorgung ist. Tatsächlich müssen diese Leute dann auch eingestellt, äh ehrenamtlich verpflichtet werden. Das hat doch 1900 auch geklappt und kann so schwer nicht sein. Als PARTEI schauen wir dabei skeptisch auf die EU, in deren anderen Ländern das Studium in jeglicher Form die Ausbildungsnorm ist. Die sind doch genauso verzweifelt, weil dann plötzlich statt netter Frauen irgendwelche übergeschnapten Feministinnen in den Betrieben stehen und sagen, sie seien jetzt Akademiker:innen und wollen bezahlt werden. Wir verweigern uns dem strikt. Pflegende müssen eierlegende Wollmilchsäue unter dem Deckmantel der Nächstenliebe zu Mindestlohnbedingungen bleiben. Die dürfen gar nicht merken, dass Utilitarismus Trumpf ist und wir sie nur veräppeln.

Was planen Sie, um ausgebildete Expert*innen aus Erfahrung in psychischen Krisen stärker in die Versorgungsstruktur einzubinden?

Eine regelmäßige Fortbildung im Bereich des wirtschaftlichen Arbeitens scheint hier unabdingbar.

Wir als sehr gute Partei die PARTEI sehen da aber auch ein unfassbar schlecht ausgeschöpftes Potential. Die meisten Pflegenden erkranken innerhalb ihrer Laufbahn an psychischen Erkrankungen und verlassen den Beruf, um vornerum als Patient*innen wieder in die Kliniken hereinzuspazieren. Ehemalige Krankenpfleger*innen, also Ex-Ex, die sich dauerhaft in Behandlung befinden, als Ex-Ex-In, könnten sofort nach Eintritt jeglicher Besserung in den Häusern verbleiben und dort wieder tätig werden, bis sie wieder als Patient*innen auf der Station verbleiben. Daraus ergäbe sich ein Rotationsprinzip. Mal sind die einen krank, mal die anderen. So bekäme auch endlich jeder Pause, man würde sich gut untereinander kennenlernen. Deshalb favorisieren wir den Typus Mutterhäuser, bei dem die Pflegefachpersonen gleich auf dem Gelände bleiben. Andere soziale Rollen lohnen für die ja sowieso nicht. Zusammen mit den Ex_ins, Ex-Ex-Ins und -outs befände sich Geld verdienen und Geld für Fachkräfte sparen in einem marktgerechten Kreislauf. Sie könnten dann natürlich im Laufe ihrer Erkrankung auch im Rahmen des SGB IX ein Mindestmaß an verwertbarer Arbeit leisten. Wir sehen die Möglichkeit, sie in den Stationsküchen, Wäschereien, Spülräumen und bei outgesourcten Gebäudereinigungsfirmen unterzubringen. Alles andere wäre ja Diskriminierung, sagten Sie?

Wahlprüfstein 4: Begleitung und Behandlung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen.

Trotz eindeutiger Empfehlungen der psychiatrischen S3-Leitlinien werden Menschen mit psychiatrischen Diagnosen aus unserer Sicht zu häufig ausschließlich medikamentös behandelt.

Die DGSP erhält ständig Anfragen nach Therapeut*innen, die Menschen mit psychischen Leiden beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka begleiten können und dazu befähigt sind.

Fragen:

Wie werden Sie im Rahmen Ihrer politischen Gestaltungsmöglichkeiten darauf hinwirken, dass alternative Behandlungswege verstärkt und flächendeckend aufgebaut und ermöglicht werden (psychosoziale Hilfen, psychotherapeutische Hilfen)? Dass Strukturen und Abrechnungsmodalitäten geschaffen werden, um Therapeut*innen Anreize zu schaffen, Menschen mit seelischen Erkrankungen beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka zu begleiten?

Nach einigen Studien zeigt sich die nachhaltige Wirkung durch die Beratung über social Media oder die Friseurin der Tante der Nachbarin der Cousine zweiten Grades. Eine deutliche Steigerung der Kassenzulassung von Psychotherapeuten oder eine Ausweitung der psychosozialen Strukturen scheint uns im Zeitalter der Youtube-Universitäten und Heilpraktiker hinfällig.

Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen über nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten Leitlinien-gerecht aufgeklärt werden? Wie werden Sie ermöglichen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeinsam mit therapeutischer Hilfe standardmäßig im Sinne des „Gemeinsam klug entscheiden“ einen Behandlungsplan erarbeiten und abstimmen?

Vielen Dank für diese Frage. Wir möchten sie gerne an die Verfasser der S3 Leitlinie weiterreichen. Um aber dem Anspruch gerecht zu werden, legen wir zusätzlich in jeder von uns initiierten und nicht besetzten "Hilfe hier und jetzt" Stelle Ethan Waters: "Crazy like us" aus.

Dass Insass*innen von Justizvollzugsanstalten mitbehandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen Zugang zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bekommen, die ihnen außerhalb des Strafvollzuges zur Verfügung stehen würden?

Dieses Problem sollte sich leicht lösen lassen. Wenn Insassen einer JVA es schaffen, die §20 und §21 StGB, sowie §63 oder §64 StGB zu bedienen, kann von Staats Wegen ein primär unbegrenztes therapeutisches Angebot gemacht werden. Dies findet indes in überschaubaren Gruppen unter intensiver Betreuung qualifizierter Fachkräfte statt. Sollte sich hier, hinter den Mauern, ein Bereich aufgetan haben, in dem es etwa noch nicht zur intramuralen Verwahrlosung kommt? Lassen Sie uns das gemeinsam ändern.

Wahlprüfstein 5: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Immer noch werden in der Psychiatrie zu viele Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen zwangsweise vorgenommen. Hier sehen wir die dringende Notwendigkeit, solche Maßnahmen auf ein unumgängliches Mindestmaß zu reduzieren.

Um die Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegen ihren Willen zu vermeiden, muss die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ strikt eingehalten werden.

Fragen:

Zur Vermeidung von Zwang ist eine Stärkung von Gesundheitsämtern und Krisendiensten unerlässlich. Gerade die Gesundheitsämter leiden unter massivem Personalmangel. Was werden Sie tun, um die Gebietskörperschaften bei der Schaffung besserer Rahmenbedingungen zu unterstützen und die Strukturen zum Auf- und Ausbau von regionalen psychiatrischen Krisendiensten zu stärken?

Wir finden, jetzt sind wir mal mit einer Frage dran:



Was sehen Sie hier?

Was werden Sie tun, damit alle im Gemeinwesen zuständigen Akteure (Gesundheitsamt mit Sozialpsychiatrischem Dienst, Sozialamt, Richter*innen, Polizei, Ärzt*innen, Leistungsanbieter, rechtliche Betreuer*innen, u.a.) ihre Verantwortung voll wahrnehmen und im Einzelfall kooperativ und zuständigkeitsübergreifend arbeiten?

Übergreifende Praktika oder verpflichtende gemeinsame Fortbildungen können hier keinesfalls helfen. Eine strikte Trennung der Gebiete und Kompetenzen muss hier stets gewährleistet werden. Wo kommen wir hin, wenn Polizisten plötzlich Praktika im Bereich der Psychiatrie ableisten, oder psychiatrische Pflegefachpersonen wichtige Positionen einnehmen und das vielleicht sogar in Gesundheitsämtern? Als radikale Partei der Mitte sagen wir Ja zur Erneuerung und Nein zur Veränderung fehlerhafter Strukturen.

Was werden Sie tun, damit Träger der psychiatrischen Versorgung und Gerichte, die Zwangsmaßnahmen beschließen, verpflichtet sind, Anzahl und Art der Zwangsmaßnahmen zu erfassen und diese regelmäßig zu veröffentlichen?

Hier können keinesfalls zentrale Stellen für eine statistische Erfassung und Auswertung der Zwangsmaßnahmen gebildet werden. Eine Erfassung und Kontrolle über die Gerichte, Kliniken oder gar Kontrollkommissionen der einzelnen Länder hätte klar zur Folge, dass sich Klinikbetreiber abseits dem Schaffen schwarzer Zahlen um die Belange von Patienten und Personal kümmern müssten. Dies kann doch niemand wollen!

Wahlprüfstein 6:

Einbezug von Expert*innen aus Erfahrung In allen psychiatrischen Bereichen sollten Expert*innen aus Erfahrung eine besondere unterstützende Rolle im professionellen Team haben, um erkrankte Menschen in Krisen und auf dem Genesungsweg begleitend zu unterstützen und ihr besonderes Erfahrungswissen einzubringen.

Fragen:

Wie werden Sie Ihr Mandat nutzen, um eine flächendeckende Unterstützung von Expert*innen aus Erfahrung in allen psychiatrischen Bereichen zu ermöglichen? Wie stellen sie sicher, dass es allen interessierten und geeigneten Personen finanziell ermöglicht wird, eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme zu absolvieren?

Aus unserer Sicht löst sich dieses Problem in den nächsten Jahren selbst. Bis dahin haben dann alle Pflegenden Coolout, Burnout, Stress, moral injury, und sind krankgeschrieben. Die können sie dann gleich als Patienten vorne wieder zur Tür reinlassen, wenn sie hinten zur Tür krank rausgegangen sind. So macht man Geschäfte. Das nennen wir dann Ex-Ex-In (Ex Examierte wieder rein). Das wird prima. Dieses Personal bietet somit nicht nur eine wissenschaftliche Fachkompetenz,

sondern kann gleichzeitig als Experte aus Erfahrung in der Patientenversorgung agieren. Einer zusätzliche Mischfinanzierungsoption mit Abrechnungsfähigkeit über Kranken- oder Rentenkassen oder Sozial-, bzw. Gesundheitsämter kann somit effektiv entgegengewirkt werden.

Aus unserer Sicht sollte eine angemessene Finanzierung der Stellen von Expert*innen aus Erfahrung im Umfang von zehn Prozent zusätzlich zum bestehenden Stellenschlüssel ermöglicht werden. Werden Sie diese Forderung der DGSP unterstützen und wenn nicht, wie stellen Sie sich einen anders gestalteten strukturierten Einbezug vor?

Wahlprüfstein 7: Soziale Dimension psychischer Erkrankungen Psychische Erkrankungen sind besonders bei chronisch erkrankten Menschen mit materieller Verarmung verbunden.

Armut ist als hohes Exklusionsrisiko anzusehen. Die Missstände wurden während der Corona-Krise besonders deutlich.

Fragen:

Wie können präventive Beratungsangebote in kommunaler Trägerschaft dem entgegenwirken? Wie werden Sie der Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entgegenwirken bzw. sich im Sinne der UN-BRK für diesen Personenkreis stark machen?

Aus Tradition und wirtschaftlichen Faktoren hält der deutsche Politiker nicht sehr viel von Prävention. Auch wenn Studien zeigen mögen, dass im Bereich psychischer Erkrankungen Prävention auf lange Sicht zu verbesserten Verhältnissen und sinkenden Zahlen führen würde, kann es nicht in unserem Sinn als Oppositionspartei sein mit den gesellschaftlichen Gewohnheiten zur Ausgrenzung von psychisch Erkrankten zu brechen. Als Kompromiss bieten wir hier eine Gegenfinanzierung über unsere Forderung der allgemeinen Einkommensobergrenze. Von Armut bedrohte oder betroffene Personen können so, unabhängig ihres psychischen Status, am Reichtum anderer teilhaben.

Vorstellbar wäre hier natürlich auch eine sozial-religiöse Lösung über Karmakonten. Je höher das Einkommen, desto größer der Karma Verlust pro Jahr. Jede nicht erfrorene oder verhungerte Person oder nicht anderweitig durch Armut zu Schaden gekommene Person füllt das Karmakonto reicher Bonzen und Politiker auf. Friedrich Merz als Mittelständler muss hier natürlich ausgenommen werden.

Wir begrüßen es aber, dass Sie die Probleme wie Armut und Altersarmut in der Pflege ansprechen. Das planen wir durch eine Erhöhung des Flaschenpfands zu lösen und setzen uns auch für einen Pfand auf den Mercipackungen ein. Dann lehnen die Pflegenden das Zeug endlich nicht mehr ab, sondern freuen sich wieder gerührt darüber. Wie früher.

Wahlprüfstein 8: Wohnen als Menschenrecht gewährleisten.

Die anhaltende Entwicklung in den Wohnungsmärkten, nicht nur in den Großstädten, sondern auch in zahlreichen ländlichen Bereichen, verdrängt viele Menschen aus ihren angestammten heimischen Quartieren. Besonders Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden unter der Verknappung und Verteuerung des Wohnraums und sind von Wohnungslosigkeit bedroht.

Fragen:

Welche Maßnahmen werden Sie ergreifen, um das Menschenrecht auf Wohnen zu gewährleisten?

Pflege und Menschen mit psychischen Erkrankungen haben mehr Schnittmengen, als die Diagnosen, merken Sie das auch beim Lesen? In Coronazeiten rieten die Grünen den Pflegenden, man solle einfach das Rad nehmen. Vielleicht sollten wir alle das Rad nehmen, weil wir uns das Wohnen nicht mehr leisten können oder Sie greifen die Idee mit den Mutterhäusern nochmal auf. In Wien lebten Krankenschwestern ja nicht ohne Grund im Narrenturm, als modernere Psychiatrien geschaffen wurden. Wir könnten gemeinsam Wohnungen trockenwohnen. Aus diesem Konzept ist der ASB entstanden, und der hat es doch auch geschafft.

Es wird dringend mehr sozialer Wohnungsbau benötigt. In welchem Rahmen werden Sie Anreize schaffen, damit die Kommunen für alle Menschen adäquaten und bezahlbaren Wohnraum zur Verfügung stellen?

Mit welchen Mitteln werden Sie inklusives Wohnen in allen Gemeinden gewährleisten und somit auch Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglichen, an dem Ort zu leben, an dem sie es wünschen, so wie es die UN-BRK zusichert? Das bezieht sich auch auf diejenigen, die bereits von Wohnungslosigkeit betroffen sind.

Vielen Dank, diese Fragen konnten wir bereits erfolgreich in Punkt 1. beantworten.

Wahlprüfstein 9: Menschen mit Fluchterfahrung – Migration

Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten nehmen das Recht in Anspruch, in Deutschland nach gelungener Flucht aus ihren Heimatregionen Asyl zu beantragen. Eine Vielzahl dieser Menschen ist durch die äußerst schwierigen Bedingungen in ihren Heimatländern und durch die Fluchterlebnisse in ihrer psychischen Gesundheit angegriffen und bedarf fachlich-medizinischer und psychosozialer Hilfen. Unterbringung und Aufnahmeverfahren entsprechen nicht der EU-Aufnahmerichtlinie und den allgemeinen Menschenrechten.

Fragen:

Wie werden Sie Ihre politischen Gestaltungsmöglichkeiten nutzen, damit Deutschland seiner menschlichen und rechtlichen Verpflichtung nachkommt und durch Aufnahme von Menschen aus unwürdigen Lebenssituationen in Flüchtlingsunterkünften hier Schutz und Sicherheit bietet, damit alle Menschen mit Fluchthintergrund eine angemessene, barrierefreie medizinische Versorgung erhalten? Um den oftmals zutiefst traumatisierten Kindern und Jugendlichen unverzüglich die benötigte Hilfe und Behandlung zukommen zu lassen? Damit psychologische Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen bei der Erstellung von Gutachten wieder zugelassen sind? Damit qualifizierte Dolmetscher*innen für alle Hilfesuchenden finanziert werden?

Nachdem wir eine nahezu repräsentative Studie bei Absolventen der renommierten YouTube Universität in Auftrag gegeben haben, konnten wir die Wünsche der Bürger ermitteln und fischen damit politisch ungeniert am rechten Rand. Die meisten wünschen sich, sich oder ihre lieben Anverwandten von diesen Menschen pflegerisch versorgt zu wissen und wir möchten gerne auf deren Bedürfnisse eingehen. Stellen doch die Geflüchteten, genau wie die Erntehelfer auf spanischen Feldern, eine massive Human Ressource für unser generalistisches generelles Studium Generale zum Pflegemenschen dar und bringen die nächste Generation gleich mit. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege ähneln den Lebensbedingungen, aus denen die Geflüchteten kommen. Lange Wege, Krieg untereinander, Hunger durch Doppeldienste ohne Pause, Gewalt oder/und ein Leben unter diktatorischen Umständen durchgeknallter männlicher Führer, die sich selbst die Taschen füllen und mit allem um sich schießen, was der Markt zu bieten hat. Somit haben Bürger mit Migrationshintergrund mitunter ihre psychische Widerstandsfähigkeit mehrfach unter Beweis gestellt und sind durch die Schule des Lebens befähigt, auch in neuen, unbekanntenen Situationen, wie zum Beispiel im Pflegealltag effizient zu handeln. Fluchtzeiten sind Ausbildungszeiten! Sobald wir das Ruder in der Hand haben, werden wir Kara Tepe deshalb in "Exzellenzcluster Pflege" umbenennen, denn nirgendwo sind die spezifischen Ausbildungsmerkmale so grandios, wie in diesem europäischen Schatzkästchen der Menschlichkeit. Wer ab seinem dritten Lebensjahr mehrfach suizidal war, autoaggressiv, traumatisiert und hospitalisiert, zeitgleich den Rest seiner Familie von all dem versucht hat, abzuhalten, während er mit einfachsten Mitteln Krätze behandelte, dem macht doch in Somatik und Psychiatrie hier keiner mehr was vor. Wenn diese kleinen Menschen in 13-16 Jahren dann an unserer Grenze stehen, ist das Studium zum Pflegemenschen perfekt abgeschlossen und sie können unserem Rotationsprinzip problemlos inkorporiert werden und sofort zum Nachtdienst antreten. Und das ganze Studium hat uns nicht einen Cent gekostet. Die Effizienz des Studiums liegt, wie wir bereits ausführten, in seinen nicht vorhandenen Kosten und erspart uns, Geld für Ausbildung in die eigene Hand nehmen zu müssen. Diese Ausgaben kann die europäische Wertegemeinschaft schließlich nicht aus eigener Kraft gewährleisten.

Wahlprüfstein 10: Zugang zu Arbeit und Beschäftigung.

Arbeit hat für die meisten Menschen einen zentralen Stellenwert. Die Arbeitslosigkeit behinderter Menschen ist jedoch deutlich höher als die der nicht behinderten Menschen und Menschen mit psychischen Störungen werden häufiger als Menschen mit somatischen Erkrankungen ohne Rehabilitationsversuche berentet – obwohl das Prinzip „Reha vor Rente“ gilt. Über die Hälfte der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder seelischen Behinderungen ist ganz ohne Arbeit oder Beschäftigung.

Es fehlt in vielen Regionen an Schnittstellen zwischen klinischer Behandlung, beruflicher Rehabilitation und der Arbeitswelt. Differenzierte Angebote, die auf die Bedürfnisse auch schwer psychisch erkrankter Menschen abgestimmt sind, bleiben die Ausnahme. Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsplätze oder der beruflichen (Wieder-)Eingliederung werden aufgrund kürzerer Verweildauern immer seltener durch psychiatrische Kliniken eingeleitet.

Fragen:

Wie werden Sie Ihr politisches Mandat nutzen, um die berufliche Exklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung zu beenden und sicherzustellen, dass diese Personen ein Angebot für Arbeit und Beschäftigung bekommen? Um auch nicht erwerbsfähigen Menschen mehr Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt durch forcierte Nutzung des Budgets für Arbeit und (Aus-)Bildung durch Einsatz auch schon im Berufsbildungsbereich, für Teilnehmende in Tagesstätten und/oder zur Arbeitsplatzsuche zu sichern? Um die nachhaltige und ausreichende Förderung von Inklusionsfirmen sowie die Harmonisierung ihrer sozialrechtlichen und steuerrechtlichen Regelungen sicherzustellen? Um die Weiterentwicklung der Werkstätten für behinderte Menschen und den Aufbau der anderen Leistungsanbieter (SGB IX) zu ermöglichen? Um Übergänge zu erleichtern und Schnittstellen zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringenden und dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbessern? Um Zuverdienstprojekte für psychisch erkrankte Menschen, für die eine Tätigkeit in einem Betrieb oder einer WfbM nicht infrage kommt, zu fördern und dafür eine sichere Rechtsgrundlage zu schaffen?

Wir verweisen an dieser Stelle auf unser Projekt "Rotationsbetrieb"

Wahlprüfstein 11: Psychiatriebericht

Wiederholt wurde von der DGSP gefordert, dass eine regelmäßige Berichterstattung, mindestens einmal in jeder Legislaturperiode, über die Situation in der Psychiatrie in Deutschland erfolgen soll. Ein Bericht sollte folgende Daten und Aussagen zu folgenden Bereichen enthalten:

Sozialepidemiologische Daten, die einen Überblick über Prävalenzen und Inzidenzen psychischer Krankheiten (inklusive Suizidraten) erlauben. Regionale und soziale Verteilungen hierbei sind zu berücksichtigen. Integrierte Daten zur Bereichs- und sektorübergreifenden Versorgungssituation sollen auch einen regional orientierten Überblick erlauben. Die Berichterstattung soll sich nicht nur auf die stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung psychisch erkrankter und behinderter Menschen beziehen, sondern insbesondere integrative Behandlungsformen (z. B. StäB, IV) oder auch nicht ärztliche Behandlungsformen (Soziotherapie, APP; Ergotherapie) erheben. Neben Verbundstrukturen müssen vor allem auch kommunale Dienste (SpDi, KBS, Krisendienste), rehabilitative und teilhabeorientierte (Teilhabe an Arbeit, soziale Teilhabe) Strukturen einbezogen werden sowie auch die Selbsthilfe. Besondere Schwerpunkte sind dabei zu legen hinsichtlich der Entwicklung von Psych-KG- und BGB-Unterbringungen sowie von Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierungen). Auch die Entwicklung des Pflegebereiches sowie der gesetzlichen Betreuungen sind neben denen in der Forensik und des Justizvollzuges zu beachten.

Ein besonderes Gewicht ist auf eine Berichterstattung hinsichtlich der Lebenslagen bzw. Lebens- und Teilhabesituation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen zu legen. Hier liegen bisher keine validen Daten vor, da die Betroffenen zum großen Teil systematisch aus den entsprechenden Panels ausgeschlossen werden. Das muss sich dringend ändern. Eine integrierte, auch qualitativ orientierte sozialpsychiatrische und nutzerorientierte Forschung findet nicht in erforderlichem Ausmaß statt. Das betrifft insbesondere sozialepidemiologische Untersuchungen wie auch Forschungen zu Lebenslagen. Entsprechend der „Greifswalder Erklärung“ vieler Fachgesellschaften ist eine unabhängige Forschung zu gewährleisten und angemessen staatlich zu fördern.

Ok, Cool.