

14. Psychiatrische Forschung – wofür, wie und mit wem?

Daran nehmen wir Anstoß:

- Forschung in der Psychiatrie verfolgt mehrheitlich biologisch-psychiatrische Fragestellungen, während die Lebenssituation und die Bedürfnisse von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Angebote und ihren Angehörigen deutlich seltener erforscht werden. Insbesondere die Situation bestimmter Gruppen (z.B. Menschen mit langwierigen Störungen) wird in der Forschung zu wenig berücksichtigt.
- In Deutschland mangelt es an interdisziplinärer Forschung (Psychiatrie/Psychologie/Sozialwissenschaften/Ethnologie/Pflegewissenschaft etc.). Internationale Forschungsergebnisse, die eine Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Beschwerden dokumentieren, werden in der Repräsentation psychiatrischen Wissens in Deutschland nicht hinreichend berücksichtigt.
- Forschung erfolgt in der Regel als Drittmittelforschung, und Forschungsfragen spiegeln auch die Interessen der Förderer (z.B. Träger, Krankenkassen), „Sozialpsychiatrische Grundlagenforschung“ im Sinne einer nicht unmittelbaren Verwertung von Befunden (z.B. Erleben extremer psychischer Krisen und der psychiatrischen Interventionen) wird dagegen in vergleichsweise geringem Umfang gefördert.
- Psychiatrische Forschung ist – wie jede Forschung – interessen-geleitet. Gerade in der Verknüpfung mit marktwirtschaftlichen Interessen (z.B. Pharmaindustrie) werden diese Interessen aber nicht immer und hinreichend offen gelegt.

Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Leistungen werden in der psychiatrischen Forschung im Regelfall auf ihre Rolle als Beforschte reduziert. Ihre eigenen Sichtweisen und Interessen hinsichtlich der Ausgestaltung von Forschungsdesigns werden dagegen zu wenig berücksichtigt. Das Potenzial von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrischer Leistungen als aktiv Teilnehmende in der Planung, Durchführung und Auswertung von psychiatrischer Forschung wird zu wenig genutzt.

Hintergrund:

- Psychiatrische Forschung weist ein breites Spektrum von biomedizinischer Forschung über klinische (Therapie-)Forschung und sozialpsychiatrische Versorgungsforschung bis zu epidemiologischer (Ätiologie-)Forschung auf. Psychiatrische Versorgungsforschung gewinnt zunehmend an Bedeutung, dabei ist sie widersprüchlichen Zielgrößen ausgesetzt: Sie zielt auf die Erarbeitung einer bestmöglichen Befundlage (Evidenz), auf den Einsatz wirksamer Behandlungs- und Versorgungsformen (Effektivität) mit einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation (Effizienz) sowie auf eine an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer orientierten Versorgung (Subjektivität).
- Psychiatrische Forschung erfolgt häufig an universitären Einrichtungen/Kliniken und seltener an reinen Versorgungs-Krankenhäusern. Dies steht in umgekehrtem Verhältnis zu den Patientenzahlen und dem Bedarf von Menschen mit längerfristigem Hilfebedarf.

- Das Ansehen universitärer Forschung bemisst sich an der Höhe der bewilligten Drittmittel und der erreichten Impact-Punkte. Weitab vom Mainstream angesiedelte Forschungsfragen (z.B. subjektives Gesundheitshandeln) haben einen geringen Stellenwert. Gute Forschung braucht Zeit, dies wird durch Mittelknappheit, permanentem Zeitdruck und teils prekäre Beschäftigungsverhältnisse erschwert.

Die DGSP fordert:

- Psychiatrische Forschung muss sich in einem gesellschaftlichen Diskurs legitimieren über den zu erwartenden Nutzen für die Betroffenen und Angehörigen (Verbesserung der Lebenssituation nach selbst gewählten Kriterien), für psychiatrische Fachkräfte (Qualifizierung) und für die Allgemeinheit (Wissenszuwachs und Entstigmatisierung, gerechte Verteilung von Ressourcen).
- Angesichts unterschiedlicher Zielgrößen in der psychiatrischen Forschung fordert die DGSP eine größtmögliche Offenlegung aller Forschungsinteressen, insbesondere bei Forschungsförderung durch Pharmakonzerne.
- Die DGSP fordert einen stärkeren Einbezug der Betroffenen, der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Angebote auf mehreren Ebenen (konsultativ – kollaborativ – nutzergeleitet) sowie die Entwicklung von Leitlinien zum Einbezug von Nutzern und Angehörigen. Ihre Beteiligung ist in Form einer gerechten Entlohnung, in Form von Qualifizierungsangeboten und praktischer Unterstützung zu fördern.
- Neben anwendungsbezogener Forschung mit ihrem Fokus auf Evidenz, Effizienz und Effektivität muss auch eine „sozialpsychiatrische Grundlagenforschung“ (z.B. subjektives Erleben) ermöglicht und entsprechend finanziell gefördert werden.

Die DGSP ist aktiv:

- Der Fachausschuss Forschung der DGSP setzt sich aus Expertinnen/Experten aus Wissenschaft und Forschung (soziale Arbeit, Psychologie, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, Medizin, Soziologie usw.) sowie aus Experten aus Erfahrung zusammen.
- Der Fachausschuss Forschung betreibt in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité und weiteren Kliniken und Hochschulen ein sozialpsychiatrisches Doktorandenkolloquium, in dem Promovierende mit einem Promotionsvorhaben aus dem sozialpsychiatrischen Themenfeld fachliche Beratung, Begleitung und ein Forum für die Diskussion erhalten.
- Auf den DGSP-Jahrestagungen werden Vorträge zu Forschungsthemen sowie ein sozialpsychiatrisches Forschungsforum angeboten.
- Die DGSP verleiht in zweijährigem Abstand einen sozialpsychiatrischen Forschungspreis und einen sozialpsychiatrischen Nachwuchspreis. Diese Preise haben das Ziel, die sozialpsychiatrische Forschung zu fördern.

TUWAS – mit der DGSP:

Wir suchen aufgeschlossene und neugierige sozialpsychiatrisch Forschende aus allen relevanten Disziplinen, die die Forschungsaktivitäten der DGSP unterstützen.

Für den Fachausschuss Forschung:
Dr. phil. Silvia Krumm
E-Mail: silvia.krumm@uni-ulm.de

15. Raus aus dem Ghetto – eine Stadt für alle! Inklusion leben!

Daran nehmen wir Anstoß:

In einer demokratischen und sozialen Gesellschaft sollte jeder Mensch am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben teilnehmen können. Der „soziale Raum“, das „Gemeinwesen“, bietet die Möglichkeit, Teilhabe und Mitwirkung zu leben. Dies sollte für alle Menschen, auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ohne jede Einschränkung gültig sein.

Die kritische Bewertung der Realität führt zu einem anderen Ergebnis. Teilhabe, Partizipation, Leben in Vielfalt findet nicht für alle statt. Die Gemeindepsychiatrie mit ihren Hilfsangeboten für psychisch erkrankte und behinderte Menschen bleibt in der Regel ein exklusivzielgruppenorientiertes, kein für die vorhandene Vielfalt der Menschen offenes Angebot. Die deinstitutionalisierten psychiatrischen Großeinrichtungen sind aufgelöst – stattdessen haben sich gemeindepsychiatrische Einrichtungen etabliert, bilden aber aufgrund ihres institutionellen Charakters eine Parallelwelt für ausschließlich psychisch erkrankte Menschen. Menschen die sich hier nicht einfinden können, geraten oftmals in die Wohnungslosigkeit, manche in die Forensik, andere werden in Pflegeheimen, häufig außerhalb der Zentren, untergebracht. Die Entwicklung der Gentrifizierung in den Städten, extreme Mietpreissteigerung und Wegfall von Wohnungen des sozialen Wohnungsbaus verschärfen die Situation der Bevölkerung ohnehin und für psychisch erkrankte Menschen im Besonderen.

Hintergrund:

„Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ so lautet der Titel des Artikels 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Nach dieser Maßgabe ist jeder Mensch Teil des Gemeinwesens mit dem Recht, Entscheidungen zu seiner Lebensführung autonom treffen zu können. Er muss das Recht und die Möglichkeit haben, inmitten der Gesellschaft zu leben, sich auszubilden, zu wohnen und zu arbeiten. Jede Form der (institutionalisierten) Ausgrenzung ist unzulässig.

Diesem Anspruch sind die Bemühungen der Sozialpsychiatrie bisher nicht gerecht geworden. Haltungen, Routinen, Vorurteile, institutionelle Angebotsformen stellen hierbei für Menschen mit Behinderungen Teilhabebarrrieren dar, die es aufzulösen gilt. Der Sozialraum ist bislang nicht so entwickelt, dass er Raum für Vielfalt, Eigenheit und Partizipation bietet.

Beispiele:

- „Außen vor statt mittendrin“ beschreibt das Lebensgefühl vieler Menschen mit einer psychischen Erkrankung.
- Es gibt Bürgerzentren für „normale“ Bürger und gemeindepsychiatrische Zentren für Bürger mit einer psychischen Erkrankung. Gelebte Inklusion würde diese Abgrenzungen aufheben – es gäbe dann Bürgerzentren für alle Bürgerinnen und Bürger.
- Viele psychisch erkrankte Menschen ziehen sich in das ambulante gemeindepsychiatrische Ghetto zurück, weil die erlebten Ausgrenzungserfahrungen für sie schmerzhaft sind.
- Menschen mit Behinderungen erleben massive Teilhabebarrrieren insbesondere in den Lebensbereichen Wohnen und Arbeit.

Die DGSP fordert:

- Die gemeindepsychiatrischen Angebote müssen vor dem Hintergrund des Fachkonzeptes Sozialraumorientierung weiterentwickelt werden. Mit entsprechenden Schulungen der Mitarbeitenden in den sozialen, pflegerischen und medizinischen Berufen sollen diese hierzu qualifiziert werden.
- Menschen mit einer psychischen Erkrankung dürfen nicht mehr vorrangig als „störungsbelastet“ wahrgenommen werden, sondern als Personen mit einer Lebensgeschichte und mit Fähigkeiten, die sie in den Sozialraum einbringen können. Die mit dem Konzept der Inklusion propagierte menschliche Vielfalt ist so wesentlicher Teil der Kultur des Gemeinwesens.