

## 10. Psychiatrische Pflege im psychosozialen Kontext

### Daran nehmen wir Anstoß:

Teams im ambulanten und komplementären Bereich sind zunehmend nicht mehr multiprofessionell zusammengesetzt. Die Spezialisierung und sich abschottende Professionalisierung unterschiedlicher Berufsgruppen gestaltet sich mehr und mehr nach Versorgungsbereichen und Kostenträgerschaft. Damit wird den Betroffenen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld ein umfassendes, ganzheitliches fachliches Angebot vorenthalten.

Besonders deutlich wird dies an der psychiatrischen Pflege. Als fachlich bedeutsamer Teil wird die Pflege aus multidisziplinären Teams z.B. von Hilfen zur Teilhabe (SGB XII) eliminiert. Andererseits ist die Hilfe als „Behandlungspflege“ (SGB V) oft losgelöst von Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund.

Darüber hinaus ist eine steigende Diskrepanz zwischen einer zunehmenden fachlichen Qualifizierung bis hin zur Akademisierung der Pflege zu verzeichnen und einer zunehmenden Dequalifizierung, der (nicht nur) die Pflege in der versorgungspolitischen Diskussion ausgesetzt ist.

An der Pflege zeigt sich exemplarisch, dass es bei gesundheitspolitischen Fragen längst nicht mehr um Qualität und Qualifikation oder auch den internationalen Vergleich im fachlichen professionellen pflegerischen Expertentum geht, sondern um „billige“ Versorgungsmodalitäten. Professionelle Pflege wird in der Regel nicht als qualifizierte Leistung im Gesundheitswesen bzw. der ambulanten psychiatrischen Hilfen angesehen: „Pflege“ – das können auch gut engagierte empathische Personen mit einer erfahrenen „Haushaltsbeschäftigungsqualität“.

### Hintergrund:

Die sozialrechtliche Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege widerspricht der psychiatrisch-pflegerischen Berufsauffassung und dem Versorgungsbedarf insbesondere von psychisch erkrankten Menschen. Pflege ist nicht teilbar, sie geschieht umfassend mit ganzheitlichem Blick auf den Betroffenen und sein Lebensumfeld.

Die Diskrepanz in der Bezahlung in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (teilstationär/stationär, komplementär und ambulant) ist häufig ein Hindernis, dass gut qualifizierte Pflegekräfte im ambulanten oder komplementären Bereich arbeiten.

Dialogisches Denken und Multiprofessionalität werden zwar in Hochglanzbroschüren von Kliniken und anderen Einrichtungen hervorgehoben, in einem beruflichen Alltag, der kaum Spielräume zulässt, jedoch wenig gelebt. Eine verengte Sichtweise hat jedoch viele Auswirkungen auf eine dem einzelnen Menschen nicht mehr adäquate und angepasste Alltagsstruktur.

In der pflegerischen Bildung herrscht selbst innerhalb der Pflegeverbände eine gravierende Diskrepanz darüber, welche Qualifikationsniveaus für eine gute psychiatrisch-(pflegerische) psychosoziale Versorgung benötigt werden.

Eine enge Orientierung an ausschließlich ökonomischen Werten und nur privatwirtschaftlichen Sichtweisen verpflichtete Haltung, Sprache und Motivation der handelnden Personen behindert nachhaltig qualitative Entwicklungen, auch der einzelnen Gesundheitsberufe.

### Beispiel:

Der Zeittakt, der insbesondere noch im SGB XI eine Rolle spielt, ist für die Pflegeperson und den Patienten/Klienten ein Beziehungspflegevernichtungsinstrument. Diese Vorgabe hat nichts mit bedürfnisorientiertem Handeln zu tun. Pflegequalität wird auf „Abhakpflege“ reduziert. Die Formalien und Vorgaben von den Krankenkassen (wobei es wenige Ausnahmen gibt) bzgl. Nachweisen etc. reduzieren die ambulante psychiatrische Pflege auf Bürokratiewehikel.

Im stationären Bereich werden Pflegepersonen eingespart, so dass es wenige Spielräume in der Ausübung qualifizierter psychiatrischer Pflege gibt. Die Personalfuktuation im stationären Pflegebereich ist enorm. Die Folge: Es sind wenig erfahrene Pflegekräfte im stationären Bereich vertreten, in einer Situation, in der die Verweildauer immer kürzer wird, und fachlich fundierte Hilfe, vor allem auch in kritischen Sachlagen und Zuständen, dringlich erforderlich ist.

### Die DGSP fordert:

- Pflege und Pflegekräfte müssen unverzichtbare Bestandteile von multiprofessionellen Teams sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext bleiben und entsprechend bei Planungen berücksichtigt werden.
- Die Pflegeausbildung muss an der Hochschule etabliert werden, um eine entsprechend hochqualifizierte professionelle Pflege in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu sichern.
- Eine gerechtere Bezahlung in den unterschiedlichen Bereichen der psychiatrischen Pflege muss erfolgen.
- Ambulante psychiatrische Pflege muss in allen Bundesländern als ein Versorgungsangebot ambulanter Behandlung etabliert werden.
- Die Fachkraft für psychiatrische und/oder somatische Pflege (staatl. anerkannte Fachkraft, Bachelor etc.) muss die Vollmacht bekommen, die fortzuführende Pflegeversorgung zu verordnen; die diesbezügliche Ärzteverordnungspflicht ist damit aufzuheben.

### Die DGSP ist aktiv:

In der DGSP gibt es seit 1979 den Arbeitskreis Pflege, der sich aktiv mit den unterschiedlichsten Fragen der Berufsgruppe auseinandersetzt, Stellung bezieht, Broschüren erarbeitet, Tagungen organisiert und Fortbildungen anbietet.

Der Arbeitskreis Pflege in der DGSP arbeitet an Konzepten mit, die ein dialogisches Miteinander fördern und ganz selbstverständlich, auch in pflegeberuflichen Zusammenhängen, Betroffene aus Erfahrung und Betroffene aus Miterleben einbezieht. Dabei werden Konzepte im stationären Bereich dahingehend überprüft, dass Verhandeln zur Grundhaltung gehört.

Berufsgruppenübergreifende Teamarbeit ist für uns zentral. Der Arbeitskreis Pflege unterstützt die Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung der DGSP. Er bietet ergänzend – gerade für neue pflegerische Mitarbeiter/innen, die aus anderen Disziplinen wechseln – die Fortbildung „Basiswissen Psychiatrische Pflege“ an und gestaltet einmal im Jahr einen Fachtag.

Der Arbeitskreis Pflege arbeitet mit anderen psychiatrischen Pflegeverbänden zusammen, beispielsweise im Verbände-Dialog Psychiatrische Pflege.

### TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die daran interessiert sind, die psychiatrische Pflege weiterzuentwickeln und ihr eine Stimme zu geben.

Ziel ist die Mitarbeit in allen Gremien der DGSP, damit psychiatrische Pflege mehr zum Bestandteil in der psychosozialen Versorgung wird.

### Für den AK Pflege:

**Hilde Schädle-Deininger**

**E-Mail: schaedle-deininger@t-online.de**

## 11. Krieg – Flucht – Trauma – psychiatrische Hilfen

### Daran nehmen wir Anstoß:

Geflüchtete, Schutz suchende Menschen erhalten in Deutschland nur eine minimale, auf das absolut Notwendigste begrenzte medizinische und soziale Versorgung. Es wird ihnen keine Möglichkeit zugestanden, ihre oftmals traumatisierenden Erfahrungen mit Not und Krieg und auf der Flucht mit fachlicher Hilfe aufzuarbeiten. Spätfolgen und Chronifizierungen werden ihnen vom Gesetzgeber bedenkenlos zugemutet. Auch präventive medizinische Maßnahmen schließt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) von vornherein aus. Die Lebensbedingungen in Massenunterkünften und mit unsicherem Aufenthaltsstatus gefährden die psychische Gesundheit dieser Menschen zusätzlich.

Es muss bezweifelt werden, dass das bundesdeutsche Asylrecht verfassungskonform ist und der Genfer Flüchtlingskonvention und den Menschenrechten entspricht. Die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen mit Traumafolgestörungen genügt keinesfalls den Anforderungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen; insbesondere Art. 5 UN-BRK (Diskriminierungsverbot) wird in eklatanter Weise missachtet. Gleichzeitig betont der Gesetzgeber, dass psychische Störungen kein Ausweisungs- oder Abschiebungshindernis darstellen. Politik und Sozialverwaltung stellen geflüchtete Menschen unter den Generalverdacht, psychische Leiden zu simulieren oder zu aggravieren, um der Ausweisung zu entgehen. Ärztinnen und Ärzte werden pauschal verdächtigt, Gefälligkeitsgutachten mit dem gleichen Ziel zu erstellen.

### Hintergrund:

Weltweit sind mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Kriege, Bürgerkriege, politische Krisen, aber auch Klimaveränderungen und wirtschaftliche Not zwingen sie, ihre Heimat zu verlassen. Die große Mehrheit bleibt als Binnenflüchtlinge im eigenen Land oder flieht über eine Grenze in ein Nachbarland. Ein geringer Teil nimmt weite und lebensgefährliche Wege in Kauf, um in Europa Schutz zu suchen.

Wanderungsbewegungen sind heute im Kontext des globalisierten Welthandels und des Klimawandels zu sehen. Niemand verlässt sein Zuhause freiwillig. Lebensgefahr durch bewaffnete Konflikte, existenzielle Not, Perspektivlosigkeit und politische Instabilität dort stehen vergleichsweise großem Reichtum und sozialer Sicherheit hier gegenüber. Es wäre naiv und kurzichtig, diese Zusammenhänge auszublenken.

### Beispiel:

Das Ehepaar K. mit drei Kindern (8, 6 und 4 Jahre alt) kommt im Herbst 2015 aus Afghanistan über die Balkanroute nach Deutschland. Talibankämpfer haben dem vierjährigen Safi in der Tischlerwerkstatt des Vaters eine Hand abgehackt. Unterwegs wurden die Familienmitglieder in Bulgarien als Flüchtlinge registriert. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge prüft deshalb, ob sie dorthin zurückgeschickt werden können. Die drei Kinder leiden unter Schlafstörungen und Angstzuständen, weinen und schreien oft. Die Eltern reagieren überfordert. Ihr Erziehungsverhalten entspricht nicht den Vorstellungen der deutschen Unterstützerinnen/Unterstützer. Sie besuchen den Deutschkurs, können sich aber nicht lange konzentrieren und machen nur kleine Fortschritte. Eine Patenschaft über das „Netzwerk gesunde Kinder“ wird eingerichtet, das Bemühen leidet aber unter der Sprachbarriere.

### Die DGSP fordert:

- Die DGSP unterstützt die Positionen von Pro Asyl und Ärzte ohne Grenzen zur europäischen und bundesdeutschen Flüchtlingspolitik. In Not geratenen Menschen ist ohne Ansehen ihrer Person sicheres Geleit und Flüchtlingshilfe zu gewähren. Was diese Menschen zunächst brauchen, ist ein sicherer Ort – auch im aufenthaltsrechtlichen Sinne – und die Möglichkeit, zur Ruhe zu