

- Ambulanzen im Vollzug – nicht in der Nachsorge: Andere mit der psychiatrischen Maßregel belegte Personen sind durch Einrichtungen und Dienste, wie sie auch der allgemein-psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen, sowie durch spezialisierte forensisch-psychiatrische (dann nicht mehr: „Nachsorge“-)Ambulanzen zu betreuen und in einem an ihrer weiteren Gefährlichkeit orientierten Maß auch zu kontrollieren.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP befasst sich seit Jahren im „Fachausschuss Forensik“, in dem vor allem in der Forensik tätige Personen, aber auch Angehörige und (ehemals) Betroffene zusammenkommen, mit den jeweils aktuellen berufs- und rechtspolitischen Fragen, wie auch mit der Veränderung von forensischen bzw. gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen.
- Der FA Forensik hat eine Reihe von Forderungen und Stellungnahmen zu Fragen der psychiatrischen Maßregel für die DGSP erarbeitet und führt dies bei Bedarf fort.
- Der FA Forensik arbeitet an der Weiterentwicklung von Berufsbild und Aufgabe der Pflege in der Forensik.
- Der FA Forensik bemüht sich um Verständnis und Kooperation mit den Versorgungsinstitutionen der allgemeinen Psychiatrie, insbesondere mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, und hat dabei vor allem betreute Wohnformen und Ambulanzen im Blick.

- Darüber hinaus bieten DGSP und FA Forensik einschlägige Fortbildungen, Tagungen und Workshops an.
- Der FA Forensik betreibt und unterhält im Rahmen der DGSP die Website www.forensik.de, auf der aktuelle Informationen zu Tagungen, Publikationen und zur Rechtsprechung veröffentlicht werden.

TUWAS – mit der DGSP:

Reform braucht den Dialog und die Bewegung. Deshalb sind interessierte Personen, die irgendwie mit der psychiatrischen Maßregel zu tun haben, herzlich eingeladen, sich im Fachausschuss Forensik und darüber hinaus in der DGSP zu engagieren. Es gilt, eine zeitgemäße, effektive und würdige Form der Versorgung und Kontrolle von aus Krankheitsgründen delinquent gewordenen Personen in einem offenen Gemeinwesen zu gestalten.

Für den Fachausschuss Forensik:

Michael Hechsel

E-Mail: hechsel@aol.com

8. Suchtkrankenhilfe muss sich vom starren Abstinenzdogma lösen

Daran nehmen wir Anstoß:

Das so genannte Abstinenzparadigma hat über Jahrzehnte die deutsche Suchthilfelandschaft bestimmt. Während das traditionelle Suchthilfesystem aus Beratungsstellen, Reha-Fachkliniken und Selbsthilfegruppen Angebote für motivierte Suchtpatienten bereit hielt, blieb die „vergessene Mehrheit“ in der Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfe, in Justizvollzugsanstalten, in der Familien- oder Jugendhilfe oft ohne adäquates Angebot.

Wenige Suchtkranke werden in Deutschland sehr gut versorgt, während ein großer Teil unterversorgt ist. Bei den meisten Suchtkranken liegt eine psychiatrische Erkrankung vor, die eine multiprofessionelle und insbesondere mit der Psychiatrie vernetzte Behandlung erfordert. Es fehlt weitestgehend eine aufsuchende Form der Suchtkrankenhilfe; dies werten wir als fehlende Bereitschaft, allen suchtkranken Menschen zu helfen.

Kinderarmut in Deutschland muss als berechenbares Risiko für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen eingeordnet werden. Zur Verringerung dieses Risikos fordern wir Investitionen zur Prävention in den Bereichen Erziehung, Schule und Kinder- und Jugendschutz in Kooperation mit den Landesstellen für Suchtprävention. Ein Ausbleiben dieser Investition verstärkt Spaltungsprozesse in der Gesellschaft und wird empfindliche volkswirtschaftliche Schäden nach sich ziehen.

Hintergrund:

- Ausgebildete Fachleute in der Suchtkrankenbehandlung sitzen vornehmlich in Suchtberatungsstellen, Fachkliniken der Suchtrehabilitation sowie in den Suchtabteilungen des krankenkassenfinanzierten psychiatrischen Hilfesystems. Diese Institutionen orientieren sich traditionell weitgehend am Abstinenzparadigma, wenn auch erste Ansätze substituierender und akzeptierender Behandlung etabliert werden konnten. Damit können sie nur einen sehr kleinen Teil der Suchtpatienten erreichen, und unter der versorgten Klientel strebt allenfalls die Hälfte dauerhafte Abstinenz an.
- Im traditionellen Hilfesystem sind Motivationskonzepte im Umgang mit Ambivalenz im Hinblick auf künftigen Konsum und eine tatsächlich personenzentrierte Umgangsweise noch lange nicht selbstverständlich. Auch wenn inzwischen eindeutig belegt ist, dass mehr als zwei Drittel der Klienten in Wohnungslosenhilfe und Strafvollzug manifest suchtkrank sind, findet hier eine Versorgung nur in marginalem Umfang statt. Die in Verbindung mit der Suchterkrankung sich entwickelnden massiven sozialen Probleme gerade dieser Gruppen werden kaum angegangen. Suchtbehandlung muss in allen Arbeitsfeldern verankert werden, in denen sich Menschen mit Suchtproblemen befinden.

Beispiele:

- Es darf nicht sein, dass sich ein Klient in der Suchtberatungsstelle zwischen Rehabilitationsbehandlung und Nichtleistung entscheiden muss. Den mehr als 70.000 substituierten Menschen in Deutschland müssen Rehabilitationsangebote ebenfalls verfügbar sein. Diese Menschen müssen ihrem Leistungsvermögen entsprechend Arbeitsangebote erhalten und dafür rehabilitiert werden.

- Viele Selbsthilfegruppen haben das Problem der Rückfälligkeit dermaßen tabuisiert, dass betroffene Menschen ein Zurück in die Gruppe und die Bitte um Hilfe gerade dann nicht wagen, wenn sie diese eigentlich am dringendsten benötigen würden.
- In der ambulanten Eingliederungshilfe herrschen in vielen Gemeinden noch Konzepte vor, Hilfeangebote nur zu gewähren, wenn die Klienten weitgehend stabil abstinent sind. Konsumierende Klienten, die diese Form der aufsuchenden Eingliederungshilfe besonders benötigen, können deshalb von dieser Pflichtleistung der Kommunen nicht profitieren.
- Chronisch Mehrfachabhängigen darf nicht über die Kürzung der Behandlungszeit, z.B. in stationärer Soziotherapie, die Chance einer hinreichenden Stabilisierung genommen werden. Gerade im Bereich der Eingliederungshilfe soll die besondere Schwere einer Suchterkrankung nicht zum Ausschlussgrund für Integrationsbemühungen werden.
- Die besonders stark in der Wohnungslosenhilfe repräsentierten chronisch Suchtkranken bedürfen einer spezifischen Beachtung und Unterstützung. Eine enge Kooperation zwischen Wohnungsbaugesellschaften, Wohnungslosenhilfe und Suchthilfe ist unabdingbar!
- Obgleich die Bemühungen zur Unterstützung suchtkranker Strafgefangener im Strafvollzug in den letzten Jahren zugenommen haben, werden die meisten Inhaftierten von motivierenden Maßnahmen nicht erreicht. Gerade bei der Vorbereitung der Haftentlassung werden oft bestehende Möglichkeiten eines unterstützenden Übergangs versäumt.
- Aber auch im Vorfeld einer Inhaftierung bleiben sinnvolle suchtspezifische Auflagen und Interventionen die Ausnahme. Abhängige werden immer häufiger forensisch untergebracht, anstatt alle Möglichkeiten in offener Behandlung mit Auflagen auszuschöpfen. Eine bessere Zusammenarbeit von Justiz und Suchtkrankenhilfe ist zwingend notwendig.
- Ein besonderes Problem stellt die für viele Betroffene prekäre Wohnungssituation dar. Bezahlbarer sozialer Wohnraum ist zunehmend weniger verfügbar, Menschen müssen mancherorts bereits bis zu 50 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für Wohnen aufbringen. Eine stabile soziale Reintegration wird damit ad absurdum geführt.

Die DGSP fordert:

- Überall dort, wo Suchtpatienten hilfebedürftig sind, müssen suchtspezifische Hilfeangebote verfügbar sein. Die primäre Beratung von Suchtbetroffenen muss zieloffen verlaufen und neben abstinenzorientierten Konzepten auch Konzepte der Schadensbegrenzung („harm reduction“) und des kontrollierten Konsums bereithalten.
- Suchtkrankenhilfe muss sinnstiftend wirken und jedem, unabhängig von Alter und gesundheitlicher und psychischer Verfassung, individuelle, lebensverändernde Perspektiven aufzeigen. Hoch- und niedrigschwellige suchtspezifische Hilfen müssen sich in einem differenzierten regionalen Hilfesystem zusammenfinden, damit für jeden Hilfesuchenden angemessene Angebote bereitstehen.

- Die Zusammenarbeit der Suchthilfe mit Angehörigen und der Selbsthilfe muss in jeder Region fest verankert sein und durch einen ständigen Austausch eine Transparenz der Konzepte sicherstellen.
- Leistungen zur Teilhabe fokussieren auf chronisch behinderte Menschen und dürfen auch Patienten mit unzureichender Abstinenzfähigkeit oder -bereitschaft nicht ausschließen.
- Suchthilfe braucht Vernetzung zwischen den Schnittstellen verschiedener Hilfeangebote. Kein Bereich darf über die Sucht eines Menschen hinwegsehen. Suchtkranken muss dort, wo sie leben, professionell so begegnet werden, dass Veränderungsmotivation gefördert und zum Ausstieg aus dem Konsum ermutigt wird.
- Selbsthilfegruppen sollten sich mehr für jene Patienten öffnen, die das Alkoholproblem tatsächlich noch nicht bewältigt haben und gerade deswegen in besonderer Weise auf den Zuspruch und die Unterstützung von Menschen angewiesen sind, die aus der Erfahrung eigener Betroffenheit Hoffnungsträger und Wegweiser sein können.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP unterstützt Konzepte zieloffener, personenzentrierter Beratung wie z.B. Motivational Interviewing (MI), den Community Reinforcement Approach (CRA), das ALITA-Programm oder Psychoedukationsprogramme. Diese evidenzbasierten Konzepte haben gemein, dass sie an den Stärken des Suchtkranken ansetzen und alltagsbezogene Ziele setzen.
- Über den Fachausschuss Sucht der DGSP werden solche Aus- und Fortbildungen entweder bereitgehalten oder vermittelt.

TUWAS – mit der DGSP:

Suchtarbeit braucht die uneingeschränkte Vernetzung mit anderen Sozialbereichen und der Medizin, insbesondere der Psychiatrie. Der DGSP-Fachausschuss Sucht zeigt Defizite in der Gesamtversorgung Suchtkranker auf, mit besonderem Blick auf die schlechter Versorgten. Wir brauchen Mitstreiterinnen und Mitstreiter aus allen Arbeitsfeldern und Berufsgruppen. Der Fachausschuss tagt drei- bis viermal jährlich.

Für den Fachausschuss Sucht:

Thomas Bader

E-Mail: tb.bader@t-online.de

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Jetzt Mitglied werden bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.!

Gemeinsam Psychiatrie in Bewegung bringen

Vorteile

- Gemeinsam stark**
Engagiere dich auf unseren zahlreichen Tagungen gemeinsam mit Kolleg*innen aus allen Fachbereichen der Psychiatrie für eine soziale und gemeindenahere Psychiatrie.
- Gut informiert**
Erhalte 4 x jährlich kostenlos die Fachzeitschrift »Soziale Psychiatrie«.
- Gut qualifiziert**
Profitiere zu vergünstigten Preisen von unserem umfangreichen Fortbildungsangebot.

Bring deine Ideen ein und gestalte Psychiatrie aktiv mit!
www.dgsp-ev.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Zeitlinger Str. 9 // 50969 Köln // Tel.: (0221) 51 10 02 // dgsp@netcologne.de

9. Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!

Daran nehmen wir Anstoß:

In der voll- und teilstationären sowie der ambulanten Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt psychotherapeutisches Handeln systematisch zu kurz. Trotz positiver Entwicklungstendenzen haben medikamentöse Behandlungen immer noch einen viel zu großen Stellenwert.

Aufgrund der Ökonomisierung des Gesundheitswesens fehlen vor allem personelle Ressourcen zur Umsetzung psychotherapeutisch orientierter Behandlungsansätze. Zu wenig oder gar keine Berücksichtigung finden die Bedürfnisse und individuellen Ziele sowie die sozioökonomische Lebenssituation der Betroffenen. Eine psychotherapeutische Grundhaltung im Kontext einer verstehenden, die Beziehung reflektierenden, milieutherapeutischen Arbeit wird noch viel zu wenig vermittelt. Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen bleiben meist von Psychotherapie ausgeschlossen, obwohl inzwischen sowohl von den Therapierichtlinien als auch nach den S-3-Leitlinien solche Behandlungsansätze möglich wären.

Hintergrund:

Psychisch erkrankte Menschen haben oft massive Lebensbrüche zu bewältigen. Sie benötigen Unterstützung bei der Neuorientierung und dabei, diese zu überwinden und in ihre Biografie zu integrieren. Beziehungs- und Bindungsstörungen erfordern im psychiatrischen Alltag einen reflektierten, auf die individuellen Bedürfnisse und Fragen der Betroffenen angepassten Umgang.

Die Verlagerung psychiatrischen Handelns in die Gemeinde hat erhöhten Bedarf an psychotherapeutischer Kompetenz zur Folge. Dennoch findet eine berufsübergreifende psychotherapeutische Basisausbildung so gut wie nicht statt. Auch werden schulübergreifende psychotherapeutische Weiterentwicklungen für Menschen mit Psychosen und anderen schweren psychischen Störungen in der Weiterbildung und Regelversorgung noch nicht hinreichend berücksichtigt. Nach wie vor erhalten die Menschen mit den schwersten psychischen Störungen am seltensten psychotherapeutische Hilfen. Die Integration einer psychotherapeutischen Grundhaltung aller in der psychosozialen Arbeit Tätigen ist nach wie vor nicht am Bedarf orientiert und wird unzureichend umgesetzt.

Beispiele:

Einem chronisch psychisch erkrankten Menschen werden in den einzelnen Krankheitsphasen immer wieder Beziehungsabbrüche zugefügt. Viel zu häufig gerät er in akuten Phasen in Kliniken mit biologischen Behandlungskonzepten. Neben chronischem Personalmangel trifft er auf eine alle belastende und ihn verunsichernde Aufnahmesituation.

Er wird behandelt, statt dass mit ihm verhandelt wird. Bei kurzer Behandlungsdauer und dem defizitären Setting – weitgehend fehlt z.B. noch die Integration sogenannter EX-IN-Mitarbeiter – geht es häufig nur um Symptomreduktion und bessere soziale Anpassung. Wenn er es überhaupt schafft, nach seiner Entlassung psychotherapeutische Hilfen zu finden („... der nicht wartezimmerfähige Patient“), ist diese nach den bisherigen Richtlinien zeitlich begrenzt.

Die DGSP fordert:

- Verbesserte Aus- und Weiterbildung speziell für die Behandlung schwerer psychischer Störungen, sowohl berufsgruppen- als auch schulübergreifend.

- Entwicklung und Etablierung einer psychotherapeutischen Grundhaltung durch eine Basisausbildung in den multiprofessionellen Teams von psychiatrischen Institutionen, in Heimen und in der ambulanten psychiatrischen Betreuung.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine langfristige, bedürfnisangepasste psychotherapeutische Behandlung in allen Krankheitsphasen und unter Berücksichtigung der Behandlungs- und Beziehungskontinuitäten.
- Hilfe und Therapie müssen sich stärker an den Fähigkeiten der Betroffenen orientieren (Resilienz!). Darin sollten die Betroffenen unterstützt und gefördert werden (Empowerment!). Der Genesungsprozess muss mit allen Möglichkeiten und konsequent unterstützt werden (Recovery!).
- Alternative Therapieformen, wie z.B. das „Need-adapted Treatment“ müssen etabliert und unter dem Motto „ambulant vor stationär“ ausgebaut werden.
- Es braucht eine konsequente Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen in die Erarbeitung neuer Hilfen und Therapieformen und deren Vernetzung.
- Profis sollen nicht mehr einseitig behandeln, Medikamente verordnen, deren Dosierung bestimmen und anderes mehr, sondern mit den Betroffenen die jeweiligen Behandlungsschritte aushandeln.

Die DGSP ist aktiv:

- In der DGSP gibt es seit 1994 den Fachausschuss Psychotherapie, der die Entwicklung von Konzepten zur Stärkung psychotherapeutischer Kompetenz im Gesamtbereich der psychiatrischen Versorgung vorantreibt.
- Die DGSP bietet seit 2007 eine berufsgruppenübergreifende Fortbildung „Psychotherapeutische Grundhaltung in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern“ an.
- Die DGSP organisiert und unterstützt unter anderem Fortbildungen und Fachtagungen, auf denen diese Thematik der Fachöffentlichkeit nahegebracht wird.
- Wir sind als Fachausschuss Mitglied des Dachverbandes deutschsprachiger Psychosentherapie (DDPP) und engagieren uns in diesem.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen:

- Mitstreiterinnen und Mitstreiter aus allen Berufsgruppen, die sich für unsere Arbeit und die Fortentwicklung psychotherapeutischer Konzepte und Therapieformen interessieren und zum persönlichen Engagement bereit sind.
- Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, die mit uns in Erfahrungsaustausch treten und sich ebenfalls engagieren wollen.
- Sozialpsychiatrische Einrichtungen, die Interesse haben an unserer Fortbildung „psychotherapeutische Grundhaltung“.
- Niedergelassene Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die bereit sind, mit schwer und chronisch psychisch kranken Menschen zu arbeiten und auch Erfahrungen einbringen wollen.

Für den Fachausschuss Psychotherapie:

Dr. Ute Merkel

E-Mail: drs.merkel@gmx.de