ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

1 2023
Februar
März
April
41. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Sozialpsychiatrie international – Teil 2

Einsamkeit begegnen: Eine Stadt wird aktiv

Interview Windhorse: „Jeder ist psychosefähig“

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Das SYMPA-Projekt in Pudong
Anwendung des Projekts im Rehabilitationsprozess von psychischen Störungen in Pudong (Shanghai, China), Ying Feng, Hongyun Qin, Yan-hua Chen, Ling Wang, Qiang Wang, Chenping Hu, Xudong Zhao, Seite 4

Die psychiatrische Versorgung in Dänemark
Superkrankenhaus versus Sozialraumnähe,
Lena Suchanek, Karen Rose Steen Schrøder und Robert Bering, Seite 8

2x3 macht 4 videvit und 2 macht Neune
Sozialpsychiatrie in Österreich - eine durchaus herzeigbare Melange,
Günter Klug, Seite 12

Sozialpsychiatrie in Polen
Anmerkungen eines engagierten Beobachters,
Werner Schütze, Seite 15

Warten auf Godot
Gemeindenahe Psychiatrie in Rumänien,
Radu Teodorescu, Seite 18

Ein Sonderfall in Europa
Aktueller Überblick zur sozialpsychiatrischen Praxis in der Schweiz,
Walter Gekle und
Gianfranco Zuaboni, Seite 21

An den Rand gedrängt
Sozialpsychiatrie in der Türkei
Eckhardt Koch, M.Kemal Kuscu und Mehmet Bilgin Saydam, Seite 24

Die ständig wachsende Krise der psychischen Gesundheit in der Ukraine
Robert van Voren, Seite 27

Die Psychiatriereform und Sozialpsychiatrie in Deutschland
Jörg Holke, Klaus Obert, Matthias Rosemann, Dyrk Zedlick, Seite 30

36 Spectrum

Kultur der sozialpsychiatrischen Bewegung
Werte, Haltungen – Welche Aspekte aus der bewegten Zeit der Sozialpsychiatrie sind auch in Zukunft wertvoll?
Wolfgang Bayer, Seite 36

Perspektiven der Hilfen
Positionen der Aktion Psychisch Kranke,
Jörg Holke, Seite 38

Einsamkeit begegnen: Eine Stadt wird aktiv
Till Heinsohn und Gabriele Reichhardt, Seite 41

„Jeder Mensch ist psychosefähig“
Klaudia Gehmacher und Michaela Nowak, Seite 44

47 Termine

Titelfoto: Pixabay

Liebe Leserin,
lieber Leser

Auch für das zweite Heft zu den sozialpsychiatrischen Entwicklungen weltweit haben wir die Autor*innen gebeten zu berichten, wie sich die (Sozial-)Psychiatrie in ihrem Land entwickelt hat, was sie prägt und welche Paradigmen - wie z.B. das zugrunde liegende Menschenbild, die Sicherstellung der Menschenwürde, die Rolle der Peers, Zwangsbehandlung und Stigmatisierung - in den jeweiligen Ländern handlungsleitend sind. Wir haben eindrückliche Berichte aus China, Polen, Österreich, Rumänien, Schweiz, Türkei und der Ukraine in dieser Ausgabe vereinen können.

Auch wenn verständlicher Weise nicht auf alle Fragen Antworten gegeben werden konnten, sind die Beiträge reich an Erkenntnissen. So wird in den beiden Heften der Kerbe eindrücklich zum Beispiel aus Myanmar, Burkina Faso und der Ukraine geschildert, wie eine psychiatrische Versorgung in wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Notsituationen in Diktaturen und in Kriegen zumindest partiell gelingen kann. Ebenso erfahren wir, mit welchen Anstrengungen und hohem persönlichen Engagement eine würdevolle und menschliche psychiatrische Versorgung in Projekten verteidigt wird. Dies gelingt oftmals nur mit internationaler Solidarität und Unterstützung. In Kriegen und anderen Krisen wird die Institution Psychiatrie noch mehr an die Ränder der Gesellschaft gedrängt und psychisch kranke Menschen noch mehr marginalisiert, als dies in stabileren gesellschaftlichen Verhältnissen der Fall ist. Psychisch erkrankte Menschen leiden vermehrt unter den Einschränkungen durch Ressourcenallokation, wodurch sich ihre Lebensqualität und Hoffnung auf Genesung weiter verschlechtert. Von diesen Berichten, so erschütternd sie auch sind, können wir trotzdem Bewältigungsformen wie Solidarität und Zusammenhalt lernen bzw. wiederentdecken.

Die unterschiedliche Sicht auf psychische Erkrankungen im Spannungsfeld der biologisch orientierten Psychiatrie, als menschliche Eigenheit einerseits und deren gesellschaftlicher Bedingtheit und kulturspezifischer Bewertung andererseits, häufig verbunden mit einem hohen Stigmatisierungsgrad, wurden in verschiedenen Artikeln aufgegriffen. Gemeindepsychiatrische Angebote und die Zusammenarbeit mit Peers, die mit ihrer Arbeit und Projekten Stigmatisierung abbauen (können) und die wohnortnahe Versorgung sicherstellen, entwickeln sich inner- und außereuropäisch nur langsam oder werden politisch blockiert. Die Berichte aus Polen und der Türkei schildern das zähe Ringen um diese Ziele und Prinzipien.

Mit einem umfassenden Blick auf die sozialpsychiatrischen Entwicklungen in Deutschland – Ost und West – schließen wir unseren Ausflug in die globale (Sozial-)Psychiatrie. Der Beitrag zeigt, dass trotz aller beeindruckenden Entwicklungen die Qualität und die Ausdifferenzierung der Angebotsstruktur an nicht wenigen Stellen noch deutliche Defizite aufweist, die als Herausforderungen anzugehen und zu bewältigen sind.

Mit den Leitlinien der WHO für psychosoziale Dienste wurde weltweit ein Rahmen zur Verfügung gestellt, an denen sich viele Länder bzw. einzelne Organisationen in der Umsetzung sozialpsychiatrischen Handelns orientieren. Auch Mental Health Europe formulierte Leitlinien, die die Umsetzung internationaler Menschenrechtsstandards sichern soll. Genauso ist es auch zu begrüßen, dass die EU-Kommissionspräsidentin für das Jahr 2023 eine neue Initiative zur Förderung der psychischen Gesundheit in allen Ländern der Europäischen Union angekündigt hat.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, die uns Einblick in ihre Arbeit und die psychiatrische Versorgung in ihrem Land gewährt haben, für die Berichte über die Herausforderungen in der psychiatrischen Versorgung und den Kampf für eine menschlichere und soziale Psychiatrie. Wir stellen fest, dass es mehr Netzwerke braucht, um sich über die Arbeit, die Ideen und das Engagement über die Grenzen hinweg auszutauschen, um voneinander zu lernen und sich gegenseitig inspirieren zu können. Die Erfahrungen, die wir in Vorbereitung und Redaktion dieser beiden Hefte sammeln durften, möchten wir auch künftig durch den weiteren Austausch und die Kommunikation mit Akteuren aus anderen Ländern vertiefen und ausbauen. Wir freuen uns über weitere Länderberichte.

Jürgen Armbruster
Klaus Obert
Sabine Wetzel-Kluge

Das SYMPA-Projekt in Pudong

Anwendung des Projekts im Rehabilitationsprozess von psychischen Störungen in Pudong (Shanghai, China)

Von Ying Feng, Hongyun Qin, Yan-hua Chen, Ling Wang, Qiang Wang, Chenping Hu, Xudong Zhao

SYMPA (Systemtherapeutische Methoden Psychiatrischer Akutversorgung) ist ein Praxisforschungsprojekt, das 2002 von Prof. Jochen Schweitzer und Prof. Liz Nicolai am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Heidelberg (Deutschland) in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Rehabilitation und soziale Eingliederung von Patient*innen mit psychischen Störungen durch systemische Therapieansätze zu fördern[1]. 2018 und 2019 unterrichtete Prof. Liz Nicolai zusammen mit Dr. Ulrike Borst, Prof. Heike Stammer und Doris Biedermann 35 Fachkräfte in einigen dreitägigen Seminaren medizinische-psychiatrische in unserem Krankenhaus in Theorie und Praxis des systemischen Denkens bei der Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Anschließend wurde in unserem Krankenhaus eine systemische Arbeitsgruppe mit dem Ziel gegründet, die systemischen Methoden bei der Behandlung und Rehabilitation von Patienten anzuwenden.

Die Autor*innen aus China
Sämtliche Autor*innen kommen vom Department of Psychiatry, Shanghai Pudong New Area Mental Heath Center (School of Humanities Tongji University, Shanghai, China)

Organisation der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe besteht aus Psychiater*innen, Krankenpflegekräften, Sozialarbeiter*innen und Allgemeinärzt*innen[2]. Die Psychiater*innen, Krankenpflegekräfte und Sozialarbeiter*innen kommen überwiegend aus dem Zentrum für psychische Gesundheit, der psychiatrischen Klinik von Pudong New Area, während die Allgemeinmediziner*innen hauptsächlich aus den kommunalen Gesundheitszentren der Pudong New Area stammen. Die Allgemeinmediziner*innen führen monatliche Besuche bei den im Mental Health Information Management System registrierten Patient*innen durch, um sich über den Stand ihrer Behandlung und Rehabilitation sowie über die Schwierigkeiten und Probleme in ihrem Leben zu informieren. Die Sozialarbeiter*innen sind für die Registrierung und die Vereinbarung von Terminen mit den Patient*innen und ihren Familien zuständig, ausgehend von den jeweils spezifischen Bedürfnissen. Psychiater*innen und Krankenpflegekräfte sind für die systemische Psychotherapie und psychologische Gespräche zuständig.

Die Projekte der Arbeit (Ansätze/Exploration)

Im Rahmen des Behandlungs- und Rehabilitationspfads „Krankenhausaufenthalt-Entlassung-Rückkehr in die Gemeinschaft“ von Patient*innen mit psychischen Störungen versuchte die systemische Arbeitsgruppe, die in der Weiterbildung erlernten „neuen Methoden“ anzuwenden. Zu den wichtigsten Aspekten gehörten die Anwendung systemischen Denkens bei der Behandlung von Krankenhauspatient*innen, die Befragung von Familienmitgliedern der Krankenhauspatient*innen, die Einrichtung einer Entlassvorbereitungsgruppe und die Durchführung von gemeindebasierten psychologischen Familiengesprächen für Patient*innen. Im Folgenden werden wir die neuen Ansätze zu diesen vier Aspekten vorstellen.

1. Systemischer Pflegemodus (Januar 2019-Dezember 2021):

Anfang 2018 hat das Pflegeteam unseres Krankenhauses orientiert an den Konzepten der systemischen Psychotherapie, die in den 1960er Jahren in Europa und den Vereinigten Staaten entstanden sind, die ursprüngliche „problem-fokusierte“ Arbeitsweise verbessert und ein Pflegekonzept unter Einbeziehung von psychologischen Dienstleistungen für Patient*innen und ihren Familien entwickelt.
Dieser Arbeitsansatz fördert ein „systemisches“ Verständnis der psychischen Symptome des Patienten, versucht die Trennung zwischen den Individuen und ihrer Umwelt (Familie) zu überwinden und versteht die psychologischen und verhaltensbezogenen Lebensäußerungen auf der Grundlage der Interaktion zwischen den Familienmitgliedern. Die systemische Pflege verinnerlicht die neue „bio-psycho-soziale“ Perspektive in vollem Umfang. Die neue Arbeitsweise geht davon aus, dass die Familie als ein umfassendes System zu verstehen ist. Einerseits dient die Familie dazu, mit den Einflüssen der internen und externen Umwelt umzugehen und ein systemisches und stabiles Funktionieren aufrechtzuerhalten, andererseits muss sie aber auch die unterschiedlichen Entwicklungsbedürfnisse der Familienmitglieder in den verschiedenen Lebensphasen berücksichtigen. Wenn eine Familie nicht mehr flexibel genug ist, um mit auftretenden Notlagen umgehen

zu können, kann der Stress, der durch familiäre Ungleichgewichte entsteht, leicht zu psychischen und Verhaltensproblemen bei einem oder mehreren der geschwächten Familienmitglieder führen. Daher spiegeln individuelle psychische und Verhaltensstörungen häufig den Funktionsverlust eines ganzen Familiensystems wider[3,4]. Systemische Pflege ist eine neue Art der psychologischen Pflege, die der Familie (d. h. dem Patienten und seiner Familie) dient, indem sie die Symptome im Kontext der Familie betrachtet und das gesamte Familiensystem als Gegenstand der Pflege behandelt. Sie orientiert sich an der Systemtheorie und nutzt psychologische Methoden wie psychologische Unterstützung (sowohl verbal als auch nonverbal), psychologische Beratung, Zuhören, Empathie, aktive Interpretation, Ressourcenorientierung und die Erstellung einer Familiengenealogie als Teil des Pflegeprogramms. Dieser Ansatz zielt darauf ab, den ungünstigen Interaktionsmodus zwischen Patienten und ihren Familien zu ändern und dadurch eine doppelte Veränderung von System und Individuum zu fördern.
Die systemische Pflegegruppe setzt sich aus den Pflegefachkräften zusammen aus sieben stationären Abteilungen, die am SYMPA-Projekt teilgenommen haben unter Leitung der Pflegedienstleitung. Die Pflegekräfte integrieren die systemischen Methoden in ihren Pflegealltag, führen monatlich eine systemische Stationsvisite durch und laden die Ärzte zu einem Feedback ein. Die systematische Pflegearbeit wird von einem professionellen psychologischen Dienst begleitet.

2. Psychologische Familiengespräche mit hospitalisierten Patienten (Januar 2019-Dezember 2019):

Vorbereitende Untersuchungen der Projektgruppe ergaben, dass kognitiv-behaviorale Interventionen im Zusammenhang mit einer medikamentösen Behandlung nur eine begrenzte Wirkung auf die Verbesserung der Behandlungscompliance bei Personen mit einer ersten Episode hatten. Unter den Patient*innen mit chronischen Krankheiten in der Gemeinde hatten weibliche Patienten, unverheiratete Patient*innen, Patient*innen, die bei Familienmitgliedern leben, und Patient*innen mit häufigen Krankenhausaufenthalten ein hohes Selbststigma und ein geringes subjektives Gefühl der Lebensqualität[5,6,7]. Die Untersuchung ergab, dass die meisten der Patient*innen mit psychischen Störungen, die in unsere Klinik kamen, eine belastete Familienatmosphäre hatten, einen geringen Grad an Persönlichkeitsdifferenzierung aufwiesen und einer starren Entweder-Oder-Denkweise folgten. Mit anderen Worten: Die Familien der meisten Patient*innen mit psychischen Störungen zeichneten sich durch ihr eingeschränktes Funktionieren, durch unzureichende Unterstützungsleistungen, mangelnde Flexibilität in der Kommunikation und im Gefühlsausdruck der Familienmitglieder sowie Anfälligkeit für Extremismus aus. In „Talk, Simple, Not Simple“, einem Kommunikationstrainingsprogramm, das von gemeindepsychiatrischen Rehabilitationszentren durchgeführt wurde, stellten wir fest, dass die Kommunikationsversuche der Patient*innen bei ihren Familien häufig auf negative Reaktionen stießen. Wenn zum Beispiel eine Patientin (Tochter) aktiv versuchte zu kommunizieren, schien die Familie (Vater) nicht zu kooperieren und zeigte sich abweisend, indem er sagte: „So kann ich nicht mit dir reden, sonst wirst du frech und ungehorsam.“
Wenn die Familie die Fortschritte des Patienten rechtzeitig erkennen kann und positive Reaktionen und Rückmeldungen gibt, wenn der Patient sich positiv verhält, dann kommt dies der Förderung und Konsolidierung des positiven Verhaltens des Patienten zugute. Dies zeigt, dass die Intervention auf familiärer Ebene und die Veränderung der Funktionsweise des Systems für eine stabile Rehabilitation der Patient*innen von entscheidender Bedeutung sind.
Daher haben wir die Familienmitglieder der hospitalisierten Patient*innen interviewt und dabei zwei Zwecke verfolgt: Zum einen haben wir die positive Wirkung der Familienmitglieder auf die Rehabilitation der Patienten gesehen und bestätigt und zum anderen haben wir die Familienmitglieder ermutigt, zu versuchen, das vernünftige Verhalten der Patienten zu verstehen und zu bestätigen.
Auf dieser Grundlage zielt das Familieninterview bei Patient*innen darauf ab, eine erste psychologische Intervention bei der Familie des Patienten mit Hilfe eines Gesprächs durchzuführen. Das Hauptziel besteht darin, den Übergang der Sichtweisen der Familienmitglieder auf die Krankheiten und die Probleme von der „Problemorientierung“ zur „Ressourcenorientierung“ und von der Fokussierung auf die Defekte der Patient*innen und Familien zur Entdeckung der „Ressourcen“, die in ihrem System bereits vorhanden sind, zu fördern. Das heißt, das Gespräch zielt darauf ab, die vorhandenen Ressourcen der Familie positiv zu sehen und die aktuellen Symptome unter positiven Gesichtspunkten zu interpretieren und sie aus einer neuen Perspektive zu beschreiben, anstatt eine überkritische und anklagende Haltung einzunehmen. Orientiert am Prinzip der Ressourcenorientierung unterstützt diese Methodik auf individueller Ebene die hospitalisierten Patient*innen dabei, die durch ihre Krankheit gemachten Erfahrungen in neue Ressourcen umzuwandeln, ihr psychologisches Selbstverständnis und das Verständnis ihres eigenen Verhaltens zu verbessern und ihren Fokus von den eigenen Risiken und Schwächen auf die Vorteile und Fähigkeiten zu verlagern, die sie bereits haben, um so das Wachstum der Individuen zu fördern. Die Familien wurden auch darin unterstützt, ihre Einstellung zu ändern und den Patient*innen nicht mehr nur als „Problemträger“ in der Familie zu identifizieren und zu erkennen, dass die Manifestationen des Patienten das Ergebnis von systemischen Interaktionen sind. Die internen Ressourcen in systemischen Handlungsvollzügen sollen dabei erkannt und eine gleichzeitige Stärkung des Individuums und der Familie durch aktive Förderung des Wandels des Systems erreicht werden. Diese Arbeit kann eine solide Grundlage bilden für die im Anschluss an die Behandlung weiterführende Therapie der Schizophrenie, für die Rückfallprophylaxe und die Rehabilitation der sozialen Funktionen.

> Die „Übergangszeit“ von der Krankenhausbehandlung bis zur Rückkehr in die Familie und die Gemeinde ist eine kritische Phase in der Rehabilitation

3. Entlassvorbereitungsgruppe (seit Januar 2022):

Die „Übergangszeit“ von der Krankenhausbehandlung bis zur Rückkehr in die Familie und die Gemeinde ist eine kritische Phase in der Rehabilitation

von Patient*innen mit psychischen Störungen[8]. Die Entlassvorbereitungsgruppe für Patient*innen mit psychischen Störungen ist eine der professionellen Dienstleistungen, die vom Sozialdienst unseres Krankenhauses angeboten werden. Ziel ist es, medizinische Behandlungsleistungen und soziale Hilfen zu integrieren, Rückfälle zu reduzieren, die Rehabilitation zu fördern, die Anpassungsfähigkeit von Patient*innen und Familien an die Gesellschaft zu unterstützen und die Stigmatisierung zu verringern[9].
Bei der Entlassplanung steht die soziale Unterstützung in einem engen und positiven Zusammenhang mit der Bereitschaft der Patient*innen zur Entlassung. Dabei ist die Unterstützung durch die Familie für die „Rückkehr nach Hause" und die „Rückkehr in die Gemeinde" entscheidend[10]. Bei der Arbeit der Entlassvorbereitungsgruppe werden daher die Familienmitglieder - insbesondere die familiären Betreuer*innen und gesetzlichen Sorgeberechtigten- ermutigt, am Entscheidungsprozess teilzunehmen und den Entlassplan mit dem Patienten zu besprechen, zu entwickeln und umzusetzen. Da die psychiatrische Versorgung derzeit krankenhauszentriert ist und die gemeindebezogenen Dienste unzureichend sind und nicht genügend Personal und nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen, ist eine maßgeschneiderte und kurzfristige Entlassvorbereitung für die verschiedene Patient*innen weniger wahrscheinlich. Systemische Konzepte und damit die Einbeziehung von Familienmitgliedern von Patient*innen mit psychischen Störungen in die familienübergreifende Entlassvorbereitungsgruppe sind ein effektiver und praktischer Ansatz für die Rehabilitation der Patient*innen. Gleichzeitig können die verschiedenen Familien voneinander lernen, und diese Praxis kann das Gefühl der sozialen Unterstützung verstärken, die Stigmatisierung verringern und eine kontinuierliche Rehabilitation beim Übergang der Patient*innen vom Krankenhaus in das soziale Umfeld fördern.
Die umfassende Nutzung der Ressourcen auf mehreren Ebenen zur Förderung der Rehabilitation von Patient*innen mit psychischen Störungen, die Förderung des Ausbaus der medizinischer Dienste und die Verbesserung der Zugänglichkeit medizinischer Dienste sind Entwicklungstrends des medizinischen Systems für die Zukunft, um dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation besser zu entsprechen: „sicherzustellen, dass die Menschen kontinuierliche Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung, Behandlung, Krankheitsmanagement, Rehabilitation und andere Behandlungsdienste erhalten und dass ihre Bedürfnisse während des gesamten Lebensverlaufs erfüllt werden".

4. Psychologische Interviews mit Patient*innen und Familienangehörigen in der Gemeinde (Januar 2020-Dezember 2020):

Langfristige und stabile Behandlungs- und Rehabilitationsdienste nach der Entlassung sind entscheidend für die Rehabilitation von Patient*innen mit psychischen Störungen. Der Mangel an Ressourcen für die familiäre und soziale Rehabilitation sowie die Stigmatisierung und die Zugangsschwellen von Diensten beeinflussen die Behandlungscompliance und führen zu einer schlechten Anpassung an das soziale Leben und zu hohen Rückfallquoten bei Patient*innen mit psychischen Störungen, wodurch das Phänomen der „Drehtür"[11] befördert wurde. Die Projektgruppe hat versucht, Interviews mit Familien von Patient*innen zu führen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, in ihre Familien und Gemeinden zurückgekehrt sind und in das gemeindebezogene Betreuungssystem für psychische Gesundheit aufgenommen wurden. Ziel dieser Gespräche ist es, den Patient*innen und ihren Familien zu helfen, die professionellen Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte besser zu verstehen und die Behandlungscompliance zu fördern, und gleichzeitig der Projektgruppe zu ermöglichen, die Hauptschwierigkeiten und -probleme der Patient*innen nach ihrer Rückkehr in die Familie und das soziale Leben zu verstehen. Durch die Befragungen hoffen wir, die Zugänglichkeit psychologischer Dienste zu verbessern, die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung für psychische Gesundheit zu fördern und die Fähigkeit der kommunalen Gesundheitszentren zu verbessern sowie allgemeine psychische Gesundheitsdienste anzubieten, um so den Mangel an medizinischen Ressourcen zu lindern und die belastete Arzt-Patienten-Beziehung zu entspannen.

> Zu den wichtigsten Problemen gehört die geringe Akzeptanz der Patient*innen und ihrer Familien gegenüber Psychotherapie. Beeinflusst von traditionellen Methoden neigen sie immer noch zu medikamentösen Lösungen.

Nach der Befragung der Familienmitglieder der stationär behandelten Patient*innen haben wir 20 Gruppen von Patient*innen und Familienmitgliedern in der Gemeinde ausgewählt, um herauszufinden, welche dringenden Probleme sie in ihrem täglichen Leben haben und auf welche Ressourcen sie in schwierigen Zeiten zurückgreifen können, um das Problem der mangelnden Behandlungscompliance und der niedrigen Beschäftigungsquote der Patient*innen in der gemeindenahen Rehabilitation zu lösen. Obwohl die Ressourcen in einigen Familien begrenzt sind, verfügt jede Familie über Ressourcen und solange wir das Wissen und die Fähigkeiten der Familien umfassend ergründen, erweitern und sie stärken, kann die Fähigkeit einer Familie, ihre „eigenen Ressourcen" zu entdecken, verbessert werden. Das hilft den Familien und Patient*innen, zu lernen, mit der Krankheit zu leben und die Auswirkungen der Krankheit auf ihr eigenes Leben zu minimieren.
Im Zuge der Befragung ist es beispielsweise leicht festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit der Familien und Erziehungsberechtigten - unter dem Einfluss der asiatischen Kultur, in der Familienbeziehungen einen hohen Stellenwert haben - nie in Erwägung gezogen hat, die Betreuung der Patient*innen aufzugeben. In dieser Kultur kümmern sich die Eltern um ihre Kinder, die Ehemänner um ihre Frauen, die Geschwister um ihre kranken Geschwister usw. In China wurden nach und nach umfassendere Strategien für die Behandlung und zum Schutz von Patient*innen mit schweren psychischen Störungen formuliert. Zu den regelmäßig gewährleisteten Schutzmaßnahmen gehören die Reduktion der Krankenhausbehandlungskosten, die kostenlose Bereitstellung von Medikamenten für arme Patient*innen und die Unterstützung bei der Behandlung schwerer und schwerwiegender Krankheiten usw. Die Formulierung und Umsetzung dieser integrativen Maßnahmen hat die Bereitschaft der Patient*innen und ihrer Familien, eine kontinuierliche und stabile Behandlung in Anspruch zu nehmen, deutlich gefördert.
Zu den wichtigsten Problemen, die sich

bei dieser Arbeit ergaben, gehört die geringe Akzeptanz der Patient*innen und ihrer Familien gegenüber Psychotherapie. Beeinflusst von traditionellen medizinischen Methoden neigen die Familien immer noch dazu, Krankheiten beseitigen zu wollen und den einzigen, leicht zu handhabenden Ansatz der medikamentösen Therapie zu wählen. Dies deutet darauf hin, dass es in Zukunft notwendig ist, die mit psychischen Störungen verbundenen psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren in den Populärwissenschaften zu erläutern und in die Prävention einzubeziehen, um ein systematisches Verständnis psychischer Störungen in der Öffentlichkeit - einschließlich dieser Patient*innen und ihrer Familien - und ein „bio-psycho-soziales" Verständnis zu fördern. Darüber hinaus befürchten Patient*innen und Betreuer*innen, dass es bei der Teilhabe der Patient*innen am gesellschaftlichen Leben, einschließlich der Arbeit, zu sozialen Konflikten und Rückfällen kommen kann aufgrund von Überforderungen und zu einer erhöhten Belastung für andere und die Gesellschaft. Dies sind Schlüsselfaktoren, die die Patient*innen bei ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft einschränken und steht auch in engem Zusammenhang mit dem Verständnis und der Akzeptanz von Patient*innen mit psychischen Störungen in der Gesellschaft und deutet darauf hin, dass das „soziale System" ein wichtiger Bestandteil der systemischen Arbeitsweise ist, der nicht vernachlässigt werden sollte.

Ausblick

Die Einladung von deutschen Fachleuten zu Weiterbildungsseminaren vertieft das Verständnis der verschiedenen Professionen im Krankenhaus für das Konzept der „systemischen" Herangehensweisen und ermutigt das Personal, neue Konzepte kreativ in seine ursprüngliche Arbeit zu integrieren. Unter dem Einfluss der unterschiedlichen medizinischen Systeme in China und Deutschland, des Mangels an Fachkräften und der Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie haben diese Versuche noch nicht zu einer systematischen Reform auf Krankenhausebene oder zum noch größeren Nutzen für Patient*innen und Familien geführt. Dennoch können Erprobungen in kleinem Rahmen Fachkräfte, Patient*innen und ihre Familien für den Nutzen der „systemischen" Arbeitsweise in der alltäglichen Arbeit sensibilisieren. Dadurch kann die Rehabilitation der Patient*innen und der familiäre Zusammenhalt gefördert werden. Der Ansatz ist ein kollektiver und kreativer Versuch im Rahmen des psychiatrischen, biologisch orientierten Mainstream-Konzepts der medizinischen Einrichtungen für psychische Gesundheit in China. Diese Bestrebungen wurden auch in dem Untersuchungsbericht und den Bericht über Psychosozialen Dienste in Shanghai Pudong New Area integriert.

Die Stigmatisierung psychischer Probleme führt dazu, dass die Bereitschaft, eine professionelle Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, gering ist. Gleichzeitig erschwert es die Wiedereingliederung von Patient*innen.

Während dieses Prozesses wurden allgemeine Probleme der Arbeit für die psychische Gesundheit in China sichtbar. Zum Ersten führt der Mangel an professionellen medizinischen und personellen Ressourcen, insbesondere auf der Ebene der Gemeinde, zu einer begrenzten Bedarfsdeckung der medizinischen und rehabilitativen Ressourcen. Im Shanghai Pudong New Area wird z.B. das Management der gemeindenahen Präventions- und Behandlungsdienste von 47 kommunalen Gesundheitszentren übernommen. Jede Gemeinde verfügt über ein oder zwei medizinische Betreuer*innen für die Bewohner*innen und jedes medizinische Betreuungspersonal der Gemeinde muss im Durchschnitt 530 Patienten*innen mit schweren psychischen Störungen betreuen, so dass die Arbeitsbelastung ständig zu hoch ist. Zweitens ist die fachliche Zusammensetzung des Teams für psychische Gesundheit relativ einseitig, und der Mangel an psychologischen Fachkräften und Sozialarbeiter*innen erschwert die Förderung psychologischer Konzepte und psychologischer Dienstleistungen im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess. Das Konzept, der medizinischen Behandlung den Vorzug zu geben und die Prävention zu vernachlässigen, führt dazu, dass dem Einsatz und der Förderung von psychiatrischen Abteilungen, klinischer Psychologie, psychologischen Berater*innen, medizinischem Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen usw. im medizinischen Gesundheitssystem nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Gleichzeitig gibt es immer noch Defizite beim Aufbau von Abteilungen in medizinischen Einrichtungen. Obwohl verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um klinische psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern in China einzurichten, sind die für die psychologischen Fachkräfte bereitgestellten Stellen immer noch unzureichend, was zu einem Mangel an psychologischen Fachkräften in medizinischen Einrichtungen und einem Mangel an Kapazitäten bei psychologischen Dienstleistungen führt. Drittens deckt die derzeitige Krankenversicherung die Kosten für psychologische Beratung und Psychotherapie nicht angemessen ab, was die Patient*innen davon abhält, professionelle Dienste in Anspruch zu nehmen. Diese gegenwärtige Krankenversicherungspolitik führt dazu, dass die Patient*innen nicht genügend psychologische Beratung und Psychotherapie über die Krankenversicherung bezahlt bekommen, was ein wichtiges Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller psychologischer Dienstleistungen durch Patient*innen und ihren Familien darstellt.

Viertens sind das Bewusstsein, die Aufmerksamkeit und die Akzeptanz der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit, insbesondere für schwere psychische Störungen, nicht hoch. Die Stigmatisierung psychischer Probleme führt dazu, dass die Bereitschaft, eine professionelle Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, gering ist. Gleichzeitig erschwert die durch soziale Diskriminierung verursachte Stigmatisierung die Wiedereingliederung von Patient*innen mit schweren psychischen Störungen in die Gesellschaft. Um zu verstehen, wie die oben genannten Zwänge überwunden und die „systemische" Arbeitsweise im gesamten Prozess des psychologischen Dienstes in der Anwendung gefördert werden kann, sind daher ständige Überlegungen und Untersuchungen erforderlich.

Danksagungen

Y Guo, Y Lu, ZC Cao, YY Sun, Q Wang und CP Hu, Mitglieder der Abteilung Chronic Disease Control and Prevention in der Psychiatrie, sind für die Interviews in der Gemeinde zuständig; YH Chen, XY Zhang und BH Huang, Sozialarbeiter, sind für die Befragung zur Vorbereitung der Entlassung verantwortlich; HY Qin und Ling Wang sind für die Befragung der Familien

der stationären Patienten zuständig; und HY Qin, Ling Wang, FZ Chen, L Liu und XD Zhao sind für die Schulungen der Gruppen aller Mitarbeiter von SYMPA verantwortlich.

Finanzierung

Diese Forschung wurde von der städtischen Gesundheitskommission von Shanghai Pudong finanziert (PWYgts2021-01 und PWYgy2021-02).

Anmerkungen

1. Qin, H., et al., Bericht aus Shanghai: das Pudong New Area Mental Health Center startet Sympa-Projekt. Familiendynamik, 2019. 44(03): p. 198–203.
2. Dirik, A., et al., Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. BMJ Open, 2017. 7(9): p. e017680.
3. von Sydow, K., et al., The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. Fam Process, 2013. 52(4): p. 576–618.
4. Onwumere, J., et al., The last taboo: The experience of violence in first-episode psychosis caregiving relationships. Psychol Psychother, 2019. 92(1): p. 1–19.
5. Fan, X., et al., Retrospective Evaluation of the Correlation Between Previous Hospitalizations, the Type of Current Living Space, and Quality of Family Function. Front Psychiatry, 2020. 11: p. 215.
6. Guo, Y., S. Qu, and H. Qin, Study of the relationship between self-stigma and subjective quality of life for individuals with chronic schizophrenia in the community. Gen Psychiatr, 2018. 31(3): p. e100037.
7. Wang, L., et al., Correlation Analysis of the Quality of Family Functioning and Subjective Quality of Life in Rehabilitation Patients Living with Schizophrenia in the Community. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(7).
8. Galvin, E.C., T. Wills, and A. Coffey, Readiness for hospital discharge: A concept analysis. J Adv Nurs, 2017. 73(11): p. 2547–2557.
9. Weiss, M.E., et al., Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital: The READI Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open, 2019. 2(1): p. e187387.
10. Mabire, C., et al., Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud, 2019. 90: p. 13–20.
11. Qin, H., et al., Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first-episode schizophrenia: a 4-year follow-up study. Shanghai Arch Psychiatry, 2014. 26(1): p. 42–8.

Die psychiatrische Versorgung in Dänemark

Superkrankenhaus versus Sozialraumnähe

Von Lena Suchanek, Karen Rose Steen Schrøder und Robert Bering

Einleitung

Skandinavien steht für Modernisierung, Liberalisierung und Digitalisierung. Wir werfen einen Blick auf die psychiatrische Versorgung in Dänemark und interessieren uns für folgende Fragen:

- Welche strukturellen Unterschiede der Gesundheitssysteme sind zwischen Dänemark und Deutschland gegeben?
- Welche Möglichkeiten bietet die Digitalisierung des Gesundheitswesens?
- Wie gelingt es Dänemark trotz Zentralisierung der Versorgung durch „Superkrankenhäuser“ Sozialraumnähe zu gestalten?
- Welchen Stellenwert hat die Psychotherapie?

In unserem Beitrag antworten wir auf diese Fragen und wägen ab, in welchen Punkten Dänemark Modellcharakter hat. Hierbei beginnen wir mit der Ausgangslage und stellen die Grundzüge des Zentralisierungskonzeptes der psychiatrischen Versorgung dar. Anschließend beschreiben wir Merkmale der Rehabilitation, die Sozialraumnähe schafft.

Lena Suchanek
Institut für Psychologie und Psychotherapie in der Heilpädagogik und Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.

Robert Bering
Institut für Psychologie und Psychotherapie, Universität Köln. Regionspsykiatri Gødstrup, NIDO – Center for Research and Education, Herning, Denmark.

K.R. Steen Schrøder
Regionspsykiatri Gødstrup, NIDO – Center for Research and Education, Herning, Denmark.

Länderspezifische Unterschiede der Gesundheitssysteme

Dänemark ist ein Königreich, das durch nationale Verbundenheit geprägt ist. Die zentrale Steuerung hat eine lange Tradition – hierdurch zeichnet sich auch das Gesundheitswesen aus. Im Unterschied hierzu ist in Deutschland die politische Ordnung föderal. In Deutschland sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), die gesetzlichen Rentenversicherungen oder die gesetzliche Unfallversicherung Beispiele für unterschiedliche Leistungsträger, die in eigene Rechtsräume der Sozialgesetzbücher gegliedert sind. In Dänemark sind die Leistungsträger der Krankenbehandlung und Rehabilitation im Wesentlichen die fünf Regionen und die 98 Kommunen des Landes. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens werden auf nationaler Ebene ministeriell bestimmt und durch die Nationale Gesundheitsbehörde [Sundhedsstyrelsens] umgesetzt. Gleichermaßen ist z.B. die Aufsichtsbehörde der Patientensicherheit [Styrelsen for patientensikkerhed] auf nationaler Ebene angesiedelt.

Während man in Deutschland auf den Wettbewerb zwischen und unter den gesetzlichen und privaten Krankenkassen setzt [das gilt auch für die Leistungserbringung im Krankenhauswesen], so gibt es in Dänemark eine öffentliche Krankenversicherung, die sich über Steuereinnahmen finanziert. Das Leistungsspektrum der dänischen Krankenversicherung [sygesikkring] ähnelt dem Leistungsspektrum der GKV, allerdings werden zahnärztliche Leistungen, Medikamente und psycho-

Abbildung 1: Superkrankenhaus Gødstrup mit Zuständigkeit von 6 Kommunen in der Region Midt von Dänemark

therapeutische Leistungen (bestenfalls) bezuschusst.
Das dänische System stützt sich auf staatlich gelenkte kommunale, regionale und nationale Vereinheitlichung; das deutsche System stützt sich auf wirtschaftlichem Wettbewerb nach Maß. Die Aufgaben der Kommunen ist in Dänemark z.B. die Vorbeugung, die häusliche Krankenpflege, die Rehabilitation und Hilfen für Betroffene von Suchterkrankungen. Sie wird damit zum Träger der sozialen und beruflichen Rehabilitation einschließlich der ambulanten medizinischen Rehabilitation [Genoptraining]. Die Regionen sind in erster Linie für die Organisation des Krankenhauswesens sowie der Allgemeinmediziner und Fachärzte zuständig. Auf Grund von Versorgungsengpässen – insbesondere der fachärztlichen Versorgung – gewinnen private Krankenversicherungen [z.B. Tryg] im dänischen System zunehmend Einfluss, weil Wartezeiten im öffentlichen System hierdurch umgangen werden können.
Während in Dänemark der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens durch die Ausstellung einer Gesundheitskarte [Sundhedskortet] durch die Kommunen geregelt ist, so ist die Finanzierung medizinischer Leistungen im deutschen System ein komplexes Regelwerk, welches sich auf den Arbeitgeber und den Bürger verteilt. Zusammenfassend kann man sagen, dass im dänischen System die Krankenbehandlung durch die Regionen [sekundær sektor] und die Rehabilitation durch die Kommunen [primær sektor] organisiert und getragen werden. Hierdurch entsteht (nur) eine zentrale Schnittstelle der Versorgung im Übergang von den Regionen zu den Kommunen und umgekehrt. In Deutschland gibt es durch die Gliederung des Systems vielfältige Rechtsräume, die durch das SGB IX zusammengehalten werden sollen. Hinzu kommen für beide Systeme die Sektoren der stationären, teilstationären, mobilen und ambulanten Behandlung.
In Dänemark ist die Versorgung geographisch geprägt. Der Hausarzt ist Allgemeinmediziner, der auch auf Grund des Facharztmangels große Teile der psychiatrischen Versorgung übernimmt. Die psychiatrische Krankenhausversorgung umfasst stationäre Betten, Ambulanzen und mobile Teams, die für die Akutversorgung der schweren psychiatrischen Krankheitsverläufe zuständig ist. Die elektiven Zuweisungen erfolgen über den zentralen psychiatrischen Aufnahmedienst [Psykiatriske Centrale Visitation], die überprüft, ob die Zielgruppenbeschreibungen erfüllt sind. Das ist für deutsche Verhältnisse ungewohnt, weil die Krankenhauseinweisung direkt durch den Fach- oder Hausarzt erfolgt. Die psychiatrischen Akuteinweisungen erfolgen in Dänemark über die Allgemeinmediziner, Fachärzte und insbesondere über die Notdienste [Vagtlæge]. Die Wahl des Krankenhauses kann davon abhängig sein, ob eine besondere Spezialisierung [Regionsfunktion, Højt Specialiseret Funktion] erforderlich ist.
In Deutschland ist das Prinzip der freien Arztwahl kulturell fest verankert; der behandelnde Arzt kann selbst gewählt und das zuständige Krankenhaus muss nicht das nächstgelegene sein. Für die psychiatrische stationäre Versorgung gelten in Deutschland faktische Einschränkungen.
Die freie Arztwahl ist in Dänemark zwar gesetzlich zugesichert, allerdings spielt der Wohnsitz und die so genannte regions- und hochspezialisierte Funktion von einzelnen Krankenhäusern eine entscheidende Rolle. Mit anderen Worten: Wenn es nur ein Superkrankenhaus gibt, dann stellt sich die Frage der Krankenhauswahl nur theoretisch. Die Möglichkeit einer persönlichen Chefarztbehandlung gibt es in dänischen öffentlichen Krankenhäusern nicht.
Ein zentraler Unterschied der beiden Gesundheitssysteme ist die Organisation der Leistungsträgerschaft. Während in Dänemark die Krankenhäuser (einschließlich ihrer Ambulanzen) in öffentlicher Trägerschaft sind, zeigen wir in der folgenden Abbildung das Wachstum der Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland von 1991 bis 2015. Die Zahlen des Statistischen Bundesamts zeigen, dass inzwischen nur etwa jedes dritte deutsche Krankenhaus in staatlicher Hand ist. Seit den 90er Jahren hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser

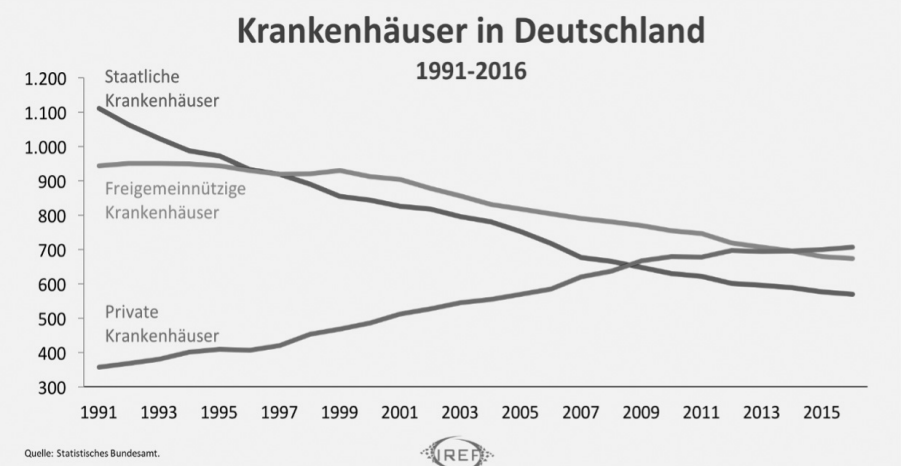


Abbildung 2: Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland / Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015

fast verdoppelt. Hinzu kommen freigemeinnützige Krankenhäuser von meist kirchlichen Trägern, die knapp 35 % der Krankenhäuser ausmachen. Hieraus leiten wir ab, welche wirtschaftlichen Interessen mit der Leistungserbringung im Krankenhaus verbunden sind. Das Wirtschaftlichkeitsgebot prägt das deutsche System. Das dänische System hat sich vom Gleichheitsgebot der psychiatrischen Versorgung lenken lassen. Allerdings wird der Gleichheitsgrundsatz durch Versorgungsengpässe relativiert.

Krankenhausbetten und Personalschlüssel

Im Jahr 2020 wurden deutschlandweit rund 487.783 Krankenhausbetten gezählt (vgl. statistisches Bundesamt, 2015). Damit hat sich die Anzahl von Krankenhausbetten seit 1991 um rund ein Viertel verringert. Besonders öffentliche und freigemeinnützige Träger reduzierten, wohingegen die privaten Häuser ihre Kapazitäten ausbauen konnten. Im internationalen Vergleich belegt die Bundesrepublik Deutschland mit rund 8 Betten je 1.000 Einwohner einen Spitzenplatz (vgl. ebd.).
Die niedrigere Anzahl von psychiatrischen (Krankenhaus-)Betten in Dänemark geht unter anderem auf den Unterschied der Behandlungsarten zurück. In Deutschland wird medizinische Rehabilitation auch in stationären Einrichtungen durchgeführt, wodurch mit einer höheren Bettenanzahl zu rechnen ist. Im Jahr 2017 gab es in Deutschland bei einer Einwohnerzahl von circa 82 Millionen Menschen 73.944 Betten in psychiatrischen Kliniken (vgl. statistisches Bundesamt, 2019), in Dänemark waren es zeitgleich ungefähr 5,6 Millionen Einwohner und 2.893 Betten (vgl. Psykiatriregisteret 2013-2018, 2019). Allerdings ist die Personalausstattung in Dänemark größer normiert. Ein Teil der höheren Personalbemessung dient dem Stundenausgleich der 37 Wochenstunden (einschließlich Pausen, die als Arbeitszeit gelten). Durch einen höheren Personalschlüssel, krankenhausangebundene Mobilteams und Vorsorgeteams kann Hospitalisierung in Dänemark verringert werden.
Anhand Abbildung zwei wird die Personalbemessung in Krankenhäusern in einem internationalen Vergleich dargestellt.
Pro 1.000 Fälle sind in Deutschland im Jahr 2013 25,5 Vollzeitäquivalenten (7,6 Ärzte und 17,9 Pflegekräfte) angestellt. Dies entspricht nur 40 bis 50 Prozent der Werte in Japan (65,7), Dänemark (60,9), Norwegen (57,3), Island (48,3) oder der Schweiz (46,6). Nur in Belgien (3,4) und den USA (6,2) werden weniger Ärzte pro Fall als in Deutschland eingesetzt und in der Pflege gibt es nur in Israel (17,6) und Ungarn (14,3) weniger Personal. Es gibt auch für die Psychiatrie in Dänemark eine höhere Personalbemessung, die sich allerdings auf weniger psychiatrische Krankenhausbetten verteilt.

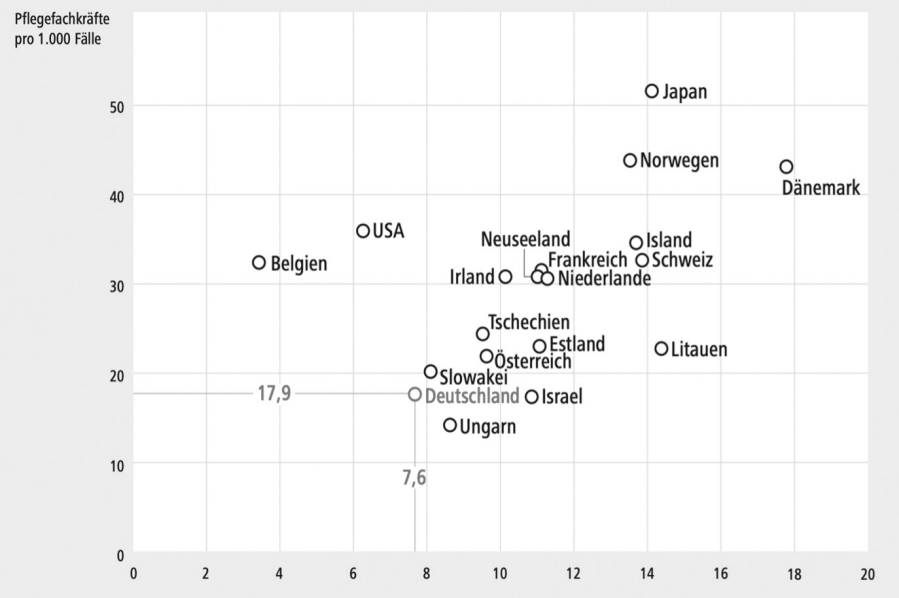


Abbildung 3: Im Krankenhaus tätige Ärzte und Pflegefachkräfte (inkl. Hebammen) pro 1.000 Fälle für ausgewählte OECD-Länder 2013 (bzw. das letzte verfügbare Jahr: Werte für die USA von 2010, Japan 2011, Niederlande, Schweiz und Slowakei 2012) / Quelle: https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++597b2cdff1b4cd1fdacb87e/download/V03-17-041%20Brosch_Personalbemessung_WEB.cleaned.pdf (Stand 30.11.22)

Welche Möglichkeiten bietet die Digitalisierung des Gesundheitswesens?

Das Vertrauen auf den Staat hat in Dänemark im Vergleich zu Deutschland einen hohen Stellenwert. Dieser kulturelle Hintergrund hat dem System geholfen, ein datensicheres elektronisches Postfach [e-boks] zu etablieren, die Grundlage für die Kommunikation mit dem Staat ist. Das gilt für alle Behörden einschließlich des Steuer- und Bankwesens [netbank]. Analog ist der Umgang mit Gesundheitsdaten. Das so genannte Elektronisk Patientjournal (EPJ) umfasst alle Gesundheitsdaten. In der Fælles Medicinkort [FMK] können autorisierte Akteure der Gesundheitsberufe, die einen Bürger in Behandlung haben, Informationen über dessen Medikamente oder Impfungen einsehen und diese Informationen registrieren und ändern. Hierdurch entsteht eine Vereinheitlichung der Informationszugänglichkeit zwischen Hausarzt, Krankenhaus und Apotheke. Aus Sicht des deutschen Systems ist bemerkenswert, dass die Patienten Ihre eigene Krankenakte digital in Echtzeit [sundhed.dk] einsehen können. Hierdurch wird ein wesentlich hohes Maß an Transparenz bei gleichzeitiger Steuerung und Monitorierung der „Volksgesundheit“ geschaffen. Vor Missbrauch schützt der elektronische Fingerabdruck.
Durch die Digitalisierung werden Archive geschaffen, die Doppelverordnungen, Doppeluntersuchungen und Missverständnisse eindämmen. Allerdings wird leicht unterschätzt, dass die Digitalisierung einen erhöhten Zeitaufwand einfordert, um die Daten einzupflegen. Nicht immer kann sich die Komplexität eines Gesundheitsproblems in einem digitalen Algorithmus abbilden. Das gilt insbesondere für psychotherapeutische Fallbeschreibungen. Grundsätzlich wird in Deutschland noch konservativer als in Dänemark gearbeitet; zum Beispiel mit Rezepten und Überweisungen für Patienten in vom Arzt signierter Papierform. Im Vergleich zu Dänemark steht in Deutschland die Digitalisierung in den Anfängen.

Sozialraumnähe der psychiatrischen Versorgung

Die dänischen Kommunen sind Träger der Rehabilitation und haben sich (ana-

log zu Deutschland) den Ansprüchen der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet. Die Psychiatrie ist dem Recht auf Gesundheit verpflichtet und bietet mit ihren Diensten und Einrichtungen Menschen mit längerfristigen psychosozialen Beeinträchtigungen Angebote zur Behandlung. So trägt sie zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit von vielen Menschen bei (Zinkler et al., 2016, S. 18). Der Anspruch, Menschen mit Beeinträchtigungen in ihren Rechten zu achten und sie vor Übergriffen in der Psychiatrie zu schützen, ergibt sich aus der Achtung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Beeinträchtigungen und des Rechts, wegen einer Beeinträchtigung nicht diskriminiert zu werden (ebd., S. 19). Diese Regelungen implizieren das Recht eines jeden Menschen auf Mitbestimmung und Teilhabe, was zur Sozialraumnähe führt. Je mehr ein Mensch zur Partizipation und in seiner Fähigkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen, gefördert wird, desto mehr kann man von Sozialraumnähe und Selbstbestimmung sprechen.
In Dänemark arbeiten häufig mobile, ambulante und stationäre Teams aus/in einem Hause zusammen, wodurch alle Bereiche durch eine Institution erbracht werden können. Hierbei können Leistungen des Krankenhauses und Leistungen der Kommune Hand in Hand gehen. Es wird vermehrt mobil und auch präventiv in den Mobil- und Vorbeugeteams der Krankenhäuser gearbeitet, um stationäre Unterbringungen zu vermeiden. Ähnlichkeiten weisen die mobilen Teams der Dänen mit der „stationsäquivalenten Behandlung“ in Deutschland auf.
Diese Teams sind direkt an die Superkrankenhäuser der Dänen geknüpft und können so die geringe Anzahl der Krankenbetten (teilweise) kompensieren. Auch kann durch die aufsuchende Arbeit Sozialraumnähe konzipiert und Teilhabe an der Gesellschaft sowie Eigentätigkeit und Handlungsfähigkeit im sozialen Umfeld ausgebaut werden.
Die Versorgung aus einer Hand ist aufgrund kurzer Dienstwege unkomplizierter und erleichtert den Patienten Vertrauen (zum Beispiel zu neuen Fachkräften) zu fassen. Ein Beispiel ist der Koordinations- bzw. der Behandlungsplan, der an den Schnittstellen von primären (Kommune) und sekundärem Sektor (Region) zwischen Patienten und den Leistungsträgern vereinbart wird. Dieser Koordinationsplan regelt die Zuständigkeiten von Kommune und Region am Einzelfall. Dadurch ist es außerdem möglich, den Wechsel zwischen zwei Fachkräften schleichend zu gestalten, indem sich die Patienten mit den jeweiligen Vertretern der Kommune treffen können, bevor ein Übergang erfolgt.
In einigen Modelleinrichtungen sitzen bereits Mitarbeiter der Region und der Kommune, um Anträge zu bearbeiten und stellen dadurch eine gut organisierte Schnittstelle dar (zum Beispiel im Akut Ambulant Team Holstebro). RehaPro hat in deutschen System Initiativen auf den Weg gebracht, die Ähnlichkeiten zum dänischen Modell aufweisen. So sitzen z.B. im Teilhabehaus Bonn die Kooperationspartner in einem Haus, wodurch bekannte Räumlichkeiten und kurze Wege für die Klienten und verschiedene, individuell zugeschnittene Angebote genutzt werden können. Mittlerweile gibt es auch in Deutschland immer mehr psychosoziale Beratungsteams, die auch mobil bzw. aufsuchend arbeiten, um mehr Sozialraumnähe zu schaffen. Ein Beispiel sind die sozialpsychiatrischen Dienste der evangelischen Gesellschaft (eva) in Stuttgart mit dem Modellprojekt „Reset“, was auch ein Mobilteam umfasst (David Walburg und Kirsten Wolf, persönliches Interview, Stuttgart 13.10.2022).

Welchen Stellenwert hat die Psychotherapie?

In Dänemark hat die ambulante Psychotherapie im Richtlinienverfahren noch keinen festen Platz gefunden. Psychotherapie kann in der so genannten Paketbestellung [Komplexbehandlung, dänisch Pakkeforløb] ein Bestandteil der Behandlung in den Ambulanzen der Krankenhäuser sein. Die Bedarfsfeststellung und die Finanzierung der ambulanten Psychotherapie durch die öffentliche Hand ist eine „kann“ aber keine „muss“ Leistung. Psychotherapeutische Leistungen sind in der Regel (Zu)zahlungspflichtig.
Es fehlt an einer Vereinheitlichung, wie wir es aus dem deutschen System gewohnt sind, dass approbierte Psychologen selbstständig kassenfinanziert an der Heilkunde teilnehmen. Darüber hinaus gibt es Überschneidungen zwischen der Berufsgruppe der Psychologen und der Berufsgruppe der psychotherapeutisch ausgebildeten Krankenschwester. So übernehmen z.B. die Krankenschwestern des Mobilteams der verantwortlichen Psychiatrie therapeutische Aufgaben mit psychotherapeutischen Elementen. Aus deutscher Perspektive ist zu bedenken, dass der Heilpraktiker eine Besonderheit ist, den man im dänischen Gesundheitssystem nicht kennt.
Die dänischen Psychiater haben eine biologisch verankerte Tradition. So ist z.B. die Elektrokrampftherapie für Menschen mit schweren Depressionen, bei denen Psychopharmaka nicht (mehr) den gewünschten Effekt bieten, eine weit verbreitete Primärbehandlung oder Behandlungsalternative.

Welche Unterschiede stechen im Systemvergleich hervor?

Die prägnanten Unterschiede in der Versorgung gehen auf einige länderspezifische Strukturen zurück:

- Das Gesundheitswesen ist in Dänemark zentral organisiert, digitalisiert und finanziert. Im Wesentlichen gibt es nur eine Schnittstelle im Übergang der Leistungen der Region (Krankenbehandlung) und Kommune (Rehabilitation und Sozialleistungen). Die gut organisierten Schnittstellen zwischen Kommune und Region erleichtert die Sozialraumnähe. Deutschland zeichnet sich durch ein gegliedertes Sozialsystem aus, und Leistungen werden durch unterschiedliche Träger organisiert und finanziert.
- In Dänemark übernehmen die hausärztliche Versorgung die Allgemeinmediziner; die fachärztliche Versorgung ist überwiegend an das Krankenhauswesen gebunden. Hierdurch übernimmt der Allgemeinmediziner Anteile der psychiatrischen Versorgung.
- Der Leistungsnehmer in Deutschland kann sich entscheiden, wo er sich vorstellt und bei welchem Arzt oder Therapeuten er behandelt werden möchte. Diese Möglichkeit haben insbesondere Privatversicherte. Dies führt in Deutschland zu sozialen Ungleichheiten.
- In Deutschland hat die Expertise der Ärzte einen hohen Stellenwert. Die Zuweisungen erfolgen von Arzt zu Arzt. In Dänemark sind die Art, der Umfang der Leistung und der Leistungserbringer sehr stark von der psychiatrischen Diagnose abhängig [Pakkeforløb].
- Die Dänen profitieren von höheren Personalschlüsseln, einer Kultur des

guten Arbeitsmilieus und von einer 37 Stundenwoche. Hierdurch gewinnt das Land einen guten Ruf der work life balance.
- Dänemark hat auf Grund der durchdrungenen Digitalisierung Modellcharakter für Europa. Allerdings stellen wir fest, dass in Dänemark die diagnosegelenkte zentrale Steuerung der Patienten Wartezeiten an den Schnittstellen schafft, die bei einem generellen Fachärztemangel zu politischen Diskussionen führt.

Literatur

Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A. (Hg.) (2019): Safewards. Sicherheit durch Beziehung und Milieu. 2. Auflage. Psychiatrie Verlag. Köln.

Maribo, T., Ibsen C, Thuesen, J., Nielsen C.V., Johansen, J.S., Vind, A.B. (2022): Hvidbog om Rehabilitering. White Paper on Rehabilitation. Rehabiliteringsforum Danmark. Aarhus.

Psykiatriregisteret (2019): Opdaterede psykiatrital for 2018. https://www.regioner.dk/media/11429/opdaterede-psykiatrital-for-2018.pdf (zuletzt aufgerufen am 30.11.22, 12:47 Uhr)

Statistisches Bundesamt (2019): Krankenhäuser nach Fachabteilungen. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2017. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html (zuletzt aufgerufen am 05.12.22, 17:23 Uhr)

WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hg: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI.

Zinkler, M., Laupichler, K., Osterfeld, M. (Hg.) (2016): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag. Köln.

Wir danken einer großen Zahl von Expertinnen und Experten in Dänemark und Deutschland, die den Ländervergleich möglich gemacht hat. Hierzu gehören:
- Akute Ambulant Team in Holstebro mit Lene Søndberg Spaabæk und Per Paavo als Vertreter der Kommune Holsterbro, August 2022
- DEFACTUM mit Professor Thomas Maribo, Aarhus August 2022
- Eva Stuttgart, sozialpsychiatrischer Dienst mit David Walburg und Kirsten Wolf sowie Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart 2022
- Regionspsychiatrie Gødstrup besonders mit Heidi Lærche, Betina Bølling, Jes Holmstoel, Søren Lund, Delia Neerken, Anders Spanggård und weiteren, Juli & August 2022'
- Teilhabehaus Bonn mit Friederike Hertel, Oktober 2022

2x3 macht 4 videvit und 2 macht Neune

Sozialpsychiatrie in Österreich – eine durchaus herzeigbare Melange

Von Günter Klug

Zum Verständnis der Situation der Sozialpsychiatrie in Österreich bedarf es einiger Informationen über das Land, dessen Struktur und Organisation.

Einleitung

Österreich ist ein Bundesstaat mit 9 Bundesländern in sehr unterschiedlicher Größe, Struktur und Flächenausdehnung. Neben urbanen Ballungsräumen gibt es auch viele ländliche, eher dünn besiedelte Regionen.
So ist im Gesundheits- und Sozialbereich der Bund für die Rahmengesetzgebung zuständig, die Länder erlassen die konkreten Umsetzungsgesetze und Rahmenbedingungen und setzen diese auch organisatorisch um.
Die Bundesländer haben also, obwohl sie selbst kaum Steuern einheben, in der Gesetzgebung und deren Umsetzung weitreichende Kompetenzen.
Finanziert wird das durch eine Vereinbarung, die die Mittel des Bundes über einen sehr komplexen Schlüssel den Ländern und Gemeinden zuteilt.
Österreich ist nur unwesentlich größer als Bayern und hat deutlich weniger Einwohner. Trotzdem leistet es sich 9 unterschiedliche Strukturen im Gesundheits- und Sozialbereich (bei einer Bundeslandgröße von 300.000 bis 2 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern).
Trotz verschiedener Bemühungen seitens des Bundes, der Länder und den Versorgern um Angleichung dieser Systeme, kann deshalb nicht von einer einheitlichen Struktur und einem einheitlichen Stand der Planung und Versorgung ausgegangen werden.
In diesem Artikel wird eine Vereinfachung versucht, um ein grobes Bild zu ermöglichen. Zur genaueren Beurteilung muss die komplexe Hintergrundstruktur aber immer mit bedacht werden.

Günter Klug
PD, Dr. Psychiater, Psychotherapeut, Pro mente Austria, Österr. Dachverband f. Vereine u. Gesellschaften f. psychische u. soziale Gesundheit (Präsident) Psychosoz. Dienste Steiermark (Obmann), GFSG Gesellschaft zur Förderung seel. Gesundheit GmbH (Mediz. fachl. Geschäftsführer)

Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Sozialpsychiatrie hat sich in Österreich im Unterschied zu anderen Ländern nicht aus übergreifenden gesetzlichen Regeln entwickelt, sondern wurde von aktiven Einzelpersonen mit entsprechendem Problembewusstsein und günstiger Positionierung in Politik, Verwaltung und auf Trägerebene vorangetrieben.
Die dadurch fehlende Planungskonsistenz wurde durch regional unterschiedliche Schwerpunkte, den Austausch von Erfahrungen durch Zusammenarbeit über Dachverbände sowie gegenseitiges Nutzen als Bench-Mark kompensiert. Das Ergebnis ist zwar eine heterogene Versorgung mit Stärken und Schwächen, aber in Summe muss sie einen Vergleich nicht scheuen.
Basis der Entwicklung in den letzten Jahrzehnten waren die Papiere der UN, WHO und der EU, im Besonderen

die „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ auch „Helsinki-Deklaration“ (1) genannt und die UN Behindertenrechtskonvention („Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“) (2), mit ihren entsprechenden Umsetzungen in nationale und regionale Umsetzungspapiere.
Eine kurze Zusammenfassung bietet die Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit - Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit in der 3. Auflage aus 2018 (3).
Die Grundhaltung, dass Psychiatrie ohne die Beachtung der vielen sozialen Einflussfaktoren nicht möglich ist, hat sich in der Fachwelt weitgehend durchgesetzt - „Keine Psychiatrie ohne Sozialpsychiatrie“.
Das deckt sich auch mit dem Gesundheitsziel 9 (psychosoziale Gesundheit) (4) der Österreichischen Gesundheitsziele (5).

Versorgungsstand

In den letzten 10 Jahren wurden hier auf nationaler Ebene einige Schwerpunkte aufgegriffen und in Arbeitsgruppen und den daraus folgenden Papieren angestoßen.
Hier sind besonders die Suizidprävention Austria (SUPRA), die Entstigmatisierung, die Stärkung der Selbstvertretung, die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Demenzstrategie, das Problem des Fachärztemangels, der Mangel an Datenerfassung, die bessere gegenseitige Vernetzung des stationären Bereichs mit niedergelassenem und ambulantem Bereich, etc. zu erwähnen.
Grundlegend ist zu sagen, dass derzeit im Allgemeinen die Versorgung im klassischen Erwachsenenbereich quantitativ besser ist als im Kinder- und Jugendbereich und im Bereich der älteren Menschen. Diesen Themen standen nicht immer ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung, um flächendeckende Angebote umzusetzen. Das führt in einigen Bereichen zum Entstehen vieler kleinerer Initiativen ohne übergreifende strukturierte Planung und Steuerung (z.B. im Demenzbereich).
Dadurch besteht die Gefahr, dass sich gerade aktuelle Themen durchsetzen und sich der Basisaufbau der Versorgung langsamer entwickelt.
Die Pandemie hat hier einiges in Bewegung gebracht. Das Thema psychische Belastung wurde und wird wesentlich stärker in den Medien und der Bevölkerung wahrgenommen.
Es scheint so, dass daraus ein gewisser Schwung für die Entwicklung der Versorgung entsteht. Ob das anhaltend ist, wird sich erst in Zukunft zeigen.
Tatsache ist, dass es in den letzten 10 Jahren durchaus Entwicklung in der sozialpsychiatrischen Versorgung in Österreich gegeben hat. Was aber weitgehend fehlt, ist die positive öffentliche Darstellung.
Das hätte den Bereich attraktiver gemacht und sozialpsychiatrische Haltung und Kompetenz wäre bei relevanten Nachbesetzungen einen höheren Stellenwert beigemessen worden.

Blitzlichter auf einige Schwerpunkte

Um ein Bild mit mehreren Facetten entstehen zu lassen, eine kurze Beleuchtung auf das System von verschiedenen Gesichtspunkten:

Das Menschenbild
Grundsätzlich sind Menschen mit psychischen Problemstellungen vor dem Gesetz gleichgestellt. Es existieren aber in älteren Gesetzestexten noch Formulierungen, die eindeutig diskriminierend sind.
Das bedeutet aber nicht, dass in unserem Rechtssystem bei allen Mitwirkenden schon selbstverständlich dieses Denken über die Gleichstellung vorherrscht. Auch wenn Offenheit zunehmend besteht, muss daran noch kontinuierlich gearbeitet werden.
In der engeren Fachwelt ist es meist nicht die Grundhaltung, sondern eher Überlastung und die sich daraus ergebende abgrenzende Haltung, die von betroffenen Menschen als wenig unterstützend bis abwertend empfunden wird.
Natürlich gibt es in der öffentlichen Haltung, aber auch in allen spezielleren Gruppierungen noch bewusste oder unbewusste Stigmatisierung, aber auch Selbststigmatisierung von Betroffenen und Angehörigen.
Tatsächlich ist die Sensibilität gestiegen und hat durch die Diskussionen um die Folgen der Pandemie noch einmal einen Schub bekommen.
In Österreich hat hier auch das erfolgreiche Suizidpräventionsprojekt SUPRA mit bewegt, da es über Medienrichtlinien und entsprechende Schulungen gelungen ist, die Berichterstattung nicht nur im Bereich Suizid, sondern allgemein über psychische Problemstellungen zu verbessern.

Die gemeindenahe Versorgung
Wie beschrieben entwickelt sich die gemeindenahe Versorgung weiter, hat aber einige wichtige (Teil-)Aufgaben teilweise noch vor sich.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind zu nennen:

Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung
Hier fehlt es z.B. an Personal, an regional rasch und niederschwellig erreichbaren Angeboten, an nachgehenden Betreuungsmöglichkeiten, stärkerem Schwerpunkt auf Kinder psychisch kranker Eltern, bessere Transitionsversorgung, etc.

Ausbau der Alterspsychiatrischen Versorgung
In diesem Bereich gibt es nur ein Pflegeheimgesetz, und sonst keine Regelungen, daher entsteht oft mehr vom Selben.
Nachgehende Betreuung in der eigenen Wohnung, Entlastung der pflegenden Angehörigen, enge Kooperation mit Heim und Krankenhaus und Unterstützung der 24-Stunden-Pflege, und ein besseres Informationsmanagement wären beispielsweise notwendig.
Da Demenz in diesem Bereich derzeit die „Leiterkrankung“ darstellt, werden viele Versorgungssysteme nur mehr darauf fokussiert. Damit besteht die Gefahr, dass alle anderen psychisch erkrankten älteren Menschen nicht gesehen werden, oder später Doppelgleisigkeiten aufgebaut werden müssten.
Derzeit entstehen viele mögliche Einzelelemente der Demenzversorgung und damit ein von Beginn an zersplittertes System.
Umfassende Modelle bestehen bereits, werden aber nicht konsequent genug und vor allem nicht flächendeckend einheitlich umgesetzt. Die Chance auf eine einheitliche Qualität in allen Regionen und Zuständigkeit für alle Problemstellungen, die nicht nach Wohnort, Einkommen und Diagnose differenziert, wird damit vertan.

Umfassende Modelle bestehen bereits, werden aber nicht konsequent genug und nicht einheitlich umgesetzt.

Personalmangel
Vielfach stößt der Ausbau der Versorgung an personelle Grenzen.
In erster Linie handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie.

Hier wird bereits in der Zulassung zum Studium durch den Prüfungsschwerpunkt Naturwissenschaft ohne Schwerpunkt Sozialkompetenz eine Vorauswahl getroffen, die die Entscheidung für soziale Fächer wie Psychiatrie nicht fördert. Bei der Bemessung der Studienplätze wird auf die Zahl der Köpfe fokussiert. Dass ein gewisser Teil in die private Ordination oder ins Ausland geht, wird bei bester Anwerbung durch heimische Dienstleister nicht zu umgehen sein. Zusätzlich wird scheinbar nicht mitbedacht, dass die Babyboomer in Pension gehen werden und diese einen gewaltigen Anteil an den derzeit aktiven Fachärztinnen und Fachärzten haben.
Zusätzlich verändert sich die Lebensplanung der jungen Menschen. Sie wollen nicht mehr 50 Stunden die Woche arbeiten, sondern wünschen sich eher 30. Das regt Unverständnis und Ärger bei älteren Planern, aber dass in Zukunft eventuell 2 Ärzte die Arbeit von derzeit einem machen werden, ist abzusehen. Das bei der Planung nicht mitzudenken, ist schlicht Realitätsverweigerung.
Derzeit beginnt sich auch ein Engpass bei den klinischen Psychologen und Psychologinnen zu entwickeln. Bei den Pflegekräften ist er bereits voll da. Hier wird im ambulanten Bereich schon jetzt vieles durch andere Berufsgruppen abgedeckt. Im stationären Bereich besteht nach der Belastung durch Covid und einigen Abgängen in allen Berufsgruppen eine generelle Überlastung, die das Risiko einer Abwärtsspirale in sich birgt.

Aufrechterhaltung der Versorgung in ländlichen Abwanderungsgebieten
Der Zuzug zu den Ballungsräumen ist ungehindert. Entlegene Regionen verlieren Bevölkerung, Perspektive und überaltern. Hier bedarf es eines Basisstocks an erreichbarer Versorgung unabhängig vom Einwohnerschlüssel.

Ausbau der Versorgung von speziellen Gruppen
Darunter fallen Menschen in der Asylversorgung, Armutsgefährdete, Wohnungslose, etc.
Hier gibt es verschiedene regionale Ansatzpunkte, aber weitgehend Unterversorgung.

Der Umgang mit Zwang
In Österreich gibt es eine hohe Anzahl von Einweisungen nach dem Unterbringungsgesetz (also mit Zwang).
Mehrere Faktoren tragen dazu bei.
Es gibt keine österreichweite flächendeckende Notrufnummer mit nachfolgender regionaler Krisenintervention.

> Es gibt keine österreichweite flächendeckende Notrufnummer mit nachfolgender regionaler Krisenintervention.

Gleichzeitig gibt es zu wenig Polizei- und Distriktsärzte, die vor Ort über eine Unterbringung entscheiden sollten, so dass Polizisten selbst entscheiden müssen und daher oftmals auf Nummer sicher gehen und eine Unterbringung veranlassen.
Nach stationärer Aufnahme ist der Prozess dann aber im Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG) (6) gut geregelt. Grundsätzlich sind die gesetzlichen Regelungen weitgehend ausreichend, es fehlt aber an sofortiger Unterstützung vor Ort und an Personal.

Selbstvertretung und Trialog
Bezüglich der finanziellen Unterstützung der Selbstvertretung und Peerarbeit sind die Levels in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Einbindung in die Planungsgremien ist aber fast flächendeckend umgesetzt. Ähnliches trifft auch auf die Angehörigenorganisation zu, die sehr gut sowohl regional als auch als nationaler Zusammenschluss organisiert ist. Seitens des Gesundheitsministeriums ist es gelungen, über die Gesundheit Österreich GmbH GÖG eine Dachorganisation über alle Selbstvertretungsinitiativen ins Leben zu rufen. Es ist davon auszugehen, dass die Bundesländer, die derzeit Selbstvertretung und Peerarbeit noch kaum unterstützen, in den nächsten Jahren nachziehen werden.
Die Anstellung von Peers erfolgt in einigen Bundesländern. Auch wenn hier die Aktivitäten zunehmen, ist von flächendeckendem Einsatz in allen Bereichen noch lange keine Rede. Grundlegende Themen wie Ausbildung, Einstufung, Einsatzgebiet etc. müssen in vielen Bundesländern noch geklärt werden.
Der klassische öffentliche Trialog findet nur in einigen Bundesländern statt.

Zusammenfassung

Die Sozialpsychiatrie in Österreich ist eine sich in Wellen bewegende Materie. Das Positive daran ist, dass sie sich bewegt und auch immer wieder neue Entwicklungen zeigt. Getrieben wird diese Entwicklung nach wie vor von einzelnen Personen in allen Segmenten von Politik, Behörden, Trägern, Betroffenen und Angehörigen. Generelle nationale Regelungen sind schwierig, oft nur über Qualitätsstandards zu erreichen und brauchen Zeit. Ausreichend Planungszahlen für eine nationale Benchmark liegen leider nur teilweise vor.
Die Regelungen in einzelnen Bundesländern sind unterschiedlich. Die Aktivitäten haben sich durch die Pandemie beschleunigt, und es ist zu hoffen, dass dieser Trend anhält. Gerade der Blick über den Tellerrand, wie er in diesem Heft versucht wird, kann dazu führen, dass wieder neue Inputs aufgenommen werden und auch die eigene nationale Entwicklung besser eingeordnet werden kann.
Wenn man nur einen kurzen Zeitraum beleuchtet, ist der Weg oft langsam und mühsam. Betrachtet man aber die letzten Jahrzehnte, hat sich vieles positiv entwickelt.

Quellen

(1) Weltgesundheitsorganisation Europa, Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit, Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, Helsinki 2005, verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf

(2) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, UN Behindertenrechtskonvention, Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls, 2016, verfügbar unter: https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19

(3) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (3. Auflage), Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), 2018, verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Nationale-Strategie-zur-psychischen-Gesundheit.html

(4) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gesundheitsziel 9, verfügbar unter: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit-foerdern

(5) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gesundheitsziele Österreich, verfügbar unter: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/

(6) Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), verfügbar in der jeweils geltenden Fassung unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936

Sozialpsychiatrie in Polen

Anmerkungen eines engagierten Beobachters

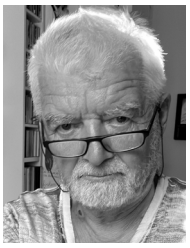
Von Werner Schütze

Einführung

In diesem Artikel will ich versuchen, die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Polen in den letzten Jahren zu beschreiben. Dabei will ich auch versuchen, mich an der gemeinsamen Fragestellung zu orientieren. Und es ist mir beim Schreiben aufgefallen, dass ich dem Anspruch des Exposés aus meiner beobachtenden Perspektive nicht gerecht werden kann, da Anschauungen immer nur punktuell gelten und mir Statistiken oder offizielle Stellungnahmen zur Frage der Patientenrechte, des Zwangs oder der Inklusion nicht vorliegen. Ich bemühe mich, meine Eindrücke auch auf die Kernthemen zu beziehen und werde sie als sehr persönliche Erfahrungen und Wahrnehmungen jeweils kennzeichnen. Meine subjektive Expertise bezieht sich dabei auf Erfahrungen, die ich in meiner Funktion als Trainer für den offenen Dialog (Open Dialogue) in Weiterbildungsgruppen seit 2013 sammeln konnte. Diese Aufgaben führten mich in fast alle großen Städte zwischen Krakau und Danzig, und ich hatte Gelegenheit, mit vielen Kolleginnen und Kollegen zu sprechen, die zu einem eher progressiven Flügel gehörten, mit speziellem Interesse an der Entwicklung psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten in einem humanistisch fundierten Sinne.
Dazu kam meine Berufung in den deutschen Vorstand der Deutsch Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit, einer Initiative engagierter deutscher und polnischer Psychiater, die sich vom Austausch über mögliche Entwicklungen im psychiatrischen Feld eine gegenseitige Erweiterung der Horizonte versprachen und damit auch eine Versöhnung nach den schlimmen Verwerfungen in der Zeit des II. Weltkrieges anstrebten. Dort sind auf beiden Seiten führende Vertreter sozialpsychiatrischer Projekte und Grundsätze engagiert, was ein lebendiges Miteinander in vielfältigen Diskussionen sicherstellt.
Diese beiden Felder gaben mir in den zurückliegenden Jahren vielerlei Möglichkeiten, mit verschiedensten Akteuren aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Handlungsfeldern zu sprechen. Teile dieser Dialoge haben auch weiterhin Bestand und fließen hier mit ein.

Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie in Polen

Die Sozialpsychiatrie in Polen hat es in den zurückliegenden Jahrzenten schwer gehabt und trägt immer noch an dem schwierigen Erbe aus der Zeit vor dem Mauerfall sowie den danach stattgehabten Entwicklungen. Unter politisch nicht immer förderlichen Bedingungen und mit knappen Ressourcen ohne eine eindeutige Ausrichtung durch politische Vorgaben, hatten sich bei vorherrschendem biologischem Paradigma lediglich einige Institutionen einem sozialpsychiatrischen Ansatz öffnen können, wie er z.B. in Westdeutschland nach der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 entwickelt und gefördert werden konnte.
Insbesondere die Krakauer Schule an der Jagiellonen Universität im Geiste ihres Mentors Antonin Kempinski, war Vorreiter für die Umsetzung vorbildlicher sozialpsychiatrischer Initiativen, heute verbunden mit dem Namen von Andrzej Cechnicki. So entwickelte sich lediglich an wenigen Orten in Abhängigkeit einzelner, besonders engagierter Psychiaterinnen und Psychiater sozialpsychiatrisch gedachte Projekte, wie in Warschau, Kolodziej, Koszalin, Lublin und Opole.
Hauptakteure in dem Feld sind, man kann wohl sagen „seit eh und je“, die psychiatrischen Krankenhäuser, finanziert durch die Nationale Gesundheitsstiftung (NFZ), was in Polen die Planung und Finanzierung von Krankenhäusern, Ärzten und akkreditierten Organisationen sicherstellt. Dabei handelt es sich um eine mächtige Behörde unter der Führung des Gesundheitsministeriums und unterliegt damit auf der anderen Seite einer gewissen Trägheit, die es Initiativen, die sich z.B. um eine Ambulantisierung / Deinstitutionalisierung bemühen, schwermacht, wenn diese nicht dem „Mainstream“ oder den politischen Vorgaben entsprechen.



Werner Schütze
Dr., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder-und Jugendpsychiater, seit 2013 tätig in eigener „Dialogischer Praxis“, Vorstandsmitglied der Polnisch-Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit.

Reformbestrebungen

Die Entwicklung der jetzigen Vorhaben zur Veränderung und Weiterentwicklung der Behandlungsangebote, derzeit als „FIT“ (Flexible und integrative Therapieangebote) bezeichnet, geht in Polen auf eine gesetzlichen Gesundheitsreform zurück, das National Mental Health Program (NMHP), welches 2008 ins Leben gerufen wurde. Ziel dieses Programms war es, durch

eine verstärkte Nutzung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten, den Bedarf an stationären Behandlungsplätzen oder Betten zu beschränken oder gar zu reduzieren. Dabei sollten in einem ersten Schritt in den Jahren von 2011 bis 2015 der Aufbau ambulanter Teams angestrebt werden (Community Mental Health Teams, CMHT).
Dieser Prozess kam jedoch aus vielerlei Gründen ins Stocken. Jacek Wciorca, Sozialpsychiater in Warschau, fasst die damalige Situation folgendermaßen zusammen:
„Es war (und ist es immer noch) eine schwierige Zeit, durch Beliebigkeit gekennzeichneten politischen Handlungswillen der Verantwortlichen, doktrinäre Starre im Agieren des öffentlichen Geldgebers, unzureichende Entgelte und Ungenauigkeiten der technologischen Kosten und Tarife, und - vielleicht zum Teil verwirrend - begrenztes Interesse in professionellen Zirkeln. Alle schienen zu glauben, dass man nichts tun könne und es wohl besser sei „den eigenen Garten zu bestellen", als Zielen für die Gemeinde nachzujagen. Diese Situation wurde noch durch zunehmenden Abzug von Kompetenz und Energie in den privaten Sektor und das Ausland verschärft. Am Ende hatte der Reformprozess mehr Zuschauer, Spötter und Kritiker als solche, die mitarbeiteten oder als Unterstützer und Garanten auftraten" (undatiertes Schreiben aus 2021).
In diesem ursprünglich geplanten Reformprozess war in einem zweiten Schritt von 2017 bis 2021 geplant, in 33 ausgewählten Einzugsgebieten dann Gesundheitszentren zu schaffen (Mental Health Center, MHC). Diese Gesundheitszentren sollten eine Steuerungsfunktion übernehmen, über die sowohl sozialpsychiatrische als auch vom Ministerium für Soziales bezahlte beteiligte soziale Dienste, die ihre Angebote für Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen in der jeweiligen Region koordinieren sollten. Manche Gesundheitszentren können Teil eines Krankenhauses sein, die Leistungen würden dann von ambulanten Teams erbracht. Das brach liegende Programm wurde dann wiederbelebt und seit dem 1. Juli 2018 erhalten die teilnehmenden Modellregionen, nun unter der Bezeichnung Pilotage-Projekt, einen Pauschalbetrag, der per capita berechnet wird, d. h. als Produkt aus den Versorgungskosten pro Kopf und der Einwohnerzahl einer Region. Heute (2021) werden ca. 4 Millionen Menschen - von FIT-Modellen in 33 MHCs erreicht.

Konkurrierende Initiativen

Andere Initiativen sind in den letzten Jahren überwiegend von ambulant wirkenden Organisationen ausgegangen, z. T. auch von Professionellen, aber ebenso von Psychiatrieerfahrenen (Peers) oder Angehörigen. Das führte aus meiner Sicht zu unnötigen Auseinandersetzungen und Anfeindungen, wollten die professionellen Akteure in dem Feld sich doch nicht nehmen lassen, die „richtige" Richtung vorzugeben.

Seit 2013 wuchs das Interesse in ambulanten Organisationen an Weiterbildung hinsichtlich eines differenzierteren Umgangs mit psychischen Krisen als Alternative zu Hospitalisierung und Medikalisierung.

Diese Bewegung schien aber einen gewissen Druck zu erzeugen, den oben skizzierten ursprünglichen Reformplan nun wieder intensiver zu verfolgen.
Seit 2013 wuchs das Interesse insbesondere in ambulanten Organisationen, aber auch wenigen Kliniken an Weiterbildungsmaßnahmen hinsichtlich eines differenzierteren Umgangs mit psychischen Krisen als Alternative zu Hospitalisierung und Medikalisierung.
So erhielt der „Open Dialogue" eine Bühne und in den folgenden Jahren fanden an den verschiedensten Orten Kurse statt. Es wurde eine „Fundacja Otwarty Dialogu" (Regina Bisikiewicz) gegründet, und es folgten jährliche Symposien. Verschiedene Vertreter nahmen an den jährlichen Treffen der „International Society for the Treatment of Psychosis" (Tom Andersen, Jaakko Seikkula) teil. So entwickelte sich eine eigene Strömung im Feld der Psychiatrie, parallel zu den bisherigen Strukturen, die es in Form einer Sektion für Sozialpsychiatrie innerhalb der Polnischen Gesellschaft für Psychiatrie gab. Diese Sektion mit ihren Leitern konnten Vorschläge zur Weiterentwicklung und Umsetzung der sozialpsychiatrischen Ideen erarbeiten, mussten diese aber an den Gesamtvorstand weiterleiten, der dann darüber entschied, ob sich dafür gegenüber dem Ministerium eingesetzt werden sollte oder nicht. So wurde mir berichtet, versandeten verschiedenste Initiativen im Getriebe einer streng biologisch ausgerichteten Profession.
Im Jahre 2017 ergab sich auf Initiative von R. Bisikiewicz in Zusammenarbeit mit Jan Pfeiffer (Mental Health Europe) und John Jenkins (WHO) ein Projekt zur Deinstitutionalisierung, für das die EU ca. 40 Millionen Euro in 3 Jahren bereitstellte. In einem aufwendigen Verfahren wurden verschiedene Regionen ausgewählt, um das Projekt umzusetzen und evaluieren zu lassen. Leider gab es bei der Verteilung der Gelder Abgründe zu überwinden, da sowohl das Ministerium für Entwicklung als Zuwendungsempfänger, das Sozialministerium und das Gesundheitsministerium sich ihre Zuständigkeiten betreffend „einigen" mussten. Das führte zu erheblichen Verzögerungen und Behinderungen bei der Umsetzung der als „Power-Projekt firmierenden Initiative. Für die „Sektion Sozialpsychiatrie" in der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft war diese Entwicklung überraschend und wurde als bedrohliche Konkurrenz wahrgenommen. Dort machte man sich Gedanken darüber, wie die Initiative und Führung zurück in die Hände der Hauptakteure gelangen konnte. So entwickelte man in Zusammenarbeit mit dem Ministerium ein paralleles Projekt, das nach der schmerzlich empfundenen Stagnation nun die begonnene Initiative zu einem Erfolg führen sollte und sich „Pilotprojekt" (Pilotage) nannte. Auch in diesem Projekt sollte es um Stärkung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten gehen und unter der Ägide des Ministeriums nach und nach verstetigt und im gesamten Land eingeführt werden. So entwickelten sich zwei sehr ähnliche Projekte nebeneinander, ohne dass es einen strukturierten Austausch hätte geben können, da man sich lange Zeit als Konkurrenten betrachtete. Allerdings hatten die Initiatoren des Pilotage Projektes nicht damit gerechnet, dass es zu personellen Veränderungen im Ministerium kommen konnte und die Lobby der Kranken-

So entwickelten sich zwei sehr ähnliche Projekte, ohne dass es einen strukturierten Austausch hätte geben können, da man sich lange Zeit als Konkurrenten betrachtete.

häuser wieder an Einfluss gewann, die der Ambulantisierung aus leicht nachvollziehbaren Gründen kritisch gegenüberstand. Eine Überprüfung der bisherigen Projekte legte fatale Schwächen offen und führte zum Absetzen der bisherigen Führungstroika. Eingesetzt wurde nun als Leiterin eine bis dahin als Krankenhausdirektorin tätig gewesenen Kollegin, die sich zum Ziel setzte, eine Reform mit mehr Augenmaß umzusetzen. Dies führte zu nahezu unüberwindlichen Abgrenzungen und persönlichen Verleumdungen. Tragisch.

Neue Wege

Ein erfolgversprechender Schritt scheint die Gründung einer eigenen „Gesellschaft für Sozialpsychiatrie“ zu sein, die unabhängig von der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft agieren kann und vom Ministerium gehört werden muss. Hier, in dieser neu gegründeten Gesellschaft entsteht wohl ein Sammelbecken für progressive Kräfte, selbst wenn die früheren Leader auch hier wieder tonangebend sind. Um die Schwierigkeiten annähernd zu verstehen, ist es wohl einerseits wichtig, sich die oben von Jacek Wciorca beschriebene Situation vor Augen zu führen, aber genauso ist es auch wichtig, sich über die ökonomischen Zwänge im Klaren zu sein, die z. B. dazu führen, dass Krankenhausärzte und Psychologen einen Teil ihrer Arbeitszeit in privater Praxis zubringen, um die nicht so üppigen Gehälter aufzubessern. Das macht dann aber klar, warum Krankenhausärzte nur sehr schwer zu motivieren sein werden, sich für Ambulantisierung einzusetzen. Finanziell sehen sie sich dann als Verlierer, und soviel Enthusiasmus, das auf sich zu nehmen, ist doch selten. Das ist auch in anderen Ländern nicht anders.

Zurück zum Stand der Planung (März 2022): Die erste Phase der nun Pilot-Projekt genannten Entwicklung wurde Ende 2021 abgeschlossen. Bis dahin sollten Vorschläge erarbeitet werden, wie in einem 2. Zeitraum von 2023-27 das Reformprogramm erweitert oder umgestaltet werden kann. Für eine entschiedene Reform seien Gesetzesänderungen auf den Weg zu bringen. Dabei werden 3 Reformbereiche unterschieden:

- Entwicklung von Gesundheitszentren (gemeindenah)
- Rolle der Fachärzte
- Rolle der Kliniken

Zur Reformagenda gehören auch Planungen hinsichtlich spezialisierter Angebote, zu denen auch die künftig stärkere Einbeziehung von EX- IN Absolventen oder Peers gehört.
Ebenso soll sich stärker für Patientenrechte eingesetzt werden. Die Rolle der Forensik soll neu bestimmt werden und eine engere Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird angestrebt.
Ende 2022 sollten es 41 Regionen sein, die am Pilotprojekt teilnehmen. Inzwischen sind erfreulicherweise nach längerem Ringen auch einige Regionen aus dem Power-Projekt von der Pilotage-Bewegung übernommen worden.
Nun sieht die Planung vor, in einem nächsten Schritt 40 weitere Zentren zu eröffnen. Damit wären dann bereits 32 % der Bevölkerung entsprechend versorgt.

Sozialpsychiatrische Projekte sind meines Erachtens nicht wirklich sinnvoll zu planen, ohne sich Gedanken über den nötigen Abbau von Bettenkapazitäten zu machen.

Sozialpsychiatrische Projekte sind meines Erachtens nicht sinnvoll zu planen, ohne sich Gedanken über den nötigen Abbau von Bettenkapazitäten zu machen.
Angestrebt wird eine Zahl von 25 pro 100000 EW, wobei auszuhandeln sein wird, wo diese Betten anzusiedeln sein werden. Das soll bevorzugt an Allgemeinkrankenhäusern geschehen, aber jetzt schon wird auf die nötige Größe hingewiesen, da weniger als 40 Betten in einer Einheit bei den gegebenen ökonomischen Bedingungen nur unter Sonderbedingungen führbar wären.
Aus den Formulierungen des letzten Absatzes geht hervor, dass man sich in Polen vieles auf die Fahnen geschrieben hat, um die Psychiatrische Basisversorgung zu modernisieren. Vieles davon ist noch ein Plan, manches ist in Umsetzung begriffen, was sich erst bewähren muss. Aus meiner Perspektive gibt es noch erheblichen Diskussionsbedarf in einer bisher „unübersichtlichen“ Zeit. Inwieweit sich die Absichten dann tatsächlich in Fakten umwandeln lassen, hängt natürlich sowohl von den Plänen ab, der politischen Unterstützung und Finanzierbarkeit, aber auch von einer Haltung, die bereit ist, manche traditionelle Überzeugungen der Profession zu überwinden und sich einer anderen Zeit öffnen kann. Auch hier gilt es dann, Gegensätze miteinander im Gespräch zu halten und bestenfalls zu versöhnen.

Daher kann es nicht verwundern, wenn man in den Regionen, in denen Schulungen stattgefunden haben, besonders aufgeschlossen für Veränderungen ist.

Daher kann es nicht verwundern, wenn man in den Regionen, in denen Schulungen stattgefunden haben, besonders aufgeschlossen für Veränderungen ist.

Leitfragen und Werte

Nun noch einige wenige zusammenfassende Bemerkungen zu den „Leitfragen“ vom Menschenbild, der gemeindenahen Versorgung, dem Umgang mit Zwang und möglichen Beteiligungsformen.
Die Polnische Sozialpsychiatrie befindet sich in einer vulnerablen Entwicklungsphase, in der es noch vielerlei Unwägbarkeiten auszubalancieren gibt. Die Geschichte im letzten Jahrhundert bis heute hat es ihr nicht leicht gemacht, ein starkes eigenes Profil zu entwickeln. Von daher ist die jetzige Bewegung noch sehr jung. Die bisherige Ausrichtung auf die vorherrschende biologisch orientierte Psychiatrie unter schwierigen baulichen Voraussetzungen mit sehr kustodialem Behandlungsansatz, lässt bisher wenig Spielraum für einen anderen Blick sowohl auf „den“ psychisch Kranken als auch auf den Patienten. Selbst Neubauten gewähren den Patienten nicht immer ausreichende Privatsphäre. Das kann man im Zusammenhang mit dem vorherrschenden Menschenbild sehen, in dem psychisch Kranke als etwas „Anderes“, noch mehr als Objekte gesehen werden, aber noch nicht als Partner in einem gemeinsamen Prozess von Behandlung oder Heilung. Mir scheint das Menschenbild oder die sich daraus ergebende Haltung im Umgang miteinander eine wesentliche Quelle oder Orientierung im weiteren Entwicklungsprozess einer sozialeren Psychiatrie zu sein. Es wird schwer, wenn das vorherrschende klinische Bild vom Patienten einschließlich der zu ergreifenden Maßnahmen unhinterfragt ihren Weg in das andere soziale Umfeld finden.

Daher kann es nicht richtig verwundern, wenn man vor allem in den Regionen, in denen Schulungen und Weiterbildungen stattgefunden haben, besonders aufgeschlossen für Veränderungen ist. Das gilt für ein verändertes Menschenbild im Sinne einer eigenen Expertise jedes Menschen verbunden mit dem Respekt vor dem „Anderen“. So wird die Diskussion um Stigmatisierung und Entstigmatisierung öffentlich mehr als bisher geführt und mit mehr Nachdruck in professionellen Zirkeln verfolgt. Ebenso verhält es sich mit der Auseinandersetzung um Zwang, sei es in der Unterbringungsfrage oder auch der Zwangsbehandlung. Mit verstärktem ambulantem Engagement und der Einrichtung effektiver ambulanter Kriseninterventionsteams kann die Verhinderung der Anwendung unmittelbaren Zwanges sehr viel leichter in den Blick genommen werden. So steht es auch mit der Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen ‚Ex- In Absolventen oder andernorts „Peers“ genannten Personen, die mehr und mehr Teams mit eigenen Erfahrungshintergründen ergänzen. Das scheint insbesondere in den Großstädten der Fall zu sein, was es nötig macht, auf ein Stadt–Land-Gefälle hinzuweisen, was die Geschwindigkeit der Veränderungen angeht.
So entsteht ein Bild, dass sich in den letzten 5 Jahren tatsächlich eine Menge bewegt hat, und das besonders in den Regionen, in denen Schulungen stattfinden konnten, die Diskussionen um Leitfragen der Sozialpsychiatrie an Fahrt aufgenommen haben. Dass es noch jede Menge zu verbessern gibt, bleibt unbenommen. Der wesentliche Schritt in Richtung auf nachhaltige Veränderung scheint getan.

Nachwort

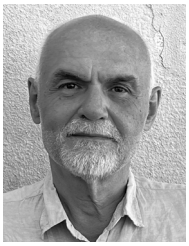
Ich möchte vielen polnischen Kolleginnen und -kollegen für ihre Offenheit in manchmal heftigen Auseinandersetzungen danken. Da ich die Sprache nicht beherrsche, kann ich auch keine originalen Dokumente einsehen oder anführen. Deshalb habe ich auf ein Literaturverzeichnis verzichtet. Gerne möchte ich mich aber bei Aldona Krawczyk aus Warschau bedanken, die als psychiatrische Praktikerin mir ihre Sichtweisen zu den Leitthemen ausführlich dargelegt hat.

Warten auf Godot

Gemeindenahe Psychiatrie in Rumänien

Von Radu Teodorescu

„Die Vergangenheit ist ein fremdes Land: die Dinge werden dort anders gemacht”, schrieb L. P. Hartley im Jahr 1953. Das Gleiche gilt auch für Rumänien. Leider hat man auch hier die Dinge anders gemacht – und man macht sie noch immer anders.



Radu Teodorescu
Dr.med, Ph.D., Chefarzt des Community and Psychotherapy Departments des Al Obregia Hospital Bukarest, Training in CBT an der University Paris V Rene Descartes. Mitglied der Redaktion des Journal of Nervous and Mental Disease.

In der Zwischenkriegszeit war die rumänische Psychiatrie von der deutschen und von der französischen Schule beeinflusst, je nachdem, wo die Ärzte ihre medizinische Ausbildung absolviert hatten. Nach 1944 wurde das Land von den Russen besetzt, die ihm ein kommunistisches Regime aufgezwungen haben. Psychotherapie wurde verboten, weil sie eine „reaktionäre idealistische Ideologie” förderte. Absolventen medizinischer Hochschulen wurden aufgrund einer „gesunden sozialen Herkunft” (das heißt, ihre Eltern hatten mittellose Bauern oder Arbeiter zu sein) ausgewählt und nach Moskau geschickt, wo sie in verschiedenen Disziplinen ausgebildet wurden, darunter auch in der Psychiatrie. Lehrbücher des berüchtigten Dr. Snezhnevsky, des Förderers der Diagnose einer „trägen Schizophrenie” („vjalotekushtschaja shizofrenijaija”; „sluggish schizophrenia”), die für das Wegschließen von Personen maßgeschneidert war, die man als gefährlich für die sozialistische Ordnung betrachtete, wurden ins Rumänische übersetzt und den Auszubildenden aufgezwungen. Die Ärzte in Rumänien führten allerdings diesbezüglich ein Doppelleben - sie bedienten sich dieser Texte, um in ihrer Karriere aufzusteigen, ließen sich aber in ihrer klinischen Tätigkeit nicht von ihnen beeinflussen.
Wie in einer Diktatur üblich, waren alle Tätigkeitsbereiche streng hierarchisch strukturiert. Einer, der in der UdSSR studiert hatte, wurde nach seiner Rückkehr in kurzer Zeit zum Leiter der Bukarester medizinischen Fakultät ernannt – oder zum Vorsitzenden des Ausschusses für Psychiatrie des Gesundheitsministeriums, zum Chef der Expertengruppe der Rumänischen Akademie oder sogar zum Parlamentarier, kurzum, zum Oberhaupt der rumänischen Psychiatrie. Ohne originäres Denken entschloss man sich 1968, als sich Rumänien gegen die Bevormundung durch die Sowjetunion sträubte, neue Lehrbücher zu verwenden, etwa das „Comprehensive Textbook of Psychiatry“ von Freedman, Kaplan und Saddock. Keine schlechte Wahl! Nach 1980 hieß die neue Bibel DSM-III!
1981 wurde Psychologie verboten – ohne ersichtlichen Grund und ohne irgendeine Erklärung. Im Hochschulunterricht wurden alle einschlägigen Abteilungen aufgelöst, und 1984 wurde auch der psychiatrische Unterricht abgeschafft. Das veranlasste 1992 jemanden zur Feststellung: „Die rumänische Psychiatrie hatte einige Erfolge, der bedeu-

tendste ist aber die Tatsache, dass sie überlebt hat." (Alexandrescu, 1992).
Das psychiatrische Versorgungssystem bestand damals hauptsächlich aus psychiatrischen Krankenhäusern (das größte davon in Bukarest mit 1200 Betten) und sogenannten Polikliniken, welche die ambulante Behandlung für alle medizinischen Bereiche, also auch für die Psychiatrie, zu decken hatten. Ein Psychiater, der mit ambulant behandelten Patienten arbeitete, musste 20-30 Patienten am Tag untersuchen; und zwar ohne die Unterstützung durch Psychologen und Sozialarbeiter. Die Patienten mussten schon ab vier oder fünf Uhr morgens Schlange stehen, um untersucht zu werden. Berücksichtigt man auch die für die Erledigung des gesamten Papierkrams nötige Zeit, so blieben praktisch nur noch fünf bis zehn Minuten für ein konkretes Gespräch mit dem Patienten übrig. Unter diesen Umständen ist es kein Wunder, dass zahlreiche Patienten in ein Krankenhaus aufgenommen werden wollten. Und dies trotz der Tatsache, dass in den 1980ern die Heizung desolat war, dass es kein warmes Wasser gab, dass die Stromversorgung häufig ausfiel und die Verpflegung mangelhaft war und besonders, dass ein chronischer Mangel an Medikamenten herrschte. Es passierte häufig, dass im Laufe ein und desselben Krankenhausaufenthalts ein Patient mit zwei oder drei verschiedenen Antidepressiva behandelt wurde – und zwar keineswegs aus medizinischen, den Verlauf der Krankheit betreffenden Gründen, sondern nur aufgrund des an einem bestimmten Tag vorhandenen Medikaments. Doch trotz allem: Die Tatsache, dass die Kranken jeden Tag mit einem Arzt sprechen konnten, das Gefühl, dass sich jemand um die Patienten kümmerte, verlieh der Hospitalisierung einen besonderen Status - die stationäre Behandlung war ein Privileg. Dieses Privileg gibt es auch heutzutage noch, wo die einzige Änderung darin besteht, dass die ambulante Behandlung durch Einzelpraxen niedergelassener Ärzte privatisiert wurde.
Im neunzehnten Jahrhundert, als Rumänien gegründet und modernisiert wurde, hat man die Namen westlicher Institutionen übernommen, nicht aber auch ihren eigentlichen Sinn. Ein Philosoph nannte das „Form ohne Inhalt" (Maiorescu, 1868). Dieser Prozess institutioneller Nachahmung hat auch weiterhin stattgefunden. In den 1970er Jahren haben einige Psychiater versucht, eine rumänische Variante des „Centre Medico-Psychologique" zu gründen, eine der Säulen der gemeindenahen Psychiatrie in Frankreich. Es wurde „Laboratorium für psychische Gesundheit" (!!!) genannt. Doch es war bloß eine Form ohne Inhalt, nicht eine Institution, die sich im ganzen Land ausbreitete, und sie konnte auch nicht jene Versorgung erbringen, die sie zu leisten vorgab. Das war der einzige Versuch, im kommunistischen Rumänien eine gemeindenahe Psychiatrie zu schaffen.

Nach dem Fall des kommunistischen Regimes im Dezember 1989 wurde das Studium der Psychiatrie und der Psychologie an den Universitäten wieder eingeführt. Fachleute aus anderen Ländern kamen nach Rumänien, um Spezialisten auszubilden.

Die psychiatrische Forschung beschränkte sich damals auf Phase III- Studien für Medikamente ausländischer Firmen – ein Versuch, für ein bankrottes System Devisen zu beschaffen. Die einzige epidemiologische Studie mit einer korrekten Methodologie an einer für die Stadt Bukarest repräsentativen Bevölkerungsstichprobe hat unter anderem eine erhöhte Prävalenz des Alkoholismus festgestellt. Die Studie konnte nicht publiziert werden, denn: Konnte es im Paradies jemanden geben, der sich betrinkt, um seinen Kummer zu vergessen?
Nach dem Fall des kommunistischen Regimes im Dezember 1989 wurde das Studium der Psychiatrie und der Psychologie an den Universitäten wieder eingeführt. Fachleute aus anderen Ländern kamen nach Rumänien, um Spezialisten in zahlreichen Psychotherapieformen auszubilden. In den wichtigsten rumänischen Städten gibt es deshalb ein großes Angebot an Psychotherapie, jedoch hauptsächlich für jene, die es sich leisten können.
Ab 1990 kam es zu einigen Änderungen im Gesundheitswesen. Die staatliche Finanzierung wurde durch ein Sozialversicherungssystem ersetzt, in dem Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen Verträge mit der Nationalen Krankenversicherungskasse (Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS)) abschlossen. Später wurde das DRG-System für die Krankenhausfinanzierung eingeführt, was zu einer Reduzierung der Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Akutkrankenhäusern führte. Aufgrund des Fehlens von gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen (die schon 2002 gesetzlich vorgesehen waren, aber nie implementiert wurden; s.u.) wurden und werden Patienten mit schweren und länger dauernden psychischen Störungen in entlegene „Chronischkrankenhäuser" aufgenommen.
2002 wurde ein neues „Psychiatriegesetz" („Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice") erlassen, das nach 2004 in Kraft trat. Das Gesetz regelte die Möglichkeiten der Krankenhauseinlieferung gegen den Willen des Patienten sowie die Notwendigkeit der Information und des Einverständnisses des Patienten mit jeder therapeutischen Behandlung und den Zugang des Patienten zu allen ärztlichen Dokumenten – alles in Einklang mit den internationalen Regelungen über Menschenrechte und Patientenrechte. Das Gesetz enthält auch Artikel über die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Dienste, die von den sozialen Abteilungen der Lokalbehörden eingerichtet werden sollten. Bis heute wurde dieser Teil des Gesetzes jedoch nicht umgesetzt.
2004 gab es einen auch international wahrgenommenen Skandal, als man entdeckte, dass hundert Patienten eines abgelegenen Chronischkrankenhauses an Hunger und Kälte gestorben waren. Dies wurde in einem Bericht von Amnesty International dokumentiert (AI, 002/2004). Es folgte ein zweiter Bericht über die Behandlung von Personen mit psychischen Störungen in psychiatrischen Krankenhäusern Rumäniens generell (AI, 003/2004). Die Autoren hoben den Mangel an Medikamenten hervor, sowie generell die unzureichend vorhandenen Mittel, sogar in wichtigen Universitätskliniken. Auch wurde kritisiert, dass die Krankenhäuser nicht über qualifiziertes Personal verfügten, welches Rehabilitationstherapien, Be-

Rumänien stand kurz vor der Aufnahme in die Europäische Gemeinschaft und musste akzeptieren, dass die Modernisierung seines psychiatrischen Versorgungssystems ein wesentliches Aufnahmekriterium darstellte.

schäftigungs- und Gruppentherapien durchführen oder zu sportlichen Tätigkeiten anleiten kann. Rumänien stand kurz vor der Aufnahme in die Europäische Gemeinschaft und musste akzeptieren, dass die Modernisierung seines psychiatrischen Versorgungssystems ein wesentliches Aufnahmekriterium darstellte. 2006 wurde von der EU eine Peer-Assessment-Mission nach Rumänien gesandt, die zu dem Schluss kam, dass die psychiatrische Versorgung in Rumänien „institutionenzentriert" sei und dass die Einrichtungen häufig „abgelegen, unterfinanziert, personell unterbesetzt und überfüllt sind" (Katschnig et al, 2006).

Die Regierung reagierte und gründete 2006 das Nationale Zentrum für Psychische Gesundheit (Centrul National de Sanatate Mintala - CNSM), mit fast zwanzig jungen und begeisterten Psychiatern und Psychologen, die zahlreiche europäische Forschungsförderungen erhielten. Am wichtigsten war jene für die Reform der psychiatrischen Versorgung im Sinn einer gemeindenahen Psychiatrie. Das Ergebnis einer mehrjährigen intensiven Arbeit, die gemeinsam mit Fachleuten aus EU-Ländern durchgeführt wurde, war ein Reformplan mit klaren Zielen und Terminvorgaben, mit Handbüchern zur Ausbildung des Personals, das in den neuen Strukturen arbeiten sollte, sowie mit Vorschlägen zur Finanzierung einer solchen Reform. Doch diese Anstrengungen waren vergebens. Nach der Aufnahme in die Europäische Union war niemand mehr an einer solchen Reform interessiert. Zutiefst enttäuscht erklärten die Mitglieder des CNSM öffentlich ihren Rücktritt. Der Minister löste das Zentrum auf und gründete ein neues, unter einem anderen Namen, das er mit Freunden besetzte. So besiegelte er das Todesurteil der Psychiatriereform.

Schon 2006 und 2007 hatte die „Rumänische Vereinigung für gemeindenahe Psychiatrie" (Asociatia Romana de psihiatrie comunitara; im Jahr 2002 von einer kleinen Gruppe von engagierten Fachleuten gegründet) gemeinsam mit dem CNSM und der Agentur für das Monitoring der Presse Studien durchgeführt, deren Ergebnisse den Beitrag der Presse zur Beibehaltung eines negativen Bildes des psychisch Kranken zeigen, nämlich als eine Bedrohung, gegen die sich die Gesellschaft wehren muss (Ciumageanu, 2007). Dieses Bild wirkt auf die Art und Weise, wie sich die Bevölkerung im Allgemeinen der psychischen Krankheit und den Kranken gegenüber verhält und verhindert etwa ihre Integration in die Arbeitswelt. Obwohl es gesetzlich verankerte Vorteile für jene Arbeitgeber gibt, deren Anteil an psychisch kranken Mitarbeitenden mindestens 4 Prozent beträgt, ziehen es die Firmen vor, beträchtliche Strafgelder zu zahlen, da sie Personen, die sie für labil halten, als Risiko für eine erfolgreiche Tätigkeit des Unternehmens betrachten. Unter diesen Umständen ist es auch kein Wunder, dass die Gesellschaft keinen Druck auf die Politiker zur Integration psychisch kranker Menschen ausübt (The Economist, 2014).

Dreißig Jahre nach dem Sturz des kommunistischen Regimes stützt sich die rumänische Psychiatrie ausschließlich auf die Aufnahme in Krankenhäusern und die ambulante Behandlung in Privatpraxen.

Dreißig Jahre nach dem Sturz des kommunistischen Regimes stützt sich die rumänische Psychiatrie ausschließlich auf die Aufnahme in Krankenhäusern und die ambulante Behandlung in Privatpraxen. Beide haben Verträge mit der Sozialversicherung (CNAS), so dass die psychiatrische Behandlung im Allgemeinen unentgeltlich ist. In den Krankenhäusern gibt es inzwischen bessere Bedingungen, und die Fachärzte haben Zugang zu allen Psychopharmaka, die es im Westen gibt. Der Mangel an Psychologen und an Sozialarbeitern bleibt jedoch ein Problem und ist angesichts der Budgetkürzungen nicht zu lösen. Man kann behaupten, dass das ererbte System wesentlich verbessert, jedoch nicht reformiert worden ist. Landesweit etablierte gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen gibt es nicht, und es gibt keinerlei Begleitung von schwerkranken Patienten, nachdem sie das Krankenhaus verlassen haben. Deshalb bleiben auch viele von ihnen in Chronischkrankenhäusern, die alle überfüllt sind und lange Wartelisten haben. 2014 berichtete der Kommissar für Menschenrechte des Europarates, dass in Rumänien nur „1669 Personen mit Behinderungen außerhalb von Institutionen betreut werden" (Muiznieks, 2014). Es gibt in Rumänien keinen gemeindepsychiatrischen Dachverband, keinen Druck auf die Politiker seitens der beruflichen Organisationen, keine Nationalvereinigung von Patienten oder ihren Familien. Unter den jetzigen Umständen - mit der Pandemie, dem Krieg und der Bedrohung durch die sich anbahnende Wirtschaftskrise - gibt es in absehbarer Zeit keine Zukunft für eine gemeindenahe Psychiatrie in Rumänien. Es gibt aber - verstreut in einigen Städten und Regionen Rumäniens - einige wenige kleine gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen, die hauptsächlich privat finanziert werden, was sie allerdings sehr vulnerabel macht. Das Vorhandensein und das Überleben dieser Initiativen unter derart schwierigen Umständen beweist jedoch, dass Fachwissen sowie Fachleute vorhanden sind und dass es in Rumänien ein Interesse daran gibt, das Problem der Integration von Personen mit psychischen Krankheiten in die Gemeinde zu lösen.

Übersetzung von Victor Scoradet mit Unterstützung von Prof. Heinz Katschnig

Literatur

Alexandrescu, L. (1992): La situation de la psychiatrie roumaine avant decembre 1989. Nervure, Tome IV, 9, 68–71.

Amnesty International (2004): Romania. Patients at Poiana Mare psychiatric hospital. AI Index 39/002/2004.

Amnesty International (2004): Romania: Memorandum to the government concerning inpatient psychiatric treatment. AI Index 39/003/2004.

Ciumageanu, M. (2007): Reabilitarea vocationala a persoanelor cu probleme severe de sanatate mintala. Indrumar pentru politicile romanesti de sanatate mintala. AMP, Bucuresti.

Katschnig, H., Kilian, R., Prot-Klinger, K. (2006): Report on a Peer Assessment Mission to Romanian psychiatric and social care institutions for persons with mental illness or mental disability. European Commission, DG Enlargement.

Maiorescu, T. (1868): In contra directiei de astazi in cultura romana. Bucuresti.

Muiznieks, N. (2014): Report by Commissioner for Human Rights of the Council of Europe Following His Visit to Romania from 31 March to 4 April 2014 (https://rm.coe.int/16806db83b)

The Economist. Intelligence Unit. (2014): Analysis of a country: Romania. Prisoner of an unhealthy past.

Ein Sonderfall in Europa

Aktueller Überblick zur sozialpsychiatrischen Praxis in der Schweiz

Von Walter Gekle und Gianfranco Zuaboni

Die Schweiz ist auch in der Psychiatrie ein Sonderfall in Europa. Vier Sprachregionen mit einer meist ambivalenten Orientierung an den gleichsprachigen europäischen Nachbarländern haben auch in der Psychiatrie ihren Niederschlag hinterlassen. Eine weitere schweizerische Eigenheit ist die stark föderal gegliederte Gesundheitspolitik. So kann die Bundesregierung z. B. ein zeitgemässes Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR 2013) in Kraft setzen, das viele sozialpsychiatrische Forderungen festschreibt (z. B. umfassende Mitsprache), die Umsetzung aber liegt dann in den Kompetenzen der einzelnen Kantone. Dies führt dazu, dass sich bei der Fürsorgerischen Unterbringung (FU = Zwangseinweisung), die im KESR geregelt ist, die jeweiligen FU-Unterbringungsraten zwischen den Kantonen sehr stark unterscheiden (s. u.).

Walter Gekle
Dr. med., Präsident d. Schweizerischen Sozialpsychiatr. Gesellschaft Sektion Deutschschweiz, Chefarzt u. stellv. Direktor Zentrum Psychiatrische Rehabilitation Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Chefarzt Soteria Bern.

Gianfranco Zuaboni
Dr. rer. medic., Vizepräsident der Schweizerischen Sozialpsychiatrischen Gesellschaft Sektion Deutschschweiz, Leiter Pflegeentwicklung u. Recovery-Beauftragter der Sanatorium Kilchberg AG, Projektleiter Recovery College Bern.

Rückblick

Die Sozialpsychiatrie in der Schweiz, so wie wir sie heute kennen, hat ihren Ursprung in den frühen 1970er-Jahren, blickt also auf eine ca. 50-jährige Tradition zurück. So wurde beispielsweise 1978 in Bern die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik gegründet, deren erster (und letzter) Direktor der Psychiater Prof. Dr. Luc Ciompi war. In diesen Jahren wurden in den urbanen Zentren der Schweiz extramurale, gemeindepsychiatrische Angebote (Ambulatorien, Tageskliniken, Tagesstätten, Arbeitsrehabilitationen) im Sinne einer sektorisierten Versorgung aufgebaut.
1984 gründete Luc Ciompi die Soteria in Bern, die sich einerseits auf das Soteria House von Loren Mosher in Kalifornien bezog, sich andererseits aber auch heute noch in wichtigen Aspekten von diesem unterscheidet. Ebenfalls in den 1980er-Jahren erfolgte an vielen regionalen Spitalzentren die Gründung sogenannter regionaler psychiatrischen Dienste, die ursprünglich lediglich aus einem Ambulatorium bestanden, heute aber zumeist ein grosses Spektrum an Dienstleistungen anbieten: Vom Notfalldienst über Konsiliar- und Liaisondienste und Tageskliniken, bis hin zu aufsuchenden Angeboten in der Erwachsenen- und der Alterspsychiatrie. Dieses dichte Netzwerk aus sozialpsychiatrischen Angeboten besteht heute noch und hat sich nach und nach bis in die Bergregionen (ein gutes Beispiel dafür ist der Bergkanton Graubünden) ausgedehnt.
Ab den 1990er-Jahren begann sich als eigentliche Gegenbewegung die biologisch ausgerichtete Psychiatrie durchzusetzen. Zusätzlich gerieten die bis dahin vielerorts unabhängigen Universitätskliniken (Psychiatrische Kliniken, Sozialpsychiatrische Kliniken, Psychiatrische Universitätspolikliniken) aus politischen und ökonomischen Gründen unter Fusionsdruck und es entstanden Gebilde wie die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern oder die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, welche weitgehend unter dem Primat der biologischen Psychiatrie standen und unternehmerisch ausgerichtet wurden. Ähnliches gilt für die weiteren universitären Psychiatrien in Genf, Lausanne und Zürich.
Verkürzt könnte man sagen, dass die Sozialpsychiatrie in der Schweiz zwar die Versorgung in der Fläche gewonnen, dafür aber den Einfluss auf der Ebene

der universitären Lehre und Forschung weitgehend eingebüsst hat.
Für ein besseres Verständnis der spezifischen Situation in der Schweiz lohnt es sich, einige aktuelle Themenbereiche der sozialpsychiatrischen Versorgung näher zu betrachten.

Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) hat in einem Bericht festgehalten, dass die Häufigkeiten sogenannter Fürsorgerischer Unterbringungen (FU) im Jahr 2016 zwischen den Kantonen stark variieren (OBSAN, 2018). Am höchsten ist die FU-Rate im Kanton Waadt mit 3,31/1000 Einwohnerinnen

und Einwohner. Die niedrigste FU-Rate findet sich im Kanton Glarus mit 0,46, die Kantone Neuenburg (0,42) und Wallis (0,38) weisen noch niedrigere Raten auf, allerdings sind diese wegen schlechter Datenqualität nicht aussagekräftig. Der Landesdurchschnitt liegt bei einer Rate von 1,7 und ist damit ungefähr gleich wie in Deutschland und Österreich (beide 1,75), aber deutlich höher als zum Beispiel in Portugal (0,06) (Dressing und Salize 2004).
In der Schweiz erfolgen 20 % aller Eintritte in die stationäre Psychiatrie via FU (OBSAN 2018). Steinert, Noodthoorn & Mulder (2014) haben für Deutschland (2009) eine Quote von ca. 11 % ermittelt.
Eine schweizerische Besonderheit stellt der Nationale Verein für die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) (www.anq.ch) dar, der von den Leistungserbringern, den Krankenkassen, den schweizerischen Sozialversicherungen, Vertretern der Kantone (inkl Fürstentum Liechtenstein) sowie der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gebildet wird.
Für den Bereich der Psychiatrie werden jährlich einerseits Daten zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhoben, andererseits seit 2015 auch Zwangsmaßnahmen in einem Benchmark dargestellt.
So hat jede der 40 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit, sich selbst bezüglich der Häufigkeit und der Art der durchgeführten Zwangsmassnahmen mit den anderen Institutionen zu vergleichen. Dies hat über die Jahre hinweg zu einem gewissen Rückgang von Zwangsmaßnahmen im stationären Setting geführt.

Stationär vor ambulant

«Ambulant vor stationär» gilt als Prämisse der zeitgemässen psychiatrischen Gesundheitsversorgung, doch aktuell entspricht das Gegenteil der Wirklichkeit. Die Gründe dafür liegen in der Finanzierung: Die Abgeltung für stationäre Behandlungen ist national so geregelt, dass 55 % der Kosten für eine stationäre Behandlung durch die Kantone und 45 % durch die Krankenkassen (KK) getragen werden. Alle ambulanten Leistungen werden allein durch die KK finanziert. 10 % der Kosten (amb. und stat. bis max. CHF 7000.–/Jahr) werden von den KK den Nutzenden in Rechnung gestellt. Immer wieder geraten Nutzende, die von der Sozialhilfe abhängig sind, durch dieses System in finanzielle Engpässe. Das politische Bekenntnis «ambulant vor stationär» wird vor diesem Hintergrund zum Lippenbekenntnis, da sich die Kantone nicht an den ambulanten Leistungen beteiligen wollen und die KK keine Ausweitung der ambulanten Leistungen wünschen.
Daher befinden wir uns in einer Pattsituation, die eine Weiterentwicklung unserer extramuralen Dienstleistungen blockiert. Die auf Profit verpflichteten Kliniken helfen sich aus dem Dilemma, indem sie immer mehr Betten betreiben und so die strukturell defizitären ambulanten und tagesklinischen Bereiche entweder quersubventionieren oder gar schliessen.

> Nach wie vor werden die Anstellungen von Peermitarbeitenden in vielen Institutionen aus pflegerischen Personalbudgets finanziert.

Hinsichtlich evidenzbasierter und gemeindenaher Angebote, wie dem Hometreatment, dem Supported Employment und Supported Living konnten in einigen Regionen der Schweiz entsprechende Projekte realisiert werden. Doch auch bei diesen Angeboten erschweren die Finanzierungsmodalitäten eine flächendeckende Implementierung. Demzufolge ist es von der Wohnregion jedes Einzelnen abhängig, ob jemand entsprechende innovative Dienstleistungen nutzen kann oder eben nicht.

Recovery-Orientierung und Peerarbeit

In der Schweiz ist es die Stiftung Pro Mente Sana, die die Auseinandersetzung mit Recovery mit ihrem entsprechenden Projekt gefördert hatte. Im Jahre 2006 wurden von der Pro Mente Sana verschiedene Massnahmen umgesetzt, die darauf abzielten, den Recovery-Ansatz und die Peerarbeit bekannt zu machen. So wurde der erste Peerausbildungsgang realisiert und die Absolventinnen und Absolventen führten in der Folge in psychiatrischen Institutionen erste Informationsveranstaltungen durch.
Die ersten Anstellungen von Peers in psychiatrischen Institutionen erfolgten im Jahre 2009. Doch wie auch in Deutschland kam der eigentliche Entwicklungsschub durch die Etablierung der EX-IN-Ausbildungsgänge für Peers, respektive Genesungsbegleitende, erst im darauffolgenden Jahr.
Mittlerweile sind in den meisten psychiatrischen Institutionen Peers angestellt. Diese positive Entwicklung geht mehrheitlich auf das Engagement von Pflegefachpersonen zurück, die bereits früh das Potenzial der Peerarbeit für die psychiatrischen Dienstleistungen erkannten. Doch nach wie vor werden die Anstellungen von Peermitarbeitenden in vielen Institutionen aus pflegerischen Personalbudgets finanziert. Gründe dafür sind gemäss Nienaber und Gurtner (2022) unter anderem fehlende strukturelle Voraussetzungen zur Refinanzierung der Peerarbeit.
2017 wurde bei den Peers eine Befragung durchgeführt, bei welcher der Fokus auf ihre Einsatzgebiete, ihre Rollen und Arbeitsinhalte gelegt wurde. Zu diesem Zeitpunkt hatten ca. 180 Personen die EX-IN-Weiterbildung absolviert, davon waren 125 aktiv als Peers tätig. Es nahmen 54 Peers an der Befragung teil. Fast alle gaben an, im direkten Kontakt mit Nutzenden zu arbeiten. Viele von ihnen waren in der Bildung tätig. Deutlich geringer waren die Einsatzgebiete in Politik, Versorgungsplanung und Forschung. Die meisten Peers waren im stationären Setting einer psychiatrischen Klinik engagiert. Einige wenige waren selbstständig erwerbend. Der Beschäftigungsgrad lag bei vielen unter einer halben Vollzeitstelle und die Arbeitsbedingungen, die Arbeitszufriedenheit und das Gehalt wurden als gut eingeschätzt. Dabei besaßen die meisten auch eine Stellenbeschreibung, die ihrer Tätigkeit entsprach. Als grösste Herausforderung wurde u. a. die Integration ins interprofessionelle Behandlungsteam, die ungenügende Kommunikation und die fehlende Akzeptanz im multiprofessionellen Team bezeichnet. In diesem Zusammenhang hat die Berner Fachhochschule im Bereich Forschung das Projekt «Pioneers» entwickelt, das wichtige Erkenntnisse hinsichtlich des systematischen Einbezugs von Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Lehre und Forschung an der Hochschule generierte, die danach auch umgesetzt wurden (Burr et al., 2020).
Der Einbezug von Expertinnen und Experten durch Erfahrung wird auch an weiteren Ausbildungsorten vorangetrieben (Zuaboni & Burr, 2022), doch dieser erfolgt bei Weitem nicht in allen Ausbildungen der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Vergleichbar sieht es bei der Vermittlung des Recovery-Ansatzes

in den Grundausbildungen und den Studiengängen aus, was sich entsprechend auf den Wissensstand auswirkt. Mitunter haben ärztliche und psychologische Berufseinsteigerinnen und -einsteiger bei ihrem Stellenantritt noch nie etwas von Recovery und Peerarbeit gehört. Einzelne Institutionen haben inzwischen entsprechende interne Weiterbildungen und Workshops etabliert, um diese Lücke zu schliessen.
Seit 2019 gibt es in verschiedenen Regionen der Schweiz Recovery Colleges (Genf, Bern, Thurgau und St. Gallen). Die Bildungsangebote richten sich an Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen, Angehörige, Fachpersonen und weitere Personen gleichermaßen (Zuaboni et al., 2022). Die Kurse ermöglichen eine Auseinandersetzung zu Themen der psychischen Gesundheit und selbstbestimmten Lebensgestaltung. Diese werden in Koproduktion von Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen und Fachpersonen mit einem herkömmlichen Bildungshintergrund erarbeitet und durchgeführt (weitere Informationen: www.recoverycollegebern.ch).

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in der Schweiz

2014 wurde von der Schweiz die UN – Behindertenrechtskonvention (BRK) ratifiziert. Als letzte Nation hat die Schweiz im Vergleich mit den Nachbarsländern die Ratifizierung vorgenommen. Seit März 2022 liegt nun der Initialstaatenbericht der Vereinten Nationen zur Umsetzung der BRK in der Schweiz vor. In diesem Bericht werden zahlreiche Versäumnisse aufgeführt und es fehlt gemäss der Einschätzung des Ausschusses eine übergeordnete Gesamtstrategie zur Umsetzung der BRK. So macht es den Anschein, dass die offizielle Schweiz das Übereinkommen zwar ratifiziert hat, aber keine Anstalten unternommen hat, die darin enthaltenen Forderungen auch tatsächlich umzusetzen. Nach wie vor werden in Gesetzestexten diskriminierende Bezeichnungen und abwertende Ausdrücke in Bezug auf Menschen mit Behinderungen verwendet. Auch fehlen weitgehend Maßnahmen zur Förderung der Geschlechtergleichstellung in Gesetzgebung und Politik im Bereich der Behinderungen sowie zur Förderung der Rechte von Frauen und Mädchen mit Behinderungen.
Der für die psychiatrischen Institutionen wohl einschneidendste Kritikpunkt bezieht sich auf den Einsatz von medizinischen Zwangsmßnahmen und -behandlungen, Fixierungen, Isolationen und Absonderungen. Der Ausschuss empfiehlt der Schweiz alle Formen der medizinischen Zwangsmaßnahmen und -behandlungen, sowie die Anwendung chemischer, physischer und mechanischer Formen der Fixierung, Isolation und Absonderung gesetzlich, politisch und praktisch abzuschaffen (UN-Bericht, 2022).
Die Umsetzung dieser Empfehlungen wird jedoch nicht alleine den psychiatrischen Institutionen überlassen werden können. Einerseits lässt sich eine Psychiatrie ohne oder mit nur geringem Zwang in den vorhandenen Strukturen nicht realisieren. Andererseits müssen für die vielfach sozialen Problemstellungen, die zu Einweisungen in die Psychiatrie führen, entsprechende Massnahmen im sozialen Umfeld realisiert werden. Somit ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen und Gesetze zu schaffen, die eine sozial inkludierende und recoveryorientierte Psychiatrie möglich machen. Dies wäre eine Psychiatrie, die – wie beispielsweise im Stepped-Care-2.0-Modell beschrieben – als ein integrativer Bestandteil der vielfältigen Angebote innerhalb der Gesellschaft agieren würde und den Bedürfnissen und Anforderungen der einzelnen Bürgerinnen und Bürger entsprechend zugänglich wären (Cornish, 2020).

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SOPSY) wurde in den frühen 1980er-Jahren gegründet und bildet seither ein Sammelbecken für sozialpsychiatrische Anliegen. Die Gesellschaft gliedert sich in drei Sprachsektionen und eine auf nationaler Ebene tätige Zentralgesellschaft (www.sopsy.ch), was wiederum der Mehrsprachigkeit der Schweiz entspricht. Die einzelnen Sprachsektionen haben über die letzten Jahrzehnte hinweg jeweils multiprofessionelle sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen angeboten, welche jedoch gerade aufgrund der Multiprofessionalität den Anschluss an die berufsgruppenspezifische Bildungssystematik verloren haben. Die Ausbildungsgänge erreichten nicht die erforderliche Anzahl an Studierenden, um sie selbsttragend zu betreiben, was zur Einstellung oder zu einer weitgehenden Redimensionierung führte. Um sozialpsychiatrische Positionen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, sind in den letzten Jahren vor allem von der Sektion Deutschschweiz (www.sozialpsychiatrie.ch) mehrere Positionspapiere zu relevanten Themen wie Zwangsmaßnahmen, Psychopharmaka, Peerarbeit in der Psychiatrie und Obdachlosigkeit entstanden. Die SOPSY engagiert sich für eine starke Vernetzung mit Partnerorganisationen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie bildet seit ihrer Gründung ein Sammelbecken für sozialpsychiatrische Anliegen.

Für die kommenden Jahre wird eine zentrale strategische Ausrichtung der Tätigkeit der SOPSY und die Verbreitung der Forderungen der WHO-Leitlinien für eine gemeindenahe und menschenrechtbasierte psychiatrische Versorgung (WHO, 2021) angestrebt. Zu diesem Zweck plant die Gesellschaft, im September 2023 gemeinsam mit Partnerorganisationen eine nationale Konferenz durchzuführen.

Literatur

Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Kozel, B., Weidling, K., & Zuaboni, G. (2020): Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 48(3), 135–142.

Dressing H. & Salize H.-J. (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Psychiatrische Praxis, 31, 34–39.

Cornish, P. (2020): Stepped Care 2.0: A Paradigm Shift in Mental Health. Springer International Publishing.

Nienaber, A. & Gurtner, C. (2022): Es gibt viel zu tun. Psychatrische Pflege, 7(2), 43.

OBSAN (2018): Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. Bulletin 02.

Steinert, T., Noorthoorn, E. & Mulder, C. (2014): The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. Frontiers in Public Health, (2), 141.

UN-Bericht (2022): Abschliessende Bemerkungen zum Initialstaatenbericht der Schweiz. Vereinte Nationen.

World Health Organization (2021): Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization.

Zuaboni, G., & Burr, C. (2022): War es das schon oder geht es erst richtig los? Psychiatrische Pflege, 7(1), 13–16.

Zuaboni, G., Schulz, M. & Löhr, M. (2020): Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern. Kerbe, 1, 25–27.

An den Rand gedrängt

Sozialpsychiatrie in der Türkei

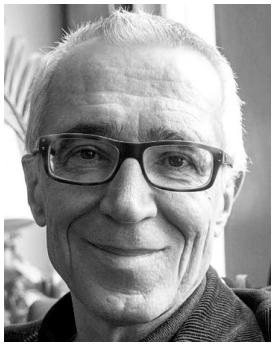
Von Eckhardt Koch, M.Kemal Kuscu und Mehmet Bilgin Saydam

Einleitung

Sozialpsychiatrie in der Türkei wurde ursprünglich von traditionellen Methoden wie Musik-, Hydro- oder Beschäftigungstherapie sowie rehabilitativen Ansätzen geprägt und bezog frühe Erfahrungen mit muslimisch-sufistischen und vor allem alttürkisch-schamanistischen Elementen ein.
Die weitere Entwicklung moderner Psychiatrie in der Türkei folgte dann im Wesentlichen westlichen Entwicklungen. Schon seit Beginn des 20. Jh. bestehen enge Verbindungen zwischen der deutschen und der türkischen Psychiatrie (Raşit Tahsin, Mazhar Osman Usman). Die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung war bis in die siebziger Jahre im wesentlichen auf fünf Großkrankenhäuser, wenige Universitätskliniken – meist in den Metropolen - und niedergelassene Psychiater beschränkt. Metin Özek, der von 1956-1959 bei Kretschmer in Tübingen und Bleuler in Zürich tätig war, integrierte ab 1969 an der Istanbul-Universität psychotherapeutische Ansätze in die klinische Tätigkeit und verbreitete die Grundsätze der Sozialpsychiatrie in Forschung und Lehre (Koch und Özek, 2011). Die Entwicklung sozialpsychiatrischer Strukturen im Versorgungssystem fand dann allmählich statt und wurde anfangs von kleinen psychiatrischen Abteilungen in den zahlenmäßig schnell steigenden Universitäten des Landes vorangetrieben. Grundsätze wie gemeindenahe und tagesklinische Behandlung konnten so schrittweise etabliert werden.
In den sechziger Jahren in Istanbul und Ankara eingerichtete Zentren unter der Leitung von Faruk Bayülkem und Nejat Candan arbeiteten mit psychiatrischen Patienten außerhalb des Krankenhausmilieus (Familientreffen, Hausbesuche; Ergo- und Beschaeftigungstherapie) und führten Gruppenangebote nach dem Prinzip der Psychoedukation ein. Ziel war eine Verbesserung der Compliance sowie Reduktion der Krankenhauseinweisungen. Die erste Tagesklinik in der Türkei wurde 1988 in Ankara eröffnet; die Entwicklung dieses Behandlungs- und Rehabilitiationskonzeptes war leider nicht nachhaltig. Es sind zur Zeit nur wenige Zentren in Großstädten aktiv. Dies hängt vor allem mit fehlenden Regelungen der Verantwortlichkeit bei Zwischenfällen (wie beispielsweise Suizid im häuslichen Umfeld) und ungeklärten Fragen der Finanzierung zusammen, die nur bei vollstationärer Behandlung gesichert ist. So werden in manchen Zentren intensive ambulante Programme in den Polikliniken organisiert, quasi als Ersatz für tagesklinische Behandlungen.

Eckhardt Koch
Prof. Dr., Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, war Vorsitzender der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP e.V.) und leitete langjährig eine Behandlungsstation für Interkulturelle Psychiatrie an der Vitos Klinik Marburg. Migrationsbeauftragter d. Vitos Konzerns und Honorarprofessor am Institut f. Europ. Ethnologie/Kulturwissensch. d. Universität Marburg.

M. Kemal Kuscu
Dr. M.Kemal Kuscu MPH (Public Health) MSc (Medizinische Anthropologie) M.A (Systemische Therapie),Gastprofessor für Psychiatrie und globales Gesundheitsprogramm an der Koc Medical School Istanbul



Mehmet Bilgin Saydam
Prof. Dr. med., Psychiater und Psychotherapeut, Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät Istanbul / Universität Istanbul

Drei Phasen der Sozialpsychiatrie in der Türkei

Die Sozialpsychiatrie in der Türkei hat sich im Rahmen politischer und sozialer Agenden entwickelt. In der frühen Phase waren die meisten Einzelinitiativen von charismatischen Persönlichkeiten umgesetzt worden. In dieser Phase war eines der Hauptziele, psychiatrisches Wissen in der Bevölkerung zu verbreiten. Den oben erwähnten Pionieren der modernen Psychiatrie folgten später u.a. Rasim Adasal (Ankara) oder der kürzlich verstorbene Özcan Köknel (Istanbul). Die frühzeitige Beteiligung von gemeindenahen Institutionen war wegen der fehlenden strukturellen Unterstützung vonseiten der öffentlichen Politik nur von kurzer Dauer.

Die nächste Phase (70er bis 90er Jahre) wurde um Initiativen im akademischen Kontext herum entwickelt und hauptsächlich von der akademischen Psychiatrie durchgeführt. So entwickelte jede Institution oasenartig ihr eigenes Modell, welches der nachfolgenden Generation von Professionellen in der Psychiatrie als Grundlage für eigene Schwerpunkte diente. Wichtige Einflüsse kamen von der dynamischen Psychiatrie sowie der Familienforschung und Milieutherapie. 1992 wurde in Ankara die 'Sozialpsychiatrische Gesellschaft der Türkei' unter der Führung von Işık Sayıl gegründet, die Sozialpsychiatrische Kongresse auf nationaler Ebene organisierte. Auch die 1994 gegründete Türkisch-Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (TAP-Der) hatte mit ihren Kongressen und Kooperationen Einfluss auf die weitere sozialpsychiatrische Entwicklung in der Türkei. Die 1995 in Ankara etablierte 'Psychiatrische Vereinigung der Türkei' (Türkiye Psikiyatri Dernegi, TPD) bietet Weiterbildungsmöglichkeiten für Spezialisten und Assistenzärzte auch für Sozialpsychiatrie, Epidemiologie, Patientenrechte, Ethik, Gruppen-/Familiendynamiken und Stigmatisierung etc.. Weitere Gesellschaften wie die 'Föderation der Schizophrenie-Vereinigungen' haben direkte Verbindungen zu den Patienten und ihren Angehörigen, veranstalten Seminare und Kurse für eine bewusstere Handhabung der krankheitsbezogenen individuellen und sozialen Probleme. In dieser Zeit hat die psychiatrische Pflege einen Weg gefunden, sich auch als neues Fach / Forschungsgebiet zu entwickeln.

Im Rahmen der Beitrittsverhandlungen zur Europäischen Union war es zwischen den Jahren 2000 bis ca. 2010 zu einer vorübergehenden Demokratisierung und Liberalisierung sowie zur gesellschaftlichen Öffnung der Diskussion um die psychiatrische Versorgung in der Türkei gekommen. Es bestand die Chance auf Veränderungen in der öffentlichen Politik. Die damaligen Schritte führten in Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen (wie der Weltgesundheitsorganisation oder der Weltbank) auch zur Einrichtung neuer öffentlicher Dienste innerhalb des umfassenderen Programms der Gesundheitsreform.

Die letzte Phase, die ab ca. 2008 begann, schuf dann einen neuen Kontext, indem ein strikt zentralisierter Ansatz zur Grundlage der allgemeinen Reform der Gesundheitsfürsorge gemacht wurde.

Eine neue Ära des Bewusstseins

Eine der wichtigsten Entwicklungen Anfang 2000 war die Beteiligung von Nichtregierungsorganisationen, die von Patienten, Pflegekräften und Fachleuten für psychische Gesundheit zum Leben erweckt wurden. Diese Bewegung veränderte die gesamte Szene in der Türkei und es wurde eine vielstimmigere Diskussion über die psychische Gesundheitsfürsorge geführt. Besonders die Gründung neuer Patienten- und Familienorganisationen förderte den bis dahin ungedeckten Bedarf rund um die psychische Gesundheit. Im gleichen Zeitraum hatte das globale Programm gegen Stigmatisierung der World Psychiatric Association (WPA) einen katalysierenden Einfluss auf die lokalen Anti-Stigmatisierungsprojekte. Lokale Initiativen initiierten Tagesbetreuungsprogramme und therapeutische Milieuinterventionen in mehreren Städten der Türkei (Ankara, Istanbul, Kocaeli, Bolu, Antalya). Das so genannte "Gesetz über psychische Gesundheit" *(Ruh Sağlığı Yasası)* wurde 2018 nach mehrjähriger Vorbereitung in das türkische Parlament eingebracht. Die Diskussion um dieses Gesetz fand mit anfänglicher Unterstützung der Türkiye Psikiyatrı Derneği (TPD, Psychiatrische Gesellschaft der Türkei) statt. Leider wurde das Gesetz trotz der damals offenen Auseinandersetzung zwischen Berufsverbänden und anderen Bürgerrechtsinitiativen nicht im Parlament verabschiedet. Das Gesetzgebungsverfahren ist nach wie vor nicht abgeschlossen. Die frühere gesellschaftliche Bedeutung des Themas der psychiatrischen Versorgung in der Türkei ist zurück gegangen. Der Begriff "sozial" wird von der Regierung mittlerweile weitgehend vernachlässigt.

Im Rahmen der Beitrittsverhandlungen zur Europäischen Union war es zwischen 2000 und 2010 zu einer vorübergehenden Demokratisierung und Liberalisierung sowie zur gesellschaftlichen Öffnung gekommen.

Gemeindenahe Versorgung

Die Demokratisierung in der klinischen Psychiatrie mit besonderer Betonung von Teamarbeit hat sicherlich zu den aktuellen sozialpsychiatrischen Ansätzen viel beigetragen. Der Patient, seine Familie und das soziale Umfeld sind nicht mehr nur Objekt der Psychiatrie sondern zu aktiv am Behandlungsprozess Beteiligten geworden.

In den letzten zwei Jahrzehnten war eine der wichtigsten Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung die Einführung (2008) von kommunalen psychiatrischen Diensten *(TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)* in der Türkei. Derzeit gibt es 163 aktive Zentren in 78 Städten. Schwerpunkte dieser Zentren sind chronische psychische Erkrankungen, vor allem Patienten mit chronischer Psychose.

Zu Beginn schufen die kommunalen Zentren für psychische Gesundheit eine neue Dynamik. Das Konzept eines Teams für psychische Gesundheit wurde in der Praxis erarbeitet und es enstand eine multidisziplinäre Zusammenarbeit. Trotz einiger kleiner Studien über die kommunalen Zentren und therapeutische Entwicklungen und positive psychosoziale Ergebnisse fehlt allerdings eine umfassende wissenschaftliche Evaluation zu diesem Projekt.

Einerseits förderte die Gesundheitsreform in der Türkei zwar die interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesen Zentren, andererseits führte sie aber zu einer Erhöhung der Bettenzahl. Es wurde also die custodiale Psychiatrie auf Kosten sozialpsychiatrischer Ansätze gestärkt.

Einerseits förderte die Gesundheitsreform zwar die interdisziplinäre Zusammenarbeit, andererseits führte sie aber zu einer Erhöhung der Bettenzahl. Es wurde also die custodiale Psychiatrie auf Kosten sozialpsychiatrischer Ansätze gestärkt.

Umgang mit Zwang

Leider gibt es nur wenige Daten zu Zwangseinweisungen in die Psychiatrie in der Türkei. Zwei frühere Studien

aus dem Jahr 2013 gehen von 13,1 bis 21,1 % der gesamten stationären Aufnahmen aus. Das Verfahren der Unterbringung gegen den Willen der Patienten ist nach wie vor durch das türkische Zivilrecht abgesichert *(Türk Medeni Kanunu: 432-437)*. Obwohl aufgrund des Einflusses der Teams für psychische Gesundheit in der Gemeinde eine allgemeine Verbesserung erreicht werden konnte, ist der Prozess der Überprüfung durch Gerichte immer noch nicht standardisiert und wird unterschiedlich gehandhabt.

Es besteht nach wie vor eine breite ethische und politische Diskussionen um diese Thematik. Derzeit hat die Arbeitsgruppe für Menschenrechte und Ethik innerhalb der Psychiatrievereinigung der Türkei eine neue Initiative zur Klärung der Rahmenbedingungen für Zwangsbehandlung von Patienten gestartet. Sie ist bestrebt, klare ethische Richtlinien für Zwangsbehandlung einschließlich Zwangsmedikation zu schaffen. Bislang ist Zwangsmedikation nicht grundsätzlich bei Zwangsunterbringungen erlaubt sondern schwierigen Sonderfällen wie Gewalt auf der Station vorbehalten.

Derzeit ist in der Türkei die Zwangseinweisung von Patienten mit psychischen Gesundheitsstörungen auf Fälle beschränkt, in denen Personen, die eine Gefahr für sich selbst und andere darstellen, gemäß Artikeln in verschiedenen Gesetzen und internationalen Konventionen, die allgemeine Aussagen enthalten, unfreiwillig eingeliefert und behandelt werden.

Eine Gerichtsentscheidung ist erforderlich, aber eine wichtige Einschränkung besteht darin, dass diese allgemeinen Aussagen keine Informationen über die Dauer der Zulassung enthalten, also wie lange eine Zwangsbehandlung andauern darf. Auch ist nicht klar definiert, wann eine Zwangsbehandlung erforderlich ist. Außerdem sind die Rechte der Patienten ungeklärt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung oft zusammen beurteilt werden.

Trialog

Das Jahr 2000 war ein dynamischer Moment für Nichtregierungsorganisationen in der gesamten psychischen Gesundheitsversorgung in der Türkei. Befürworter der Bürgerrechte von Patienten, eine neue Generation von Mitarbeitern der psychischen Gesundheit sowie Familien und Betreuer schufen eine lebendige Atmosphäre für die laufende Diskussion. Die psychische Gesundheit wurde zu einer sichtbaren öffentlichen Agenda und zog die öffentliche Aufmerksamkeit in der Presse auf sich. Diese fruchtbare Entwicklung wurde mit den wachsenden politischen Spannungen in der Türkei gebremst. Einer der Hauptgründe war der stark zentralisierte Verwaltungsansatz im öffentlichen Dienst. In den letzten ca. sechs Jahren wurden Entscheidungen in der Psychiatrie zunehmend zentralisiert. Psychiatrische Fachverbände werden immer weniger gehört und in Entscheidungsprozesse einbezogen. Ministerien für Gesundheit und von ihnen kontrollierte Institutionen bestimmen die Richtung der Entscheidungen.

Derzeit kann man den aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung und die damit verbundenen Agenden nicht von anderen sozialen Spannungen in der Türkei unterscheiden. Aus politischen und wirtschaftlichen Gründen verlor die breitere Diskussion über psychische Gesundheitsfürsorge ihre Sichtbarkeit in der türkischen Öffentlichkeit.

Gibt es weitere länderspezifische Besonderheiten und Gegebenheiten in der sozialpsychiatrischen Versorgung?

Derzeit kann man den aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung und die damit verbundenen Agenden nicht von anderen sozialen Spannungen in der Türkei unterscheiden. Aus politischen und wirtschaftlichen Gründen verlor die breitere Diskussion über psychische Gesundheitsfürsorge ihre Sichtbarkeit in der türkischen Öffentlichkeit. Besonders in der Zeit der Covid-Pandemie hat die Schließung oder eingeschränkte Arbeit in kommunalen psychiatrischen Diensten eine neue Herausforderung auf dem Gebiet geschaffen.

Trotz des dynamischen Starts der kommunalen Zentren für psychische Gesundheit (TRSM) hat ihre zentralisierte Natur auf lange Sicht ein Paradoxon geschaffen. Die meisten der individuellen oder akademischen Initiativen wurden an den Rand gedrängt. Die Handlungsspielräume für direkt an der Patientenbehandlung beteiligte Fachleute werden immer kleiner. Der individuelle akademische Diskurs wird zunehmend marginalisiert und der Zentralisierung untergeordnet.

Literatur

Dogan O (2016): Dünden bugüne Türkiye'de sosyal psikiyatri uygulamaları. Anatolian Journal of Psychiatry 17(2):136-142

Gültekin BK, Çelik S, Tihan A, et al. (2013): Bir Psikiyatri Hastanesinde Istemli ve Istem Dısı Yatısların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Noropsikiyatri Arsivi 1(50): 216-21.

Koch E, Özek M (2011): Zur Beziehung der Deutschen und der Türkischen Psychiatrie. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Fischer, München. S. 109-11

Saydam MB (1994) Sosyal Psikiyatride Ekip Çalısması ve Terapötik Demokrasi. Kriz Dergisi 2(1): 197-202

Sert G, Özçelik H, Yıldırım G (2019): Involuntary Admissions And Treatment Of Patients With Mental Health Disorders in Turkey. Legal And Ethical Issues. Lokman Hekim Dergisi 9 (3), 393-404

Soygur H, Ucok A, Akbıyık DI (2014): Antistigma Efforts in Turkey: The Turkish Program Against Stigmatization and Discrimination Because of Schizophrenia as a Part of the World Psychiatric Association Global Program. International Journal of Mental Health: 58-65.

Yılmaz Y, Saygılı I, Yanartas Ö, et al. (2013): Zorunlu Yatısta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. Yeni Symposium Dergisi. 51(1): 46-50.

Die ständig wachsende Krise der psychischen Gesundheit in der Ukraine

Von Robert van Voren

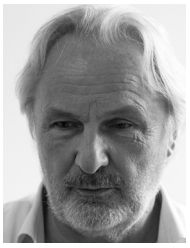
Während wir hier anlässlich der Verleihung des Pardes Humanitarian Award in Mental Health 2022 zusammenkommen, wurden bis jetzt mehr als dreizehn Millionen ukrainische Bürger aus ihren Häusern vertrieben, wurden gezwungen, nach Westen zu ziehen, weg von der Frontlinie, oder haben in anderen Ländern Zuflucht gesucht, um sich und ihre Angehörigen vor den Schrecken des Krieges zu retten. Man muss keine Psycholog*in sein, um zu verstehen, welche psychologischen Folgen dies hat und für die kommenden Generationen haben wird.

Wir wissen nicht genau, wie viele Zivilisten getötet wurden. Die südukrainische Stadt Mariupol hatte früher etwa 300.000 Einwohner*innen. Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu einem Drittel der Bevölkerung während der unerbittlichen Bombardierung, durch die die Stadt wie vom Erdboden verschluckt wurde, getötet wurde. Im ganzen Land wurden wahrscheinlich mehrere hunderttausend Zivilist*innen getötet oder verstümmelt, entweder durch die Bombardierungen oder durch das Terrorregime, das in den besetzten Gebieten über sie hereinbrach. Hier wurden Menschen von den Invasionstruppen gefoltert, vergewaltigt und getötet, und jeden Tag werden neue Massengräber freigelegt. Auch in diesem Fall haben wir keine genauen Zahlen, aber die Zahl der Opfer muss in die Tausende gehen. Und wir wissen auch, dass die Zahl der im Kampf gefallenen ukrainischen Soldaten beträchtlich ist. Sie alle haben Familien zurückgelassen: Eltern, Ehefrauen oder Freundinnen, Kinder... sie alle sind Opfer eines Krieges geworden, den sie nicht gewollt und nicht selbst verursacht haben.

Diese völlige Absurdität eines Krieges, der auf die Auslöschung der Ukraine als unabhängige Nation abzielt und eindeutige Tendenzen des Völkermords aufweist, verursacht schwere psychische Probleme. Im zweiten Teil meines Vortrags werde ich mich darauf konzentrieren, was die von mir geleitete Organisation, die Federation Global Initiative on Psychiatry, tut, um diesen Folgen entgegenzuwirken. Zunächst möchte ich auf meine persönliche Geschichte und mein Engagement eingehen.

Ich arbeite seit mehr als 32 Jahren in der Ukraine und habe miterlebt, wie sich das Land zu dem entwickelt hat, was es heute ist. Als die Ukraine 1991 unabhängig wurde, glaubten nur wenige Menschen wirklich an das Land, und lange Zeit war die Vorstellung, dass die Ukraine ein Land sei, für das es sich zu sterben lohne, alles andere als weit verbreitet. Das änderte sich 2013-2014, als ein Volksaufstand zum Sturz eines moskautreuen Präsidenten führte, woraufhin der Krieg begann, der bis heute andauert. Um genau zu sein: Der Krieg begann nicht dieses Jahr, am 24. Februar, sondern 2014, als Russland die Krim illegal annektierte und die Übernahme von zwei Regionen im Osten organisierte. Von diesem Moment an herrschte Krieg, und jeden Tag wurden Ukrainer*innen an der Front getötet. Es war ein Krieg, den die Welt vergaß und der kaum in den Nachrichten auftauchte, bis zur groß angelegten Invasion im Februar dieses Jahres.

In diesen 32 Jahren habe ich eng mit dem Ukrainischen Psychiatrieverband und vielen anderen Organisationen im Land zusammengearbeitet, um die psychiatrische Versorgung zu reformieren und um das veraltete und unmenschliche sowjetische Modell der psychiatrischen Versorgung zu überwinden. Dieses Modell beruhte hauptsächlich auf dem Konzept, dass Menschen mit chronischen psychischen Problemen oder geistigen Behinderungen überflüssig seien und in großen Einrichtungen untergebracht werden sollten, die in der Regel außerhalb der Städte lagen.



Robert van Voren
Leiter der Organisation Human Rights in Mental Health–FGIP (www.gip-global.org) und Professor für Politikwissenschaften und Direktor des Andrei Sakharov Research Center for Democratic Development an der Vytautas Magnus University (www.sakharovcenter-vdu.eu).

Eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung gab es nicht, das gesamte System war biologisch und institutionell ausgerichtet und diente darüber hinaus dazu, die Gesellschaft von Menschen zu befreien, die - offen gesagt - nicht wirklich in die Gesellschaft passten. In zahlreichen Untersuchungen, die wir in den Jahren 2015 bis 2019 durchführten, fanden wir heraus, dass etwa ein Drittel der Menschen, die in psychiatrisch-neurologischen Anstalten, euphemistisch als Sozialpflegeheime bezeichnet, lebten, nicht an einer psychischen Störung oder Behinderung litten, sondern einfach nur dorthin abgeschoben wurden, hauptsächlich von Verwandten, weil sie besondere Aufmerksamkeit benötigten, eine Wohnung besaßen, die verkauft werden konnte, oder einfach nur eine Belastung für ihre Umgebung waren. In einer der Einrichtungen fanden wir zum Beispiel ein 32-jährige junge Frau

ohne offensichtliche psychische Erkrankung, die mit elf Jahren das letzte Mal draußen war. Und das ist nur eines von vielen Beispielen.

Im Laufe der Zeit haben wir Hunderte von großen und kleinen Projekten durchgeführt. Einige konzentrierten sich auf die Ausbildung, andere auf die Verbesserung der materiellen Bedingungen und wieder andere auf die Interessenvertretung und Entstigmatisierung. Wir übersetzten und veröffentlichten 139 psychiatrische Handbücher und andere Bücher und druckten sie in mehreren Auflagen, um Fachleuten den Zugang zur internationalen psychiatrischen Literatur zu ermöglichen. Wir organisierten Seminare und Konferenzen, öffneten Türen und Fenster, und nach und nach wurde die ukrainische Psychiatrie Teil der Weltpsychiatrie.

Für viele, die die Vergangenheit nicht kennen oder sich nicht an sie erinnern, mag der Fortschritt klein oder nicht sehr bedeutend erscheinen, aber man muss sich bewusst machen, woher wir kamen. Als ich im Sommer 1991 zum ersten Mal ein Kiewer psychiatrisches Krankenhaus betrat, sah ich Dantes Hölle auf Erden. In einer psychogeriatrischen Abteilung fand ich 60-70 ältere Patienten in Lumpen, oft zu dritt auf zwei zusammengeschobenen Betten liegend, einige ohne Matratzen oder Bettdecken und mit mangelhaften sanitären Anlagen. Die Toiletten waren überfüllt mit Exkrementen, und der Gestank war so penetrant, dass er noch lange nach dieser Begegnung in der Nase hängen blieb. Ich besuchte diesen Ort zusammen mit dem leitenden Psychiater von Kiew, der noch nie zuvor dort gewesen war, und er weinte, als er das sah.
Ein erstes Treffen zur Gründung einer Angehörigenorganisation, die von der National Alliance for the Mental Ill (NAMI) unterstützt wurde und 1992 stattfand, endete im Streit, weil einige Angehörige aus Angst vor Repressalien gegen dieses Vorhaben waren, die ganze schmutzige Wäsche öffentlich zu machen. Wir wurden wie Agenten des Weltimperialismus bezeichnet! Ein Versuch, 1994 in Kiew ein Behandlungszentrum für Folteropfer einzurichten, war erst erfolgreich, nachdem der Chef des neu gegründeten ukrainischen Geheimdienstes SBU den örtlichen Bürgermeister anwies, seinen Widerstand gegen unsere Pläne aufzugeben - auch er hielt uns für westliche Imperialisten. Zwei Jahre später wurde unsere Druckerei gestürmt, weil wir von einem Krankenhausdirektor denunziert worden waren, der behauptete, wir würden keine wissenschaftliche Literatur, sondern falsche US-Dollars drucken. Das sind Situationen, die man sich heute nicht mehr vorstellen kann, aber damals bestimmten sie die tägliche Realität, mit der wir umgehen mussten.

Wenn ich also auf diese frühen Zeiten zurückblicke, dann muss ich konstatieren, dass wir einen langen Weg zurückgelegt haben. Psychische Gesundheit ist viel weniger ein Stigma als noch vor zwanzig oder dreißig Jahren, und in diesem Sinne hat der Krieg geholfen: Die psychologischen Folgen des militärischen Konflikts seit 2014 haben zu einem verstärkten Interesse an psychologischen Fragen, an psychischem Wohlbefinden und damit auch an psychosozialer Unterstützung und Versorgung geführt. In den Jahren 2015, 2016 und 2017 haben wir und andere viele spezialisierte Betreuungsprogrammen für traumatisierte Militärs und Zivilisten auf den Weg gebracht und glücklicherweise waren viele Dienste bereit, aktiv zu werden, als die Invasion im Februar dieses Jahres den ersten Strom von Opfern verursachte.

Jede Krise beinhaltet eine Chance. Dies gilt nicht nur für die Politik, die darauf hofft, dass dieser Krieg zu einem wahrhaft postimperialen Europa führt, in dem Freiheit und parlamentarische Demokratie die Regel sind und die Ideale der Gründer der Europäischen Union verwirklicht werden. Auch in Bezug auf die psychische Gesundheit kann der Krieg, der jetzt in der Ukraine entfesselt wurde, ein Wendepunkt sein, wenn er richtig genutzt wird. Millionen von Ukrainer*innen sind jetzt mit emotionalen und psychologischen Problemen konfrontiert und suchen nach einer

Form von moralischer oder psychologischer Unterstützung. Die psychische Gesundheit verliert zusehends ihr Stigma und es besteht die Hoffnung, dass nach Beendigung des Krieges neue Dienste für psychische Gesundheit aufgebaut werden können. Und ich meine wirklich neue psychosoziale Dienste - nicht im Sinne von neuen Gebäuden, sondern im Sinne ihres Charakters: gemeindenahe und verbraucherorientierte psychosoziale Dienste, die Menschen nicht aus der Gesellschaft ausgrenzen, sondern sie dabei unterstützen, in der Gesellschaft zu bleiben und ein sinnvolles, produktives und respektvolles Leben zu führen. Kurz gesagt - Building Back Better.

Wie ich bereits erwähnt habe, besteht derzeit ein dringender Bedarf an psychologischen Hilfsprogrammen für diejenigen, die von den Schrecken des Krieges betroffen sind. Meine Organisation hat bei der Entwicklung dieser Dienste in der Ukraine eine Vorreiterrolle gespielt. Ich habe bereits erwähnt, dass wir 1994 gemeinsam mit dem Ukrainischen Psychiatrieverband ein Behandlungszentrum für Folteropfer gegründet haben, das „Medizinische Zentrum für die Behandlung von Opfern von Totalitarismus und Bürgerkriegen“, das bis heute besteht. Als der Krieg 2014 begann, entwickelten wir eine ganze Reihe von Schulungsprogrammen in der Ukraine und mehrere Jahre lang reisten unsere georgischen Kollegen von GIP-Tiflis zu Schulungen in die Ukraine. Wir halfen beim Aufbau von Diensten, betreuten sie und trugen zur Gründung einer ukrainischen Psychotrauma-Gesellschaft bei.
Im August 2020 führten die manipulierten Präsidentschaftswahlen in Weißrussland zu Massenverhaftungen, bei denen buchstäblich Zehntausende von Aktivisten im Gefängnis landeten, viele von ihnen wurden geschlagen, gefoltert und vergewaltigt. Viele flohen schließlich aus dem Land, und allein in Litauen gibt es inzwischen 10.000 weißrussische Flüchtlinge. Unter ihnen sind etliche, die psychologische Unterstützung benötigen. Da auch psychosoziale Fachkräfte im Land schikaniert und verhaftet wurden, beschlossen wir, eine russischsprachige Plattform für sichere psychosoziale Unterstützung zu entwickeln, die auch außerhalb des Landes funktionieren würde. In Zusammenarbeit mit unserem georgischen Zentrum, GIP-Tiflis, und dem Nationalen Institut für psychische Gesundheit der Tschechischen Republik wurde eine Website mit dem Namen samopomoch (www.samopomo.ch) entwickelt, was auf Russisch ”Selbsthilfe” bedeutet. Die Website besteht aus drei Komponenten. Zunächst bietet sie Informationen darüber, wie man seine psychische Gesundheit durch einen gesunden Lebensstil erhalten kann. Die zweite Komponente bietet Informationen zu evidenzbasierten Methoden, wie man sich selbst in Notlagen helfen kann, z. B. bei Depressionen, Ängsten und Panikgefühlen oder Suizidgedanken. Im dritten Teil erhält der Nutzer Informationen darüber, wohin er sich wenden kann, wenn er professionelle Hilfe benötigt. Wenn sich eine Person aus Weißrussland registriert, erhält sie Zugang zu unseren speziell geschulten Berater*innen, die online kostenlos professionelle Hilfe leisten.

Es hat eine Weile gedauert, bis die Menschen unsere Dienste in Anspruch genommen haben, zum einen wegen der Stigmatisierung (psychische Gesundheitsdienste sind in Belarus immer noch sehr sowjetisch geprägt und daher stigmatisiert) und zum anderen wegen des Gefühls unter den Aktivisten, dass man als Aktivist*in stark sein müsse und daher keine ”Schwäche” in Form von psychischen Problemen zeigen dürfe. Aber nach einigen Monaten kamen die ersten Klient*innen, und schließlich haben wir im Jahr 2021 bis zu 1000 Beratungen für etwa hundert Klienten*innen durchgeführt, allesamt Menschenrechtsaktivist*innen, von denen 20 % Folteropfer waren. Dieses Jahr werden wir diese Zahl mit Sicherheit übertreffen.

Zusätzlich zur Website entwickelten wir Nachrichtenkanäle auf Telegram, Facebook und Instagram und erreichten so im Laufe der Zeit ein Millionenpublikum.
Als der Krieg in der Ukraine begann, wurde uns klar, dass viele keine russischsprachigen Dienste nutzen wollten, und so entwickelten wir sofort das gleiche Programm auf Ukrainisch mit dem Namen samopomich (www.samopomi.ch), was auf Ukrainisch Selbsthilfe bedeutet. Aufgrund des Ausmaßes der Probleme wurde uns auch klar, dass wir nicht in der Lage sein würden, jedem Hilfesuchenden kostenlose Online-Beratungen anzubieten. Aus diesem Grund haben wir beschlossen, psychosoziale Beratung nur für Ersthelfer*innen anzubieten, z. B. für Mitarbeiter*innen von Krankenwagen und Rettungsdiensten, in Krankenhäusern, für Menschenrechtsaktivist*innen, die Beweise für Folter und Tötung sammeln, und für psychosoziale Fachkräfte. Außerdem haben wir auf Ukrainisch Nachrichtenkanäle auf Telegram, Instagram und Facebook entwickelt, die inzwischen über 50 Millionen Mal aufgerufen wurden. Eine überwältigende Zahl, die das enorme Ausmaß des durch den Krieg verursachten Leids zeigt.

Darüber hinaus haben wir in Vilnius ein Krisenzentrum für ukrainische und weißrussische Flüchtlinge eröffnet, von denen es in diesem kleinen Land mit 2,5 Millionen Einwohnern bereits mehr als 75.000 gibt. Die meisten von ihnen sind Frauen und Kinder, deren Ehemänner und Väter in der Ukraine sind, viele von ihnen an der Front. Viele stehen vor der Schwierigkeit, eine Wohnung zu finden, ihren Lebensunterhalt zu verdienen und eine angemessene medizinische Versorgung zu erhalten. Zusammen mit der Ungewissheit darüber, was mit ihren Angehörigen im Land geschieht, führt dies zu großer Angst und Verzweiflung. In den kommenden Monaten werden wir das Personal des Zentrums aufstocken. Alle Mitarbeiter*innen sind selbst Flüchtlinge und kennen die missliche Lage, in der sich ihre Klient*innen befinden.

> Das ist nur der Anfang der enormen Aufgabe. Später werden wir uns mit den längerfristigen Folgen für die psychische Gesundheit der Zivilisten und der Veteranen befassen müssen.

Und das ist nur der Anfang der enormen Aufgabe, die vor uns liegt. Später werden wir uns mit den längerfristigen Folgen für die psychische Gesundheit sowohl der Zivilisten als auch der Veteranen befassen müssen. Und in Anbetracht der enormen Ausmaße des Konflikts habe ich keinen Zweifel daran, dass dies zu einem generationenübergreifenden Trauma und der dringenden Notwendigkeit eines gut begleiteten und unterstützten Heilungsprozesses auf individueller, familiärer und gemeinschaftlicher Ebene führen wird. Wir bereiten uns darauf vor, wir bilden Menschen aus, wie Anfang September, als wir 150 ukrainische Fachleute für psychische Gesundheit zu einer dreitägigen Konferenz nach Vilnius brachten und zusätzlich einen speziellen zweitägigen Workshop

über kriegsbedingte Traumata organisierten. Wir werden auch weiterhin solche Veranstaltungen innerhalb und außerhalb der Ukraine organisieren, um Fachkräfte vorzubereiten, die später in der Nachkriegszeit mit den Problemen umgehen können.

Auf einer Konferenz, die ich im Oktober in Vilnius organisiert habe, bezeichnete der bekannte britische Historiker Timothy Garton Ash den gegenwärtigen Krieg als einen, der endlich zu einem wirklich postimperialen Europa führen kann, in dem solche Konflikte schlussendlich der Vergangenheit angehören. Ich weiß nicht, ob er zu optimistisch ist, aber ich möchte seine Überzeugung und Hoffnung teilen. Ich habe beschlossen, meinen Teil des Pardes Humanitarian Award in Mental Health für die Förderung dieses Ziels einzusetzen und für die Unterstützung der psychischen Gesundheit der Ukraine, ihres Militärs und ihrer Bevölkerung zu verwenden. Ein Teil des Preisgeldes wird für Generatoren für psychiatrische Kliniken in der Ukraine verwendet, die mit Hunger und Kälte zu kämpfen haben, weil ein Großteil des Stromnetzes im Land weggebombt wurde. Der andere Teil wird für die Deckung des psychologischen Bedarfs des Programms durch unser Samopomich-Programm verwendet.

Dieser Beitrag ist die überarbeitete Fassung der Rede des Autors anlässlich der Verleihung des Pardes Humanitarian Award in Mental Health 2022 am 28.10. 2022 in New York https://www.bbrfoundation.org/grants-prizes/pardes-humanitarian-prize-in-mental-health

Spenden willkommen

Sie können die Arbeit von Human Rights in Mental Health unterstützen. Aktuell werden dringend Generatoren für die Stromversorgung in der Gesundheitsversorgung benötigt. Die Bankverbindung der Human Rights in Menthal Health – FGIP ist
IBAN NL96INGB0388548185
BIC INGBNL2A
Human Rights in Menthal Health-FGIP, NL Hilversum

Einen Eindruck über die Lage in der Ukraine und der Arbeit von Human Rights in Mental Health-FGIP können Sie hier gewinnen **www.youtube.com/watch?v=5AGNrcsRVW4**

Die Psychiatriereform und Sozialpsychiatrie in Deutschland

Von Jörg Holke, Klaus Obert, Matthias Rosemann, Dyrk Zedlick

Jörg Holke
Geschäftsführer Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), Oppelnerstr. 130, 53119 Bonn, www.apk-ev.de, E-Mail: holke@apk-ev.de

Klaus Obert
Dr., war Bereichsleiter Sucht- und Sozialpsychiatrische Dienste bei der Caritas in Stuttgart und Redaktionsmitglied der Kerbe

Matthias Rosemann
Psychologe und Soziologe, Geschäftsführer Träger gGmbH Berlin-Reinickendorf, stellvertretender Vorsitzender der APK.

Dyrk Zedlick
Dr.med., FA für Psychiatrie/Psychotherapie, Chefarzt Verbund Gemeindenahe Psychiatrie/ SPDi am Klinikum St. Georg gGmbH, Vorstand APK

Abstract

Die Entwicklung der Sozialpsychiatrie (der Psychiatriereform überhaupt) in Deutschland ist gekennzeichnet, wie in anderen Ländern auch, durch eine nicht zu unterschätzende Heterogenität. Der Reformprozess sowohl in der „alten“ Bundesrepublik als auch der ehemaligen DDR hat u.a. aufgrund der Folgen der „Euthanasie“ während der Zeit des Nationalsozialismus erst sehr verspätet begonnen.
Aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik liegt die Zuständigkeit für viele Leistungen vorrangig bei den Ländern. In Verbindung mit der Fragmentierung der Leistungen durch die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher und der dadurch häufig anzutreffenden „Versäulung“ der Hilfesysteme erschwert dieses Prinzip seit jeher eine konsequente rechtskreisübergreifende Ambulantisierung der psychiatrischen Hilfen. Dies gilt sowohl für den klinischen Bereich als auch für das große Feld der Teilhabe- und Pflegeleistungen. In den letzten Jahren in Kraft getretene gesetzliche Grundlagen schufen jedoch die Voraussetzung dafür, die psychiatrischen Hilfen konsequenter an den Bedarfen der betroffenen Menschen auszurichten und somit die Basis einer alltags- und lebenswelt- und damit sozialraumorientierten Sozialpsychiatrie zu schaffen. Die Verflüssigung der Grenzen von ambulant und stationär geht einher mit der Ausweitung des Prinzips der regionalen Versorgungsverpflichtung unter der kritisch, aber durchaus solidarischen Unterstützung und Kontrolle durch die beeindruckend starke Selbsthilfe sowohl bundesweit als auch in den Bundesländern.

Zum Begriff Sozialpsychiatrie

Die Diskussion um den Begriff und Inhalt der Sozialpsychiatrie wurde von Reumschüssel (2021) ausgeführt. Nur so viel sei erwähnt: Sozialpsychiatrie verfügt nicht über eine begründete Theorie, sondern ist eher als eine ethisch-moralische, gesellschaftskritisch-politische Antwort auf das Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten und das gemeindeferne Paradigma naturwissenschaftlicher Prägung zu verstehen. Für den folgenden Beitrag orientieren wir uns an einer Definition von Elgeti: Aus seiner Sicht vereine eine sozialpsychiatrische Grundhaltung drei Aspekte:

- die soziale Dimension psychischer Störungen
- die Verwirklichung einer gemeindepsychiatrischen Organisation der Hilfen
- und sie streitet als gesundheitspolitische Bewegung „für die Rücknahme sozialer Ausgrenzungsprozesse gegenüber psychisch kranken Menschen und greift damit weit über den fachlichen Rahmen psychiatrischen Handelns hinaus“ (Elgeti 2010. S. 34).

Die Verknüpfung mit dem bio-psycho-sozialen Modell der WHO ist ein kontinuierlicher Prozess der Weiterentwicklung dieser sozialpsychiatrischen Grundhaltung.
Es ist uns bewusst, dass die Entwicklung im nunmehr auch seit 1990 vereinigten Gesamtdeutschland von vielfältigen Überschneidungen, Verflechtungen und Verbindungen geprägt ist. Dies hat u.a. zur Folge, dass es uns um die gesamte Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland geht, innerhalb derer die Sozialpsychiatrie eine nicht unwichtige Funktion einnimmt und erfüllt.

Ein kurzer Blick zurück – Die Folgen des Euthanasieprogramms

Die gesellschaftliche Entwicklung und damit auch die Rekonstruktion der psychiatrischen Versorgung war in der alten Bundesrepublik bis weit in die 1960 er Jahre hinein einerseits von zügigem und schwindelerregendem wirtschaftlichem Wiederaufbau geprägt, andererseits wiederum von einer breiten und umfassenden Verdrängung und Verleugnung der Geschehnisse während der Zeit des Nationalsozialismus. Zugleich wirkten Teile der nationalsozialistischen Entscheidungen weiter fort, wie z.B. der sog. „Halbierungserlass“, der zu einer verminderten finanziellen Ausstattung psychiatrischer Einrichtungen führte und im Krankenhausbereich erst mit der Personalverordnung Psychiatrie im Jahr 1990 überwunden wurde. Diese „bleierne Zeit“ und die „Unfähigkeit zu trauern“ führten zu einer verspäteten Reform der Psychiatrie. Die Restrukturierung erfolgte weitgehend auf der Grundlage des naturwissenschaftlich bestimmten medizinischen Modells mit der psychiatrischen Anstalt als dessen institutionellem Ausdruck (Paradigma der gemeindefernen Unterbringung).

Die Psychiatrie Enquete und eine langsam beginnende Psychiatriereform

Nur langsam und mühselig konnten erste Ideen einer menschenrechtsbasierten psychiatrischen Versorgung u.a. aufgrund skandalisierender Berichterstattung durch Journalisten (Fischer, 1969; Kunze 2015) Fuß fassen. Eine breit angelegte Reform begann im westlichen Teil von Deutschland eigentlich erst mit der Untersuchung zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, deren Ergebnisse schließlich in der Psychiatrie Enquete 1975 veröffentlicht wurden (Deutscher Bundestag 1975). Die Enquete dient bis heute, nun im vereinten Deutschland, als ein Rahmen (Gleichstellung somatisch und psychisch kranker Menschen, Einrichtung eines sektorisierten, gemeindenahen Netzes an Hilfen, Verkleinerung der psychiatrischen Anstalten und Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Koordination und Vernetzung der Hilfen) für die Verwirklichung einer gemeindenahen, den Menschen in seiner Lebenswelt und die Menschenwürde in Vordergrund stellenden psychiatrischen Versorgung. Allerdings blieb die Umsetzung der Ziele aufgrund verschiedener Faktoren (z.B. die damalige wirtschaftliche Krise, die Fragmentierung der Finanzierung und vor allem die Länderhoheit) defizitär. Es entstand ein Netz an ambulanten und teilstationären Hilfen wie auch die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die psychiatrischen Institutsambulanzen. Allerdings konnte bis in die 90er Jahre hinein von einem flächendeckenden (landesweiten) Ausbau gemeindenaher Strukturen noch nicht die Rede sein. Gedacht wurde jedoch noch immer in den Kategorien einer „therapeutischen Kette“, die die Nutzenden systematisch zu durchlaufen hätten.
Die Umsetzung der Psychiatrie Enquete kennzeichnete sich allerdings durch ein wesentliches Defizit: Die sog. Schwierigsten und die Langzeitpatient*innen blieben zurück entweder in den Langzeitbereichen der psychiatrischen Anstalten oder durch die Unterbringung (Umhospitalisierung) in gemeindefernen Heimen. Sowohl dieses Faktum, vor allem jedoch in erster Linie die Auswertung des Modellprogrammes führte zur Einsetzung einer Expertenkommission, die im Auftrag der Bundesregierung den Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung“ (1988) veröffentlichte. Eine zentrale Aufgabe und Forderung dieses Berichtes besteht in der Umsetzung einer regionalen Versorgungsverpflichtung mit dem Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen (Gemeindepsychiatrische Verbünde), die den Verbleib und die Bereitstellung angemessener Hilfen und Unterstützung für alle psychisch kranken Bürger*innen einer definierten Region sicherstellen sollten und zu erbringen haben. Nach der Wende und der Vereinigung von Ost- und Westdeutschland wurde dieser Bericht zu einer Richtschnur für die weitere Ausgestaltung im vereinten Deutschland.
Die psychiatrischen Anstalten wurden bundesweit verkleinert. Aus ihnen wurden psychiatrische Krankenhäuser. Gleichzeitig entstanden sukzessive mehr und mehr psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (siehe weiter unten). Es entstanden nach und nach in beträchtlichem Ausmaß Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Ambulant betreutes Wohnen; nur in geringerem Ausmaß psychiatrische Pflegedienste und Krisendienste. Die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und psychisch erkrankter älterer Menschen wurde in vergleichbareren Entwicklungslinien reformiert. Besondere Bedarfe waren hier jeweils zu berücksichtigen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie war die kontinuierlich verbesserte Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und Integration erzieherischer Hilfen ein wesentlicher Faktor in der Weiterentwicklung. In der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie war die Integration der pflegerischen Leistungen von hoher Bedeutung.

Sozialpsychiatrische Reformversuche im anderen Teil Deutschlands

Sozialpsychiatrische Reformversuche blieben in der DDR bis zu ihrem Ende 1989 nur Stückwerk. Dabei sei bemerkt, dass es nicht *die* oder *eine* Psychiatrie der DDR

gab, genauso wie es auch nicht die *eine* Psychiatrie der alten BRD gegeben hat (Zedlick, 2015, Kumbier, 2022). Es waren große regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgungslandschaft vorhanden, und auch in den einzelnen Zeitabschnitten verlief die Entwicklung der Psychiatrie sehr verschieden (Waldmann, 1998, Zedlick 2015). Die Nachkriegsphase war auch in der DDR geprägt von der notwendigen Reorganisation der verwahrlosten und teilweise zerstörten Heil- und Pflegeanstalten. Der Versuch der Wiederherstellung der institutionellen Basis und der Funktionsfähigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser wurde begleitet von dem Prozess der Neuformierung des gesamten Gesundheitswesens im anderen Teil Deutschlands.

Die in den sechziger Jahren begonnene Reformphase hatte ihren Markstein mit dem ersten Internationalen Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. bis 25. Mai 1963 im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch im sächsischen Voigtland (Ficker, 2000). Die bei diesem Symposium entstandenen „Rodewischer Thesen“ waren nach Klaus Dörner das „erste sozialpsychiatrische Dokument auf deutschen Boden“ (Dörner, 2000). In diesen Thesen ging es aber nicht primär um eine ambulante Orientierung der psychiatrischen Versorgung, sondern eher um eine Modernisierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung durch Einführung einer „modernen komplexen psychiatrischen Therapie“, der flächendeckenden Einführung arbeitstherapeutischer Maßnahmen und der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (Renker, 1965).

Das psychiatrische Krankenhaus mit seinen konservativen und ausgrenzenden Strukturen blieb in den weiteren Jahren Zentrum und vorherrschende Einrichtung der psychiatrischen Versorgung.

An dieser Entwicklung konnte auch der ein Jahrzehnt nach der Rodewischer Tagung am 2./3. Mai 1974 auf einer Arbeitstagung in Brandenburg-Görden zur „Therapeutischen Gemeinschaft“ erneut unternommene Reformversuch wenig ändern. Die 1974 auf der Tagung vorgestellten und dann 1976 verabschiedeten Brandenburger Thesen setzten sich unter anderem mit den sozialen Bedingungen innerhalb des Krankenhauses und deren Folgen wie dem Anstaltssyndrom und Hospitalismus auseinander (Schirmer u.a.,1976).

Insgesamt war die Umsetzung der beiden Reforminitiativen auf insuläre Erfolge beschränkt, die „...von den örtlichen Bedingungen, den verfügbaren finanziellen und personellen Ressourcen, vor allem aber vom persönlichen Engagement und der Durchsetzungsfähigkeit bzw. der fachlichen Orientierung der Verantwortlichen abhingen“ (Kumbier u.a.,2013).

Ein letzter Versuch, „...die Reform vom Kopf auf die Füße, d.h. in den Mittelpunkt kommunaler Einrichtungen wie Ambulanz, Tagesklinik, psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus und Komplementärbereich zu stellen...“ (Weise, 1990) wurde 1981 mit dem sogenannten „Ministerratsbeschluss“ unternommen. Er gab sehr konkrete Strukturziele, bzw. Anweisungen für die Umsetzung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung vor. Der Vollzug des schon damals in der DDR geforderten und bis heute auch unter anderen politischen Verhältnissen noch lange nicht flächendeckend verwirklichten Paradigmenwechsels in Richtung einer personenbezogenen und kommunalen Psychiatrie blieb aber aus.

> Die letzte Periode der DDR-Psychiatrieentwicklung war eine Phase der Stagnation, wo zu den fachpolitischen Hemmnissen die Zuspitzung der gesamtgesellschaftlichen Krise hinzutrat.

Die letzte Periode der Psychiatrieentwicklung der DDR in den 80’er Jahren war eher eine Phase der Stagnation, wo zu den inneren, fachpolitischen Hemmnissen die Zuspitzung der gesamtgesellschaftlichen Krise hinzutrat. Das gesellschaftliche Klima war geprägt durch den allgemeinen Stillstand und dem Inseldasein gesellschaftlicher Reformprojekte sowie den Rückzug in das Nischendasein.

Als eine derartige „Reforminsel“ innerhalb der Psychiatrielandschaft der DDR könnte man die Stadt Leipzig mit ihrem sektorisierten, gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem bezeichnen, das auch auf eine stärkere Subjektorientierung ausgerichtet war. Nicht unwesentlich für diese insuläre Entwicklung der Leipziger Sozial- und Gemeindepsychiatrie war die jahrzehntelange enge persönliche und fachliche Zusammenarbeit mit der ebenfalls nach dem Prinzip der sektorisierten Psychiatrie arbeitenden Medizinischen Hochschule Hannover, personifiziert durch Karl Peter Kisker und Erich Wulff (Thom & Wulff,1990, Beyer, 2022).

Blickt man nun zusammenfassend auf die Ergebnisse der Reformversuche auf verschiedenen Aktionsebenen innerhalb der DDR zurück, so ist eine generelle Strukturreform der krankenhauszentrierten Versorgung und der Aufbau einer flächendeckenden, dezentralisierten und sektorbezogenen Betreuungsstruktur mit Ausnahme einzelner, begrenzter Regionen bis zum Ende der DDR nicht gelungen.

Diese Tatsache spiegelt auch der „Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ wider, der durch eine Ost/West-Expertengruppe unter Koordination der Aktion Psychisch Kranke 1991 erstellt wurde (APK, 1991). Zum einen Teil existierten mancherorts „katastrophale und menschenunwürdige Verhältnisse“ in der stationären Psychiatrie mit Kliniken in Größenordnungen von 310 bis 1800 Betten, mit einer Fehlbelegungsquote von 30- 70 Prozent von chronisch hospitalisierten oder geistig behinderten Menschen und mit geringen bis fehlenden Tagesstrukturierungen. Aber zum anderen Teil bestanden auch gemeindeorientierte, ambulante Versorgungsansätze durch die vorhandenen poliklinischen Strukturen. Die moderne Rehabilitationsgesetzgebung und die enge Zusammenarbeit mit den Kommunen und dem Sozialwesen ermöglichten in der ambulanten Psychiatrie, dass ein großer Teil an chronisch erkrankten Menschen noch einen normalen Arbeitsplatz und eine eigene Wohnung haben konnten.

Unabhängig von den DDR spezifischen Hindernissen ist die Psychiatriereform in der DDR vor allem an den allgemeinen, historisch bedingten Problemen der deutschen Psychiatrie gescheitert: dem Festhalten an der dominierenden Stellung des psychiatrischen Krankenhauses und an einem unverändert nosologischen, medizinisch- naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis (Weise, 1993).

Mit dem Beitritt der DDR am 3. Oktober 1990 in die bestehende Staatsform der Bundesrepublik wurden alle sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, einschließlich der „versäulten“ Sozialgesetzgebung, übernommen. Kein Strukturelement in der Gesundheitsversorgung der DDR, auch nicht die gemeindenahen Polikliniken, schienen bewahrenswert zu sein.

Heute nach über 30 Jahren gibt es in den sogenannten neuen Bundesländern auch keine DDR-spezifische psychiatrische Versorgungsstruktur mehr wie z.B. die früheren Polikliniken. Jetzt gilt es, sich gemeinsam für eine gesamtdeutsche Reform im Sinne einer gemeindeorientierten Psychiatrie einzusetzen.

Menschenbild und Verständnis von Gesundheit und Erkrankung

Nach und nach löste eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen als soziales, eigenständiges Wesen in seiner Lebenswelt das weitgehend auf einen kranken Körper reduzierte Bild des Menschen naturwissenschaftlicher Prägung und damit auch das gemeindeferne Paradigma der Unterbringung und Ausgrenzung ab. Vorsichtig formuliert kann, trotz aller – auch ideologisch geführten – Debatten von einem Mainstream gesprochen werden hinsichtlich der Verständigung auf die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise (multifaktorielle Genese psychischer Erkrankungen), auch wenn die Vertreter*innen einer biologisch orientierten Psychiatrie tendenziell immer noch vom Primat des Organischen und Genetischen ausgehen.
Mit an ziemlicher Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass in dem zwischenzeitlich enorm ausgebauten Netz der Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke Menschen, von einem multifaktoriell bestimmten Verständnis von Gesundheit und Krankheit ausgegangen werden kann.
Entscheidend für die weiteren Entwicklungen waren die Entstehung von Verbänden der Betroffenen und der Angehörigen und deren zunehmende Wahrnehmung in der fachlichen und politischen Öffentlichkeit (Dörner et.al. 1982). Durch Psychosesminare (Bock et al 1997 und 2000), trialogische Veranstaltungen und die zunehmende Diversifizierung der Selbsthilfe wurden der Blick auf die Anliegen der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen deutlicher ausgerichtet.

Der Blick auf strukturelle Entwicklungen

Die Entwicklung der Strukturen psychiatrischer Hilfen ist im nunmehr vereinten Deutschland eng mit der Fragmentierung der Finanzierung verwoben, d.h. mit der Trennung der verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Zwei wesentliche sollen hier benannt werden: Als Erstes die noch bestehenden Sektoren (ambulant/klinisch/rehabilitativ) Behandlung, die im SGB V festgeschrieben ist, und zum anderen die Leistungen der Eingliederungshilfe, die im SGB IX zu finden sind. Im Grundsatz ziehen die Fragmentierungen der Leistungsgesetze auch die Fragmentierung der Leistungserbringung nach sich.

Im Zuge der Psychiatriereform seit 1975 bis heute finden wir auf der einen Seite einen enormen Anstieg der Anzahl ambulanter Dienste und Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet vor: die Anzahl der SpDis (über 500 – Reumschüssel Wienert 2021), das ambulant betreute Wohnen für psychisch kranke Menschen mit ca. 150.000 Plätzen (Steinhart 2021), Tagesstätten etc. etc., aber auch die Anzahl niedergelassener Nervenärzt*innen mit 6094 (DGPPN 2019).
Insgesamt kann von einer beachtlichen Entwicklung im Bereich der ambulanten Hilfen für vor allem schwerer psychisch erkrankten Menschen ausgegangen werden. Gleichzeitig gilt als positive Entwicklung (wenn auch noch begrenzt ausgeprägt), hervorzuheben, dass seit einigen Jahren eine verstärkte Diskussion hinsichtlich der Verflüssigung der Abgrenzung von stationär und ambulant (Hometreatment, Stationsäquivalente Behandlung), die Förderung ambulanter Komplexbehandlung sowie grundsätzlich die Forderung nach der Verzahnung von „Behandlung und Sozialem“, im Gange ist, die – vorsichtig formuliert – zuversichtlich stimmen lässt.
Auf der anderen Seite spricht die Entwicklung der Zahlen insgesamt eine nüchterne Sprache, wenn von der Leitlinie einer konsequenten Ambulantisierung ausgegangen wird.

> Als positive Entwicklung gilt es hervorzuheben, dass seit einigen Jahren eine verstärkte Diskussion hinsichtlich der Verflüssigung der Abgrenzung von stationär und ambulant im Gange ist.

Der Blick auf die Entwicklung der Krankenhausbetten fördert folgendes zutage:

- 56.223 psychiatrische Krankenhausbetten für Erwachsene in 407 Fachkliniken, bzw. Fachabteilungen (DGPPN 2017)
- 35 % der Aufnahmen sind Menschen mit psychotropen Störungen, 24 % Menschen mit affektiven Störungen
- 23,8 Tage durchschnittliche Behandlungsdauer
- 15.410 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze
- 16 % der Arbeitsunfähigkeitstage ergeben sich durch Menschen mit psychischen Erkrankungen. 43 % der Frühverrentungen sind Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- 2016 erfolgten 56.048 zivilrechtliche Unterbringungen nach Betreuungsgesetz § 1906 BGB und 83.418 öffentlich rechtliche Unterbringungen nach Psychisch Krankengesetzen oder nach dem Unterbringungsrecht.

Im Bereich der Eingliederungshilfe (Steinhart 2021) fand einerseits ein enormer Ausbau ambulanter Plätze statt (ca. 150.000), die einem Anteil von ca. 73 % entsprechen. Trotzdem steigen die Zahlen im stationären Wohnen in den letzten Jahren leicht an (ca. 61.000). Davon sind nach einer Schätzung von Steinhart ca. 6.000 geschlossene Wohnheimplätze in der Eingliederungshilfe (hochgerechnet aus einer bundesweiten Befragung mit einem Rücklauf von 20 %). Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2017. Die Unterbringung von psychisch kranken Erwachsenen unter 65 Jahren in geschlossenen Pflegeheimen ist hier nicht berücksichtigt, da eine umfassende Erhebung bislang nicht gelungen ist.
Hier besteht die Hoffnung, dass im Hinblick auf eine konsequente Umsetzung der Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes (SGB IX) in den nächsten Jahren durch die Orientierung am Hilfebedarf des Einzelnen und der daran gekoppelten Aufhebung der Trennung der Hilfeleistungen von den existenzsichernden Leistungen eine sukzessive Aufhebung der Unterscheidung von ambulanten und stationären Leistungen greifen wird, vorausgesetzt, Leistungsträger und Leistungserbringer entwickeln in den Bundesländern Lösungen auch für die sog. Vorhalteleistungen (Ruf- und Anwesenheitsbereitschaftsdienste an 24 Stunden und sieben Tagen).
Kritisch und besorgniserregend ist der Anstieg der Aufnahmen in den Maßregelvollzug sowohl in der Unterbringung nach § 63 STGB als auch nach § 64 STGB und § 126 STGB (Frank 2022).
Trotz vorbildlicher Projekte in verschiedenen Regionen hinsichtlich der konsequenten Nachsorge von ehemals forensisch untergebrachten Personen in Einrichtungen und Diensten der Gemeindepsychiatrischen Verbünde stehen hier sowohl hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen als auch der Praxis enorme Herausforderungen in der Gegenwart wie unmittelbaren Zukunft an.

Der Umgang mit dem Zwang in der psychiatrischen Versorgung

Notwendigerweise stellt die Frage, wie Zwang und Gewalt nicht nur in der sozialpsychiatrischen Diskussion, sondern in der psychiatrischen Versorgung

überhaupt weiter verringert werden kann, eine zentrale Thematik dar. In Verbindung mit der Wiederherstellung der Menschenwürde und der Rückkehr des Individuums in seine Lebenswelt ist sie eine wesentliche Leitlinie in der (Sozial-)Psychiatrie. Die Verringerung und Vermeidung von Zwang und Gewalt bestimmt verstärkt den theoretischen wie praktischen Diskurs zwischen allen beteiligten Akteuren. Forciert wurde die Befassung mit der Thematik u.a. durch die Ratifizierung der UN-BRK, durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 2014 zur Regelung der Zwangsbehandlung wie auch durch weitere gesetzliche Regelungen und Grundlagen wie die Psychisch Kranken Hilfe und Schutzgesetze der Länder, durch die Reformierung des Betreuungsrechtes und auch durch die aktuelle Diskussion um die Reform des Maßregelvollzugs.

Notwendigerweise stellt die Frage, wie Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Versorgung weiter verringert werden kann, eine zentrale Thematik dar.

Die Forderung nach Verringerung von Zwang und Gewalt durchzieht (vor allem von Seiten der Selbsthilfe) die fachliche Debatte. Dennoch soll selbstkritisch festgehalten werden, dass der entscheidende Schub, sich damit auseinanderzusetzen von außen, konkret vom Bundesverfassungsgericht und weiteren Gerichtsverfahren und nicht aus dem psychiatrischen Feld selbst ausgegangen ist.
Nach wie vor ist die Datenlage über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gering. Es sind in einigen Bundesländern systematisch ausgewertete Zahlen über Zwangsmaßnahmen in Krankenhäusern, meist auf der Rechtsgrundlage der Psychisch Kranken Hilfe und Schutz Gesetze, vorhanden. Über die Anwendung von Zwang, von der freiheitsentziehenden Unterbringung bis zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in anderen Einrichtungen (z.B. Heimen) auf der Rechtsgrundlage des BGB, liegen sehr begrenzt belastbare Informationen vor (vgl. Steinhart 2022). Vielfach wird daher eine bundesweit einheitliche Berichterstattung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gefordert.
Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 2016 bis 2019 zwei Projekte gefördert, mittels derer mehr Informationen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Vorschläge zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem entwickelt werden sollten (Bundesministerium für Gesundheit 2019). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde entwickelte ein Monitoringsystem, das Regionen als Arbeitshilfe dienen kann, die sich mit der Vermeidung von Zwang beschäftigen wollen (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde 2020).
Aktuell wird die Diskussion um die Verringerung von Zwang und Gewalt um eine weitere Facette angereichert: Zinkler und Peter fordern die Abwendung der psychiatrischen Hilfen vom Zwang (Zinkler/Peter 2019). Die Psychiatrie sollte nur noch jene Menschen behandeln, begleiten und betreuen, die sich freiwillig auf Hilfe und Unterstützung einlassen mit dem Ziel, den Schutz- und Kontrollauftrag wieder an die Gesellschaft (Polizei, Justiz, Strafvollzug) zurück zu geben. Diese Forderung kollidiert grundsätzlich mit einer anderen sozialpsychiatrischen Haltung. Diese sieht psychiatrische Versorgung mit dem Auftrag der regionalen Versorgungsverpflichtung im Spannungsfeld von Hilfe und Schutz, von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung, von Recht auf Erkrankung und dem Recht auf Unterstützung, von Zumutung von Verantwortung und als Ultima Ratio dem kontrollierten und begrenzten Entzug von Verantwortung bei krankheitsbedingter eingeschränkter Einsichts-, Entscheidungs-, und Handlungsfähigkeit. Der Gewinn dieses Diskurses besteht u.E. darin, dass das Thema praktisch, rechtlich und theoretisch bundesweit ins Zentrum vieler Diskussionen gerückt ist.

Die Selbsthilfe: Funktion und Bedeutung

1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen gegründet, 1992 der Bundesverband der Psychiatrie Erfahrenen, beide mit einer ansehnlichen Vorgeschichte von Initiativen und Bewegungen, die schließlich zur Organisation in Verbänden führte. Parallel dazu entstanden in wechselseitiger Abhängigkeit und Bedingtheit (häufig noch früher als auf der Bundesebene) Initiativen und deren Organisation in den Bundesländern wie auch in zahlreichen Bewegungen und Vereinen in Landkreisen und Kommunen.
Im Zuge der Etablierung und Weiterentwicklung der Selbsthilfe und der damit zusammenhängenden Haltung und Kultur „der Expert*innen in eigener Sache“ hat sich in den zurückliegenden ca. 10 Jahren kontinuierlich der Auf- und Ausbau von EX-In Initiativen und „Peers“ entwickelt. Die damit verbundene und gleichzeitig intendierte Genesungsbegleitung findet sukzessive Eingang in ambulante wie stationäre Hilfen mit dem Ziel und der Hoffnung, dass diese zu einem Standard in der psychiatrischen Versorgung wird (Utschakowski 2015).

Öffentlichkeit und Stigmatisierung

Vorrangig geht es um die Fragestellung, wie die Haltung und die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen und psychisch erkrankten Menschen aussieht und wie sich diese verändert mit dem Ziel einer mehr auf Akzeptanz und Toleranz ausgerichteten Einstellung.
Kontinuierlich werden in Deutschland vor allem von Schomerus und anderen Erhebungen durchgeführt, die sich mit der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen befassen Schomerus/Riedel-Heller 2020) und ein differenziertes Bild vermitteln. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Einstellung in großen Teilen der Bevölkerung nach unterschiedlichen Diagnosen variiert. Während bei depressiven Erkrankungen Vorurteile sowie ab- und ausgrenzende Einstellungen im Laufe der Zeit zurück gegangen sind, zeichnen sich bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen als auch Suchterkrankungen unverändert abwehrende bis ausgrenzende, eher negative Einstellungen und Haltungen ab.
In eine ähnliche Richtung tendieren die umfangreichen Studien zu gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit von Heitmeier, Zick et al. u.a. gegenüber Menschen mit Behinderungen.
Umso wichtiger wird vor diesem Hintergrund aus unserer Sicht die Befassung und breite Diskussion des Themenkomplexes Stigmatisierung in Verbindung mit der Aufgabe, welche Entstigmatisierungskampagnen hilfreich und wirksam sind (Rüsch 2021, Angermeyer et al 2017, Schomerus/Riedel-Heller 2020).

Ausblick

Aktuell ist nicht genau absehbar, welche Auswirkungen die momentanen Krisenphänomene (Klimawandel, Ukrainekrieg, Pandemie) auf die Gesundheits- und Sozialpolitik, schließlich auf die Gesellschaft insgesamt haben werden (Lesse-

nich 2022). Eines scheint aus unserer Sicht mit großer Wahrscheinlichkeit jedoch sicher zu sein: Die wirtschaftliche Lage als Folge der Krisenlage und deren Auswirkungen auf die Politik des Bundes, der Länder und der Kommunen werden dazu führen, dass die Budgets für Gesundheit und Soziales eher stagnieren, als dass sie wachsen werden. Für die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung werden sich daraus Herausforderungen ergeben, die nur in gemeinsamer Verantwortung und in solidarischem Handeln angegangen werden können. Zumal der zukünftig noch anhaltende Fachkräftemangel die Versorgungslücken noch verstärken wird. Noch stärker in den Blickpunkt des Handelns muss daher die Aufgabe rücken, die zur Verfügung stehenden Ressourcen noch effektiver und passgenauer einzusetzen (APK 2022). Dies trifft sowohl für die Herkulesaufgabe der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes zu als auch für den großen Bereich der SGB V finanzierten Leistungen. Noch wichtiger jedoch wird die rechtskreisübergreifende verbindliche Zusammenarbeit der Akteure auf allen Ebenen des Hilfesystems, von der Beratung über die Behandlung, Teilhabe, Rehabilitation bis hin zur Pflege, werden. An einzelnen Zeichen kann man beim Gesetzgeber und bei den Leistungsträgern erkennen, dass die Bedeutung von Kooperation und Koordination erkannt wird. Das jedoch allein wird nicht ausreichen.

Der Prozess der sukzessiven Verschmelzung in der Erhaltung der je eigenen Identität gelingt nur dann, wenn sich die enge Vernetzung des psychosozialen Paradigmas mit dem medizinisch-psychiatrischen in der Erarbeitung gemeinsamer Haltungen in multidisziplinär zusammengesetzten Teams gleichberechtigt durchsetzt. Dazu besteht aus unserer Sicht keine Alternative aus wirtschaftlichen Gründen, besonders jedoch und nicht zuletzt, um den akuten Fachkräftemangel einigermaßen in Griff zu bekommen.

Aus unserer Sicht muss das „gesamtdeutsche Erbe“ einer unverändert Krankenhaus- bzw. bettenzentrierten psychiatrischen Versorgungslandschaft mit einer Dominanz des medizinischen Krankheitsmodells überwunden werden. Und es ist eine erneute theoretische Selbstverständigung des Fachgebietes notwendig, die aber die postmoderne Beliebigkeit psychologischen und sozialwissenschaftlichen Theoretisierens vermeiden und eine kritische Gesellschaftsperspektive einnehmen muss.

In der täglichen Praxis stellt die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung - jeder/jede psychisch kranke Bürger*in erhält in seiner/ihrer Region die individuell und situativ passende Hilfe - für den Prozess der Verbindung von „Behandlung, Rehabilitation und Pflege “ die unabdingbare Basis dar. Dazu gehört selbstredend die Forensische Nachsorge wie die Reform des gesamten Maßregelvollzugs, nicht zu vergessen die Miteinbeziehung der wachsenden Zahl der psychisch kranken Menschen im Strafvollzug.

Die Weiterentwicklung der Psychiatriereform (was immer darin Sozialpsychiatrie heißt), orientiert an ihren Leitlinien wie auch an den Vorgaben der UN Behindertenrechtskonvention, gelingt wiederum nur, wenn die Selbsthilfe (und alles was mit diesem Feld zusammenhängt) konsequent unterstützt und gefördert wird und sie auf allen Ebenen gleichberechtigt mitarbeitet.

Literatur

Aktion Psychisch Kranke: Bericht zur Lage der Psychiatrie in der DDR. Bonn 1991Aktion Psychisch Kranke: Positionspapier: Perspektiven der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen_Positionspapiere/220830_APK_Perspektiven_Papier_Transformation_mit_AEnderung_aus_V0-Sitzung.pdf

Angermeyer M.C. et al.: 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 44/2017, 7, 377-392

Beyer Ch. (2022) : Deutsch-deutsche Reformin-seln. In: Strauß B. u.a. (Hg.): Seelenarbeit im Sozialismus. Psychosozial Verlag, Gießen, 61 - 69

Borbé R. (202w): Gemeindepsychiatrie. Theorie-Geschichte-Standortbestimmung. Stuttgart

Bock T. (AG der Psychoseseminare Hrsg.) (1997/2000): Es ist normal, verschieden zu sein! Bonn.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde (2020): Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (www.bag-gpv.de)

Bundesministerium für Gesundheit: Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP). Projekt abgeschlossen 2019

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200, Bonn 1975

Dörner, K. (2000): Die Psychiatriereform in Deutschland und ihre Auswirkungen auf die stationäre Versorgungspraxis. In: Symptom Nr. 5, 90-95

Dörner K. et al. (1982): Freispruch der Familie, Bonn.

Elgeti H. (2015): Wofür steht die Sozialpsychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen. 45(2): 19 – 23

Frank U.: Netzwerke leben. Vortrag 13.05.22 in Berlin 14. Fachtagung Psychiatrie.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988

Ficker, F. (2000): Die Rodewischer Thesen und ihr Stellenwert in der DDR-Psychiatrie-Geschichte. In: Symptom Nr. 5, 24-34

Heitmeier W (Hrsg.).(2012): Deutsche Zustände, Berlin.

Kumbier, E.; Haack, K.; Steinbach, H. (2013): 50 Jahre Rodewischer Thesen – zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. In: Psychiatrische Praxis, 6, 313-320

Kumbier E. (2022): Psychiatrie in der DDR. In: Strauß B. u.a. (Hg.): Seelenarbeit im Sozialismus. Psychosozial Verlag, Gießen, 29 - 49

Kunze H. (2015): Psychisch krank in Deutschland. Stuttgart 2015

Lessenich S. (2022): Nicht mehr normal. Gesellschaft am Rande des Nervenzusammenbruchs, Berlin.

Renker, K. (1965): Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.-25. Mai 1963 in Rodewisch (Voigtl.). In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete, 9, 61-65

Reumschüssel-Wienert C. (2021): Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld.

Rüsch N. (2021): Das Stigma psychischer Erkrankung, München.

Schirmer, S.; Müller, K.; Späte HF. (1976): Neun Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 26, 106-108.

Schomerus G./Riedel-Heller S.: Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus. In: Der Nervenarzt: 2020/91, S. 777-778

Steinhart I. (2022): Besondere Wohnformen für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen in Deutschland. In: Aktion Psychisch Kranke: Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang; 109 – 117. Tagungsdokumentation, Bonn.

Thom, A.; Wulff, E. (Hg.) (1990): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn.

Utschakowski J. (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung, Köln.

Waldmann, K.D. (1998): Psychiatrie in der ehemaligen DDR – eine widerspruchsvolle Bilanz. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 4, 19-22

Weise, K. (1990): Konzeptionen zur Reform der psychiatrischen Versorgung. In: Sozialpsychiatrische Informationen 3, 13-16

Weise, K. (1993): Perspektiven einer Sozialen Psychiatrie – Erfahrungen aus der Sicht der ostdeutschen Psychiatriereform. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4, 18-21

Zedlick D. (2015): Psychiatriereform in der DDR. In: Armbruster J. u.a. (Hrsg): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete, Köln, 103 - 121

Zick A. et al (2019): Verlorene Mitte – Feindselige Zustände, Bonn.

Zinkler M./Peter S.: Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. In Recht und Psychiatrie 2019/37 (4), 203 - 209

Kultur der sozialpsychiatrischen Bewegung

Werte, Haltungen – Welche Aspekte aus der bewegten Zeit der Sozialpsychiatrie sind auch in Zukunft wertvoll?

Von Wolfgang Bayer

Der Text fordert zu einer Positionierung heraus, die den Rückblick auf mehr als 40 Jahre Sozialpsychiatrie abbildet und auch in die unbekannte Zukunft verweisen soll, eine Gratwanderung zwischen kritischer Reflexion, vorsichtig genauer Beschreibung der Gegenwart und mutiger Utopie.

Was ist Kultur?

„Kultur bezeichnet im weitesten Sinne alle Erscheinungsformen menschlichen Daseins, die auf bestimmten Wertvorstellungen und erlernten Verhaltensweisen beruhen und die sich wiederum in der dauerhaften Erzeugung und Erhaltung von Werten ausdrücken – als Gegenbegriff zu der nicht vom Menschen geschaffenen und nicht veränderten Natur. ... Je nachdem drückt sich in der Bezeichnung Kultur das jeweils lebendige Selbstverständnis und der Zeitgeist einer Epoche aus, der Herrschaftsstatus oder -anspruch bestimmter gesellschaftlicher Klassen oder auch wissenschaftliche und philosophisch-anthropologische Anschauungen.“

WIKIPEDIA dl 2022-10-25

Kultur ist damit das Ergebnis menschlichen Handelns, das auf die Menschen selbst und ihr Handeln wieder zurückwirkt. Menschen aus unterschiedlichen Kulturen werden mit großer Wahrscheinlichkeit verschiedene Beobachtungen haben und diese verschieden interpretieren. Um die Kultur der Sozialpsychiatrie zu beschreiben, ist also zu fragen, welche Mitwirkenden der Sozialpsychiatrie beschreiben zu welchem Zeitpunkt diese Kultur. Mitarbeitende und Psychiatrie-Erfahrene werden diese Frage und auch die nach den Werten unterschiedlich beantworten.
Wenn man die sozialpsychiatrische Kultur als normgebend versteht, gibt es Hinweise auf eine konstante Kultur der Sozialpsychiatrie. Hierzu hat die Psychiatrie-Enquête „Basis-Werte“ für eine soziale Psychiatrie benannt und bis heute wirksam festgehalten: das Recht auf Menschenwürde, Selbstbestimmung und auf Privatheit, die Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen oder die Verbesserung und Differenzierung der Behandlungs- und Unterstützungsformen für psychisch erkrankte Menschen.
Bei aller Einigkeit über diese Grundwerte gab und gibt es in der Entwicklung höchst verschiedene Interpretationen und Umsetzungen dieser Werte, was immer wieder als Mangel oder als Abweichen von den „eigentlichen Werten“ gekennzeichnet wurde. Dies ist leicht an den je konkreten Mitwirkungsmöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen, dem Grad der Institutionalisierung, dem Steuerungsinteresse der Leistungsträger oder den therapeutischen Konzepten nachzuvollziehen. Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen werden verschiedene aktuelle oder auch schon überlebte Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie als gar nicht mit der Menschenwürde vereinbar massiv abgelehnt. Ob aus deren Sicht also die oben genannten „Basis-Werte“ für die gesamte Sozialpsychiatrie gelten ist zweifelhaft.
Es erscheint sinnvoll von einer sich verändernden Kultur auszugehen, die unter Berücksichtigung der je aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Wertespektren abbildet. Deren konkrete Ausgestaltung oder Umsetzung ist nicht ausdrücklich vorgegeben und passt sich den gesellschaftlichen Veränderungen immer wieder an. Anders gesagt, die Sozialpsychiatrie hat die ihr innewohnenden Möglichkeiten für Reformschritte erfolgreich genutzt.
Während die Selbsthilfe im Bericht der Enquete kaum erwähnt wurde (Dörner 1979), so sind heute die Auswirkungen der Selbsthilfebewegung z.B. in einer Zunahme trialogischer Beteiligung, des Einsatzes von Genesungsbegleiter*innen erkennen. Alle würden heute die Notwendigkeit, die Einflussmöglichkeiten von Psychiatri-Erfahrenen erkennbar zu erweitern, bestätigen. Die Ausdifferenzierung der Sozialpsychiatrie hat neue Behandlungsmöglichkeiten geschaffen

Wolfgang Bayer
Diplompädagoge, Sozialmanager (Univ.), langjährige Berufserfahrung in den Feldern Sozialpsychiatrie und Pflege, Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie, Freiberuflich tätig in Fortbildung und Beratung

und die meisten Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe mit seelischen Behinderungen erhalten diese Unterstützung heute in der eigenen Wohnung.
Die Zahl der institutionellen Wohnplätze sinkt zwar nur langsam, aber sie tut es, obwohl sie eine wichtige Funktion in der Sozialpsychiatrie haben und einer umfassenden Selbstbestimmung irgendwie im Wege stehen. Trotz aller Mängel und Systemfehler hat die Sozialpsychiatrie deutliche Fortschritte und Verbesserungen erreicht. Sie ist keine revolutionäre Bewegung aber ein reformorientiertes institutionalisiertes Versorgungs- und Unterstützungssystem, das Menschen mit psychischen Erkrankungen heute erheblich besser unterstützt als noch vor 20 Jahren. Trotz aller der Institutionalisierung geschuldeten Änderungsresistenz in den Einrichtungen und Diensten ist Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit von daher vielleicht auch ein wichtiger Wert, für die Kultur der Sozialpsychiatrie.

Sozialpsychiatrische Bewegung?

Soziale Bewegungen wie die Studentenbewegung, die Bürgerrechts- und Black-Power-Bewegung in den USA, die Jugendbewegung, die Frauenbewegung oder die Selbsthilfebewegung in der Sozialpsychiatrie beziehen ihren Ausgangspunkt, ihre Energie und Schlagkraft aus dem Basisbezug, aus der Verortung in der Lebenswirklichkeit der vom Thema Betroffenen.
Sie werden nicht zentral gesteuert, sondern sie entstehen vor allem in informellen oder Netzwerkstrukturen, sie sind

wenig hierarchisch organisiert und richten sich gegen den jeweiligen politisch und sozial gegebenen Kontext – also gegen den Mainstream. Sie propagieren einen eigenen gesellschaftlichen Gegenentwurf. Die Einigkeit einer Bewegung entsteht nicht allein durch geeinte Ziele, sondern auch durch eine kollektive Identität, die sich auf gemeinsames partizipatives Handeln ausrichtet. Sie verstehen ihre eigene Betroffenheit oder Benachteiligung als zentralen Ausgangspunkt von Änderungsforderungen und sind damit deutlicher Ausdruck demokratischer Gesellschaftsverhältnisse.

Der Beginn der Sozialpsychiatrie in Deutschland wird oft mit der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête 1975 verbunden, aber es gab auch schon vorher Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns, z.B. die Rodewischer Thesen von 1963 in der damaligen DDR (diese enthielten z.B. die Forderung so weit wie möglich auf Zwang zu verzichten).

Der Enquête-Bericht griff auch diese auf und legte die Unmenschlichkeit der psychiatrischen Großinstitutionen/ -kliniken offen, er zeigte für jeden, der es lesen wollte, die katastrophalen Lebensbedingungen der Patienten. Daher kann man diesen Bericht als Ausgangspunkt des Großteils aller reformerischen Entwicklungen in der damaligen BRD betrachten, der die Sozialpsychiatrie bis heute prägt. Aber war die Sozialpsychiatrie deshalb eine Bewegung? Die Antwort ist zwiespältig. Sie war es und sie war es auch nicht.

Sie war und ist organisationsorientiert, sie wollte und will das je aktuelle System verbessern und keinen radikalen Um- oder gar Abbau der Institutionen oder des Systems überhaupt.

Und, dies erscheint mir zentral, haben insbesondere die Betroffenen selbst keine der in der Enquete geforderten Veränderungen der Psychiatrie formuliert oder definiert. Die Forderungen wurden von Ärzten, Politikern und der Öffentlichkeit formuliert und sie sind vor dem gesellschaftlichen Hintergrund der 60er und früher 70er Jahre in der damaligen Bundesrepublik entstanden.

„Wir sind nur Trittbrettfahrer des Zeitgeistes“ hat Caspar Kulenkampff (zitiert nach Kukla 2015:40) seine eigene Rolle und die der Enquete-Kommission beschrieben. Diesen „Zeitgeist“ und seinen gesellschaftlichen Hintergrund bildeten u.a. die Studentenbewegung, die Bürgerrechtsbewegung in den USA und schließlich auch die Kanzlerschaft von Willy Brandt (mehr Demokratie wagen).

Vor diesem Hintergrund konnte auch die alte Anstaltspsychiatrie und ihr menschenunwürdiges System nicht bestehen bleiben. Einschränkend ist festzuhalten, dass es „nur“ um die Mängelbeseitigung ging, nicht um die Aufgabe des Systems der Behandlung in Krankenhäusern und deren Primat.

So unkonkret wie der Enquête-Bericht in seinen Forderungen blieb, so sehr wurden Veränderungen als Veränderungen der bestehenden Institutionen (neben der Abschaffung der Anstalten) verstanden und auch umgesetzt.

Die sich daraus entwickelnde Sozialpsychiatrie ist daher in vielen Bereichen eine institutionsorientierte gesundheitspolitisch gewollte Reform, und der Bericht „bildete die Grundlage für den gesundheitspolitischen Prozess einer bundeweiten Psychiatriereform“ (Kukla 2015:48). Der Mangel an Konkretion der Umsetzung und der fehlende Anspruch einer wirklichen Strukturreform (nach Keupp 2015:57) führte vor allem zu einer Uminstitutionalisierung von Behandlung, Betreuung und Begleitung, nicht zu einer De-Institutionalisierung oder gar zu einer grundsätzlichen Umgestaltung des Psychiatriesystems mit seiner Gliederung in Behandlung, Wohnen usw. Die Auflösung der Anstalten führte deshalb konsequent zur Entwicklung und dem Aufbau anderer Institutionen. Unter den damit bereits mit der Enquete angelegten strukturellen Mängeln des heute ausdifferenzierten Systems der SGBs und der damit verbundenen Zergliederung des psychiatrischen Hilfe- und Behandlungssystems leidet die Sozialpsychiatrie, bis heute.

Dennoch ist die Psychiatriereform eines der gelungensten Reformprogramme im Gesundheitswesen der Bundesrepublik, wie Günter Wienberg dies in einem Aufsatz 2014 beschrieb. Sie hat zu einer menschlicheren Psychiatrie geführt, hat die von der Enquete geforderte Stärkung der Selbstbestimmungsrechte von Psychiatrie-Erfahrenen (zumindest) in Teilen umgesetzt, hat die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut usw.

Die andere Seite ist die parallel dazu entstehende außerklinische Sozialpsychiatrie in Deutschland. Auch hier lässt sich so etwas wie ein Startpunkt benennen, der TU-NIX-Kongress 1978 in Berlin. Der Kongress wird zur Keimzelle der Autonomen- und Alternativbewegung, zur Initialzündung für die selbstverwaltete linke Tageszeitung „Taz“ und für die Grüne Partei. Auch das Thema Psychiatrie/Antipsychiatrie wurde diskutiert, u.a. mit dem Arzt David Cooper, eingebettet in gesellschaftsverändernde Kritik und radikale politische Forderungen. Die Entwicklungen in der italienischen Psychiatrie wurden ebenso wahrgenommen und für Konzepte und Entwicklungen der deutschen Psychiatrie genutzt.

Auch in der Folge dieses Kongresses entstanden bundesweit Initiativen, alternative psychiatrische Angebote, Cafés von und für psychisch Kranke, Wohngemeinschaften usw., basisorientiert, Patienten einbeziehend, als Alternative zur klinik-dominierten Psychiatrie. Es entstand der Teil der Sozialpsychiatrie, der eine andere Gestaltung der alltäglichen Lebensumstände ehemaliger Anstaltspatienten anpeilte und Entwicklungen vorantrieb.

Aus diesem Blickwinkel ließe sich die Frage nach der sozialpsychiatrischen Bewegung durchaus bejahen. Es bleibt also jedem selbst überlassen dies einzuschätzen.

Bewegte Zeit der Sozialpsychiatrie?

Alle sozialen Bewegungen entfernen sich durch Institutionalisierungsprozesse vom ursprünglichen radikalen Ziel (z.B. die Grünen) und so führt die radikale Anti-Psychiatrie heute ein Schattendasein. Die Sozialpsychiatrie hat sich etabliert und erhält ihre ursprünglichen Ziele, trotz aller Erfahrung des Nicht-Erreichens. Ist die bewegte Zeit der Sozialpsychiatrie also vorbei? Man könnte vermuten, dass vor allem die Anfangs- und Aufbruchszeit ab 1975 als besonders bewegt angesehen wird. Wären dann die anderen Zeiten Zeiten ohne Bewegung, Veränderung, Entwicklung? Nein.

Die zwar lange dauernde Auflösung der Anstalten, der Aufbau ambulanter Behandlung und Unterstützung, die gesetzlichen Änderungen vom BSHG bis zum heutigen SGB IX, die Öffnung klinischer Stationen, die wachsende Bedeutung der Selbsthilfe und der Betroffenen, usw., all dies zeigt die Veränderung der Sozialpsychiatrie. Selbst in Zeiten des scheinbaren Stillstands, z.B. ab Anfang der 2000er Jahre als haushaltsökonomische Bedingungen weitere Fortschritte unmöglich zu machen schienen, geschah Entwicklung.

Vielleicht ist dieses Narrativ von „Damals, als wir (in der bewegten Zeit) die Anstalten auflösten“ auch ein Reflex auf die eklatanten strukturellen und damit auch inhaltlichen Mängel, die die heutige sozialpsychiatrische Welt prägen. Ein Reflex auf die Erkenntnis, dass wir die sozialpsychiatrischen Ziele von 1975 in uns tragen,

aber deren Realisierung in weitere Ferne gerückt ist.
Rückblickend mag die damalige Auflösung der Anstalten und der damit verbundene Auftrag die Menschen „zu befreien“ als eine Chance „ein großes Rad zu drehen“ erscheinen, an einem die Gesellschaft verändernden Prozess beteiligt zu sein.
Heute befinden wir uns in einem überbürokratisierten System mit erheblichen Diskrepanzen zwischen den sozialrechtlich normierten Leistungen, das auch strukturell zur Ausgrenzung von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf führt.
Die Verschärfung sozialer Problemlagen und von Ausgrenzung bringt uns an den Rand unserer Möglichkeiten.

Welche Aspekte sind auch in der Zukunft wertvoll?

Seit drei Jahren erleben wir, dass die Zukunft nicht vorherzusehen ist, auch in einem gefestigten Staat wie der Bundesrepublik. Auch hier geschehen dramatische Änderungen, so wie wir sie mit Corona, dem Krieg in der Ukraine, der Klimaschädigung oder den Energieproblemen erleben. Sie prasseln auf uns ein und überfordern uns mit unserer Wohlstandszufriedenheit, auch wenn vieles vorhersehbar war.
Die letzten Jahre haben viele Sicherheiten als Scheinsicherheiten entlarvt. Wohlstand ist kein Naturzustand, sondern er bedingt die Ausbeutung der Ressourcen in anderen Ländern oder die Armut hierzulande.

Was heißt das für die Sozialpsychiatrie?

Die Sozialpsychiatrie hat immer wieder ihre selbstkritische Analysefähigkeit gezeigt. Sie hat häufig den Blick über den Tellerrand gewagt und sich getraut „Heilige Kühe“ zu schlachten, z.B. wurde die Anstaltsauflösung nicht von allen gewollt. Sie hat ihr professionelles Selbstverständnis immer wieder neu definiert, hat neue Erkenntnisse in die Arbeit einbezogen und hat sich auch der zunehmenden Kritik der Psychiatrie-Erfahrenen gestellt und deren Einflussnahme erweitert. Sie hat sich immer auch als sozialpolitisch wirkende verstanden, weshalb Sozialpsychiatrie und Sozialpolitik nah beieinander liegen.
Dies gilt es konsequenter weiter zu verfolgen und die heutigen realen gesellschaftlichen Verhältnisse mehr als bisher zur Basis sozialpsychiatrischen Handelns zu machen. Das heißt die 1975er Ziele an die heutige Wirklichkeit anzupassen, ohne die damit intendierten Werte aufzugeben.
Wir müssen neu definieren, was denn in der heutigen Zeit eine menschengerechte Psychiatrie ist und bereit sein, die dafür erforderlichen Aushandlungsprozesse zu gestalten. Es gibt keine menschenunwürdigen Anstalten mehr, gegen die der Kampf moralisch „einfach ist“, weil er unsere bürgerliche Selbstzufriedenheit nicht tangiert. Was heute menschenunwürdig ist, hat viel mehr mit unserem eigenen Leben zu tun, als uns lieb ist.
Wir müssen das Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Erfahrenen verfolgen aber bedenken, dass Menschen, die dies aktuell nicht schaffen, unseren Beistand, Schutz und unsere advokatorische Kompetenz benötigen. Wir sind gefragt als Professionelle, die die Begrenztheit ihrer Professionalität akzeptieren, weil unser Blick auf menschliches Verhalten eben auch begrenzt ist. Vor allem sind wir als Menschen gefragt, uns für menschenwürdige Lebensverhältnisse einzusetzen.
Es gilt auch Einschränkungen unserer professionellen Dominanz zu akzeptieren zu Gunsten des Gesamten, Veränderungsbereitschaft neu zu lernen, insbesondere dann, wenn sie schmerzlich ist. Wir müssen wieder politischer werden und handeln, Psychiatrie als gesellschaftspolitisches Thema verstehen.
Bleiben wir also auf der Suche nach einer besseren Psychiatrie, erhalten uns die Bereitschaft unser heutiges aktuelles Handeln in Frage zu stellen und stellen zu lassen.
Die Sozialpsychiatrie hat sich immer wieder als kreativ und phantasievoll gezeigt, wenn es darum ging, neues Wissen zu integrieren. Seien wir also auch phantasievoll, kreativ und mutig.

Perspektiven der Hilfen

Positionen der Aktion Psychisch Kranke

Von Jörg Holke

Jörg Holke
Geschäftsführer Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), Oppelnerstr. 130, 53119 Bonn, www.apk-ev.de, E-Mail: holke@apk-ev.de

Im Sommer 2022 sehen wir mit Sorge zahlreiche Entwicklungen, die aktuell und zukünftig die deutschen Gesundheits- und auch Sozialsysteme nachhaltig beeinflussen und verändern:
Die Corona-Pandemie beeinflusst nach wie vor das Hilfesuchverhalten und die Leistungserbringung in psychiatrischen Angeboten. Die Krankenstände der Mitarbeitenden in den Einrichtungen sind z. T. extrem hoch, die Mitarbeitenden sind so erschöpft und ausgelaugt wie nie.

- Der Fachkräftemangel zeigt erhebliche Auswirkungen in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung und der Hilfen für Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen oder mit psychischen Krisen. Vielerorts können Angebote aktuell oder absehbar nicht mehr angemessen vorgehalten werden. Schließungen sind die Folge.
- Regulatorische Vorgaben des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltung (z.B. die PPP-RL bzw. Dokumentations- und Nachweispflichten im SGB XI und SGB IX) oder auch der Leistungsträger, die hinsichtlich einer grundsätzlichen Ausrichtung auf Qualität zu begrüßen sind, bedingen aber in der Ausgestaltung durch überbordende Kontrollmechanismen, Bürokratie und mangelnde Flexibilität erhebliche Alltagseinschränkungen. Dazu kommt, dass personelle Ressourcen an den falschen Stellen gebunden werden.
- Immer schneller ineinandergreifende Krisen (aktuell: u.a. Corona-Pandemie, Ukraine-Krieg mit befürchtetem Energieengpass, Inflation, Klimakrise) stellen die Gesellschaft unter ständige Anspannung und lassen sie dünnhäutig werden. Dies führt zu negativen Entwicklungen, wie einer Zunahme von individuellen Krisen, Hoffnungslosigkeit und mancher Orts auch zu Gewalt.

- Obwohl sich jüngere Menschen zunehmend sorgen, psychische Probleme zu haben, ist zum ersten Mal seit Jahrzehnten für die Generation Z ein deutlicher Anstieg der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen berichtet worden. Dies führt zu einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten und beinhaltet das Risiko zur Chronifizierung.

Die beschriebene Situation sollte uns zum Innehalten und Nachdenken bewegen. Gerade die Corona Pandemie hat gezeigt, dass Marktmechanismen alleine in der Gesundheits- und Sozialpolitik nicht geeignet sind, eine gerechte und effektive Versorgung zu gewährleisten. Vielmehr bedarf es einer fairen Versorgung, die für alle Bürgerinnen und Bürger verfügbar ist, die bedarfsgerechte und personenzentrierte (und nicht institutionszentrierte) Angebote mit dem Vorrang der ambulanten Versorgung vorhält, die nachhaltig wirtschaftet und die im Umgang mit Nutzenden und Mitarbeitenden Grundsätze der Menschenrechte beachtet.
Dabei überrascht der Befund, dass in bestimmten Berufsgruppen (z. B. Ärzte) mehr Fachkräfte insgesamt tätig sind, nur auf den ersten Blick. Insbesondere steigende Personalbedarfe, aber auch Änderungen im Arbeitszeitgesetz, die Attraktivität von Arbeitszeiten, Tätigkeiten, Freizeitverhalten, Gehaltsentwicklungen etc. haben sich so erheblich geändert, dass Mangel in vielen Versorgungsbereichen, insbesondere bei der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen besteht.
In der momentanen Situation besteht die große Gefahr, dass viele Errungenschaften der Psychiatrie-Enquête und Psychiatriereform gefährdet sind. Kliniken zentralisieren und bauen kleine Einheiten ab, da sie diese personell nicht angemessen ausstatten können (Fachkräftemangel) oder durch regulatorische Vorgaben gehindert sind, diese adäquat zu betreiben (z. B. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie G-BA). Personal wird deswegen schon jetzt aus ambulanten und tagesklinischen in stationäre Strukturen umgesetzt. Gerade vulnerable Populationen wie psychisch kranke Ältere und Kinder und Jugendliche, die auf Grund des notwendigen Einbezugs von Angehörigen wohnortnah zu behandeln sind, standen und stehen vor einer zunehmend unzureichenden Versorgungssituation. In der stationären Altenhilfe ist aufgrund des Personalmangels eine menschenwürdige Behandlung an vielen Stellen gefährdet. Notwendige Vorgaben zur Qualität und insbesondere zu den Menschenrechten erhöhen diese Entwicklung.
Eine solche Rahmensituation gefährdet die weitere Entwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Umbau eines Gesundheitssystems, das mit starren Sektoren (z. B. zwischen inhärent verbundenen Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeleistungen) agiert, das personalintensive, aber ineffektive Doppelstrukturen vorhält (z. B. im Bereich der ambulanten Versorgung) und das gegenüber den anderen Sozialgesetzbüchern „verschlossen“ ist, kommt ins Stocken. Diesbezüglich notwendige flexible Hilfen (im SGB-V-Bereich bedarfsgerechte Versorgung in Abstufung von ambulant bis stationär; im Bereich der Sozialgesetzbücher übergreifende Hilfeplanungen und Leistungserbringung) scheitern im SGB V an den Zuständigkeitsgrenzen und der Selbstverwaltung im medizinischen Bereich, sowie an dem starren Festhalten bei der Versäulung in der Sozialgesetzgebung generell.
Vermeintliche Lösungen wie Rückbau und Zentralisierung, Reduktion der Qualität und der Leistung sind nicht zielführend. Programme, Personal aus Drittstaaten anzuwerben, zeigen teilweise Effekte, scheinen uns aber ethisch schwierig, da hier die Gefahr besteht, dass andernorts Mangel entsteht.

Die APK sieht vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen verschiedene mögliche Szenarien für die Zukunft des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems:

- Eine sinkende Zahl von Mitarbeitenden aus verschiedenen Berufsgruppen versorgt in den bestehenden – und sich weiterentwickelnden – Strukturen mit unveränderter Qualität eine immer geringer werdende Zahl von Bürgerinnen und Bürgern. Diese, schon zu beobachtende Tendenz führt zu einer Infragestellung der Sicherstellung der Versorgung in allen Bereichen der Behandlung, Pflege und Teilhabe.
- Eine sinkende Zahl von Mitarbeitenden aus verschiedenen Berufsgruppen versorgt in den bestehenden – und sich weiterentwickelnden – Strukturen eine gleichbleibende oder gar wachsende Zahl von Bürgerinnen und Bürgern mit sinkender Qualität der Leistungen, da weniger Zeit für die Menschen zur Verfügung steht.
- Durch eine Intensivierung der Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und durch eine Transformation unserer bestehenden Leistungsstrukturen in ein vernetztes, regionalisiertes, präventiv und konsequent ambulant ausgerichtetes Hilfesystem gelingt es, Fehlversorgungen und Doppelleistungen zu vermeiden und Synergieeffekte sowohl innerhalb der Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern wie auch Sozialgesetzbuch übergreifend herzustellen. Damit kann ein Ressourcen sparender Einsatz des Personals bei gleichzeitig hoher Attraktivität der Arbeit und guter Qualität in Behandlung, Pflege und Teilhabe erreicht werden.

Die APK empfiehlt, sich in der Bundespolitik und in den Versorgungslandschaften intensiv mit den Möglichkeiten des 3. Szenarios zu beschäftigen und auch die Zeitabläufe für politische Entscheidungen zu beschleunigen.

Die APK sieht vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen dringenden und zeitnahen Handlungsbedarf, um einen deutlichen Qualitätseinbruch, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen, zu verhindern:
Durch eine Intensivierung der Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen und durch eine Transformation unserer bestehenden Leistungsstrukturen in ein vernetztes, regionalisiertes, präventiv und konsequent ambulant ausgerichtetes Hilfesystem kann es zukünftig gelingen, Fehlversorgungen zu vermeiden und Synergieeffekte sowohl innerhalb der Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern wie auch Sozialgesetzbuch übergreifend herzustellen.
Für alle diese Leistungen muss künftig gelten, dass sie zeitnah und rechtzeitig psychisch erkrankte Menschen aller Erkrankungs- und Altersgruppen erreichen, um schwere Verläufe und damit die Inanspruchnahme personalaufwändiger, ggf. stationärer Leistungsangebote zu vermeiden. Daher müssen die Zugangsberatung zu Hilfen und präventiven Angeboten in allen Leistungsarten (Behandlung, Pflege, Teilhabe, kommunale Leistungen) gestärkt werden.
Bildungs- und ausbildungspolitische Initiativen in der Gesundheits- und Sozialpolitik (z. B. Konzertierte Aktion Pflege) der Gesundheits- und Sozialberufe können Wirkung in Bezug auf den Fachkräftemangel zeigen. Verbunden mit einer Attraktivitätssteigerung der Arbeitsbedingungen und einer Gewinnung von Mitarbeitenden unter sozialen und fairen Rahmenbedingungen kann zusätzlich eine begrenzte Entlastung in der Personalsituation erreicht werden. Ein verschärfter Wettbewerb um Fachkräfte zu Lasten von anderen versorgungsrelevanten Bereichen, insbesondere auch für Menschen

mit intensiven Hilfebedarfen, muss vermieden werden.

Die APK sieht die Notwendigkeit beschleunigter Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung in folgenden Bereichen:

- Für die Leistungen nach dem SGB V: es bedarf einer sektorenübergreifenden und tatsächlich integrierenden Zusammenführung von Leistungen der Behandlung. Doppeluntersuchungen, Parallelbehandlungen oder unkoordinierte Leistungen durch verschiedene Behandelnde müssen vermieden werden. Ambulante Komplexleistungen durch multiprofessionelle Teams sollten zeitnah zur Verfügung stehen. Regionalbudgets für Krankenhäuser erfüllen viele dieser Anforderungen und sollten zu einer Möglichkeit der Regelversorgung werden. Den Entwicklungen eines an Mechanismen des Marktes orientierten Ausbaus der gesundheitlichen Versorgung ist mit Blick auf die darin gebundenen personellen Ressourcen, die zur Versorgung der schwer erkrankten Menschen fehlen, entgegenzutreten. Um die Prävention zu stärken und Chronifizierungsrisiken zu minimieren ist ein niedrigschwelliges Angebot zu installieren. Hilfreich sind ressourcenschonende, alltagsnahe, aufsuchende, Umfeld einbeziehende Interventionen, die barrierefrei zugänglich sind.
- Für die Leistungen nach dem SGB IX: es bedarf eines intensiven Ausbaus der Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere in ambulanter und mobiler Gestalt, um frühzeitig Behandlungserfolge zu stärken und chronifizierenden Verläufen entgegenzuwirken. Auch in den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind individuelle betriebsorientierte Leistungen zu stärken. Die Leistungen nach dem SGB II, insbesondere in den §§ 16 e und 16 i sollten nicht gekürzt werden.
- Auch in den Leistungen nach dem SGB XI sind die ambulanten Leistungen zu stärken, um vollstationäre Leistungen insbesondere für Ältere zu vermeiden. Die Kommunen und Länder sollten einen stärkeren Einbezug bei der Planung und Zulassung von Leistungen bekommen.

In einer Sozialgesetzbuchübergreifenden Betrachtung werden mit Blick auf die begrenzten Ressourcen an Fachkräften folgende Prinzipien wesentlich an Bedeutung gewinnen:

- Auch Sozialgesetzbuch übergreifend sollten Fachkräfte gemeinsam für besondere Dienste und Aufgaben eingesetzt werden können: in den Hilfen in Krisen, bei der langfristigen und kontinuierlichen Begleitung schwer psychisch kranker Menschen und bei notwendigen Nachtdiensten und Diensten zu ungünstigen Zeiten. Kooperation und gemeinsame Leistungen sollten an die Stelle von Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt treten. Dazu bedarf es entsprechender gesetzlicher Vorgaben, die die Leistungserbringer bei der Beteiligung an einer regionalen Kooperation fördern.
- Grundsätzlich müssen Hilfen so zugänglich gemacht werden, dass frühzeitig die Menschen mit entsprechenden Bedarfen davon profitieren können. Gestärkt werden sollten daher Leistungen der Information, Beratung und Prävention, auch im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Leistungen sollten die psychisch beeinträchtigten und erkrankten Menschen so rechtzeitig erreichen, dass sie auch ambulant erbracht werden können und damit stationäre Leistungen vermieden oder verkürzt werden.
- Dazu wird es notwendig sein, Angebote von Peer-Beratung, Genesungsbegleitung, Unterstützung der Familien und Zugehörigen, Bürgerhilfe und Selbsthilfe systematisch zu stärken und auszubauen.
- Die Ermittlung des individuellen Bedarfs an Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe muss ergänzt werden um den Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen der Leistungserbringung. Kooperative Formen der Bedarfsermittlung und Leistungsplanung unter Einbezug regional tätiger Leistungserbringer sollten in den Leistungsgesetzen, insbesondere im SGB IX gestärkt werden.
- Die im SGB IX vorgesehene Übergangsplanung bei Jugendlichen mit Teilhabebeeinträchtigungen auf Grund einer sogenannten „seelischen Behinderung“ soll frühzeitig den Übergang zur Teilhabeförderung im Erwachsenenalter sichern. Die geplanten Verfahrenslotsen sollten nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft eingeführt werden.
- Finanzierungsstrukturen sollten so ausgestaltet werden, dass sie insbesondere auf die Erreichung therapeutischer und rehabilitativer Ziele abstellen. Der Nachweis von Personaleinsatz dient dem Ziel hoher Transparenz, sollte aber nicht die Flexibilität des Personaleinsatzes hinsichtlich der Orientierung am tatsächlichen Bedarf einschränken und einen Sektor- und Sozialgesetzbuch übergreifenden Personaleinsatz ermöglichen.
- Dem Bürokratieabbau und der Verschlankung von Nachweispflichten sollte besondere Aufmerksamkeit gegeben werden und die speziellen Regelungen während der Corona-Pandemie auf Möglichkeiten einer Übertragbarkeit in den Regelbetrieb überprüft werden.
- Verbundstrukturen mit gemeinsamer regionaler Versorgungsverpflichtung (z. B. Gemeindepsychiatrische Verbünde, Gemeinde- oder Sozialpsychiatrische Zentren) unter kommunaler Beteiligung sind zu fördern.

Die Prinzipien gelten auch für die Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und ältere psychisch kranke Menschen. Besondere Bedarfe gilt es hier zu integrieren.

Die APK empfiehlt mit Blick auf diese Ziele in den nächsten zwei Quartalen folgende Maßnahmen:

- Gesetzliche Verankerung der ambulanten Komplexleistung im SGB V und perspektivisch verbunden mit der Möglichkeit diese SGB übergreifend zu erbringen.
- Veränderung der Zulassungsverfahren und -kriterien für die ambulante und mobile medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen.
- Flächendeckender Ausbau von Hilfen in Krisen unter verpflichtender Beteiligung der Gesetzlichen Krankenversicherung ggf. im Rahmen der Neuordnung der Notfallversorgung.
- Aufnahme der Erfahrungen aus den Modellversuchen zum § 64 b SGB V in der Bundespflegesatzverordnung als eine Option zur Gestaltung von sektorübergreifenden Krankenhausbudgets.
- Anpassung der G-BA Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik an die genannten Ziele (vergl. Stellungnahme der APK).
- Förderung der Zugangsberatung und der frühzeitigen Intervention einschließlich der Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kommunen.
- Stärkung der Prävention insbesondere für Hochrisikogruppen.
- Einbeziehung der Behandlungsplanung in die Teilhabeplanung nach dem SGB IX.

Diese Empfehlungen stellen keine abschließende Aufzählung von Handlungsfeldern dar, sondern konkretisieren den dringenden Handlungsbedarf mit Blick auf das erforderliche Umdenken vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Die Empfehlungen sind fachlich nicht neu und finden sich in verschiedenen Stellungnahmen der APK und waren auch Gegenstand des Psychiatriedialogs des BMG. Immer dringender wird es aus Sicht der APK, zeitnah Impulse und Signale zu setzen, um den notwendigen Transformationsprozess in Gang zu bringen.

Einsamkeit begegnen: Eine Stadt wird aktiv

Von Till Heinsohn und Gabriele Reichhardt

Den Erkenntnissen dieser Studie zur Folge sind näherungsweise 20 000 Stuttgarterinnen und Stuttgarter von Einsamkeit betroffen. Vermehrt betrifft dies Menschen mit Migrationshintergrund, mit schlechterer allgemeiner Gesundheit und geringerem Einkommen. Die gewonnenen empirischen Erkenntnisse ermöglichen es der Landeshauptstadt Stuttgart Einsamkeit noch zielgenauer zu begegnen. Dies geschieht insbesondere durch Prävention, Intervention und Vernetzung.

Einsamkeit messen

Bereits vor Beginn der Covid-19-Pandemie war Einsamkeit Thema in der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte. In Anbetracht der eingeschränkten persönlichen Kontaktmöglichkeiten während der Pandemie wurde dann deutlich, dass Kontakte und zwischenmenschliche Beziehungen kaum zu ersetzten sind. Einsamkeit als gesellschaftliches Problem rückte so noch stärker ins öffentliche Bewusstsein.

Aus Sicht der Wissenschaft beschreibt Einsamkeit dabei die wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen (Peplau und Perlmann 1982) und wird immer negativ erlebt (Luhmann 2021). Von der Einsamkeit zu unterscheiden ist das Alleinsein oder die soziale Isolation. Denn ein Mangel an sozialen Beziehungen und Kontakten muss nicht per se eine belastende Situation darstellen. Es gibt auch Menschen mit wenigen Kontakten und Vertrauten, die sich gleichsam als glücklich bezeichnen würden und ganz hervorragend damit zurechtkommen.

Auch vor diesem Hintergrund stellt die Messung von Einsamkeit eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Dies gilt auch für die vorliegende Untersuchung: Das Ziel dieses Beitrags besteht nämlich darin, den Personenkreis der Einsamen in Stuttgart näher zu beleuchten. Anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten gelten in der Folge all jene Stuttgarterinnen und Stuttgarter als einsam, die sich nur sehr selten mit Freunden, Verwandten oder privat mit Arbeitskolleg*innen treffen, nur wenige vertrauensvolle Kontakte pflegen und sich dabei als eher unglücklich bezeichnen. Ob das subjektive Gefühl des Unglücklichseins dabei tatsächlich auf dem Mangel an sozialen Beziehungen und Kontakten gründet, kann nur als wahrscheinlich, nicht jedoch als gesichert, angenommen werden.

Im Wissen um diese Einschränkung wird diese Studie in Erfahrung bringen, ob sich Einsamkeit in bestimmten soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen manifestiert. Oder anders gefragt – bei welchem Personenkreis Einsamkeit gehäuft auftritt.

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellung bedienen wir uns der Stuttgart-Umfrage aus dem Frühjahr 2021. Die Angaben von rund 3500 auskunftgebenden Befragten liefern uns ein näherungsweise repräsentatives Bild der volljährigen Stuttgarter Gesamtbevölkerung. Als Behelfslösung zur Abbildung von Einsamkeit greifen wir auf eine Kombination aus drei in der Befragung enthaltenen Items zurück *(vgl. Abbildung 1)*. Zum Kreis der einsamen Personen zählen Befragte, die angeben, dass sie sich maximal einmal im Monat mit Freunden, Verwandten oder privat mit Arbeitskolleg*innen treffen, weniger als vier Menschen haben, mit denen sie vertraulich sprechen können, und die sich dabei tendenziell als unglücklich bezeichnen. In der Abbildung 1 sind diese Personen in Schwarz dargestellt. Bei ihnen handelt es sich näherungsweise um drei bis vier Prozent der Gesamtbevölkerung. Schnell wird dabei klar: Nicht alle Personen, die allein sind, also vergleichsweise wenige Kontakte und Vertraute haben, sind dabei auch unglücklich. Innerhalb dieses Personenkreises (Schwarz eingerahmt) liegt der Anteil der Unglücklichen etwa zwischen 24 und 32 Prozent. Genau auf diese Personen richtet sich in der Folge aber unser Augenmerk.

Denn die Auswirkungen von Einsamkeit sind schwerwiegend und die Folgen von chronischer Einsamkeit empirisch belegt: Durch Einsamkeit besteht ein erhöhtes Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen wie Depressionen, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu einer verringerten Lebenserwartung. Und gerade bei chronischen und längeren Verläufen, besteht die Gefahr, dass die Menschen in eine Abwärtsspirale geraten, in der sich ihre Gedankenmuster nachhaltig verändern und gerade die Verhaltensweisen befördern, die Einsamkeit wiederum verstärken (Luhmann 2021). Einsamkeit ist zwar ein subjektives Gefühl, kann aber auch Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt haben. Damit ist die Bekämpfung auch eine gesellschaftliche und politische Herausforderung.

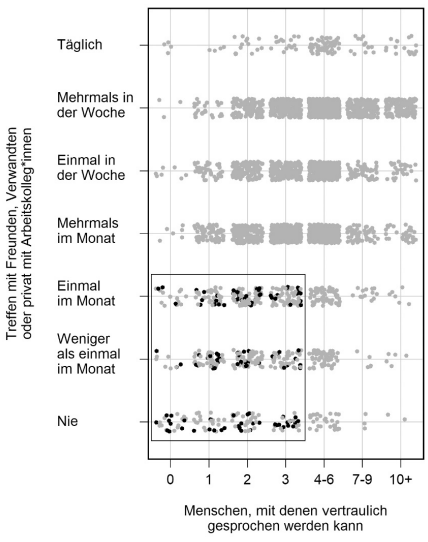
Till Heinsohn
Dr. Abteilungsleiter im Statitischen Landesamt der Landeshauptstadt Stuttgart.

Gabriele Reichardt
Abteilungsleiterin Strategische Sozialplanung, Referat Soziales und ges. Integration, Stat. Landesamt Stuttgart

Determinanten von Einsamkeit

In der einschlägigen Literatur- und Fachdebatte finden sich eine ganze Reihe soziodemografischer und sozioökonomischer Merkmale, die in Zusammenhang

Abb. 1 Interessierender Personenkreis
Allein und eher unglücklich (in Schwarz)



mit Einsamkeit stehen. So gilt das Alter gemeinhin als starker Prädiktor für Einsamkeit. Denn zu den Begleitumständen gehören neben vermehrt auftretenden gesundheitlichen Problemen, welche sich auf die Mobilität („Bewegen“) und die Kommunikationsfähigkeit („Hören“) auswirken, auch der Verlust von Bezugspersonen. Mit Blick auf das Geschlecht lässt sich feststellen, dass Frauen signifikant häufiger von Einsamkeit berichten (Pinquart und Sörensen 2001). Dies liegt nach Chodorow (1978) daran, dass Frauen sich im Unterschied zu Männern insgesamt anspruchsvoller hinsichtlich sozialer Kontakte zeigen. Darüber hinaus tritt Einsamkeit signifikant häufiger bei Menschen mit Migrationshintergrund auf (Orth und Eyerund 2019; Wu und Penning 2015). Zurückführen lässt sich dies zum einen darauf, dass Migration immer mit dem Verlust von sozialen Beziehungen und der anvertrauten Heimat einhergeht. Zum anderen lässt sich beobachten, dass dann Menschen mit eigener oder familiären Migrationserfahrungen häufig in zwei Welten leben. Auf der einen Seite der enge Familienverbund mit teilweise ganz anderen Erwartungen, Vorstellungen und Sprache als das auf der anderen Seite erlebte Umfeld (Weiss 2007). Der Zusammenhang zwischen allgemeinem Gesundheitszustand und Einsamkeit gründet auf der Beobachtung, wonach Menschen mit einer schlechteren allgemeinen gesundheitlichen Verfassung seltener an sozialen Aktivitäten teilnehmen und sich dadurch gesellschaftlich weniger eingebunden fühlen (Orth und Eyerund 2019). Zudem finden sich in der Literatur Anhaltspunkte dafür, dass Personen, die alleine leben (Einpersonenhaushalt), ein kleineres soziales Netzwerk als Personen aufweisen, die in Partnerschaft oder sogar mit Kindern einen Mehrpersonenhaushalt begründen. Entsprechend fühlen sie sich häufiger einsam (de Jong-Gierveld et al. 2006). Bezüglich des Einflusses von Erwerbstätigkeit auf Einsamkeit werden in der Literatur zwei gegensätzliche Argumente ins Feld geführt. Auf der einen Seite geht Erwerbstätigkeit mit zahlreichen Kontakten zu Arbeitskolleg*innen und damit auch mit sozialen Beziehungen einher. Auf der anderen Seite verringert die zeitliche Einbindung durch Erwerbsarbeit die für Freizeitaktivitäten und Kontaktpflege zur Verfügung stehende Zeit (Luhmann und Hawkley 2016). Schließlich kann Einsamkeit auch mit dem zur Verfügung stehenden Einkommen zusammenhängen. Böhnke und Link (2017) weisen etwa darauf hin, dass wenn Menschen in Armut geraten oder sich mit einem geringen Einkommen zurechtfinden müssen, sich ihre sozialen Kontakte verändern und sie weniger am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

Die sich anschließende Regressionsanalyse *(Tabelle 1)* modelliert die vorgestellten Einflüsse der unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable (in unserem Fall der Zugehörigkeit zum einsamen Personenkreis). Der ausgewiesene Regressionskoeffizient bildet dann den Effekt eines Merkmals auf die abhängige Variable unter Konstanthaltung der anderen im Modell berücksichtigten Merkmale ab. Aufgrund der etwas sperrigen Interpretation der logistischen Regressionskoeffizienten überführen wir diese immer dann in vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten, wenn es sich um einen statistisch signifikanten Prädiktor handelt. Werfen wir also zunächst einen Blick auf die drei Merkmale, die sich auch im Zuge der multiplen Regressionsanalyse als statistisch signifikante Prädiktoren erweisen:

Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit zum Kreis der einsamen Personen zu gehören beträgt unter den Stuttgarterinnen und Stuttgartern mit **Migrationshintergrund** 2,4 Prozent *(Abbildung 2)*. Unter Konstanthaltung der anderen im Modell berücksichtigten Merkmale beläuft sich die entsprechende Wahrscheinlichkeit unter Personen ohne Migrationshintergrund auf lediglich 1,5 Prozent. Der auf den Migrationshintergrund zurückzuführende Unterschied ist statistisch signifikant, fällt mit einem substantiellen Effekt von 0,9 Prozentpunkten jedoch vergleichsweise gering aus.

Für den allgemeinen **Gesundheitszustand** zeigt sich ein deutlich stärkerer substantieller Effekt *(Abbildung 3)*. Menschen mit sehr gutem allgemeinen Gesundheitszustand gehören nur in 0,5 Prozent der Fälle zum Kreis der einsamen Personen. Mit schwindender allgemeiner Gesundheit steigt diese Wahrscheinlichkeit jedoch signifikant an. So weisen Menschen mit mittlerer Gesundheit bereits eine vorhergesagte Wahrscheinlichkeit von vier Prozent auf. Für Stuttgarterinnen und Stuttgarter mit sehr schlechtem Gesundheitszustand verzeichnen wir eine vorhergesagte Wahrscheinlichkeit von rund 30 Prozent.

Auch für das **Einkommen** lässt sich ein statistisch signifikanter Effekt nachweisen *(Abbildung 4)*. Unter Konstanthaltung aller anderen im Modell berücksichtigten Merkmale offenbaren Stuttgarterinnen und Stuttgarter mit geringem Einkommen eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit sich allein und dabei eher unglücklich zu fühlen. Mit zunehmendem Einkommen nimmt diese Wahrscheinlichkeit ab. Unter Bürgerinnen und Bürgern mit hohen Einkommen liegt die Wahrscheinlichkeit, zum Personenkreis der Einsamen zu gehören, dann nur noch bei deutlich unter einem Prozent.

Im Unterschied zu den statistisch signifikanten Einflüssen des Migrationshintergrunds, des Gesundheitszustands und des Einkommens, erweist sich der Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht, der Frage nach Ein- oder Mehrpersonenhaushalt sowie der Erwerbstätigkeit als nicht robust.

Tab. 1 Logistische Regressionsanalyse

		Koef. (SE)
Intercept		-4.12 *** (1.02)
Alter		-0.00 (0.01)
Geschlecht	Weiblich	0.05 (0.21)
Migrationshintergrund	Trifft zu	0.49 * (0.22)
Gesundheitszustand	Sehr gut	*Referenz*
	Gut	1.21 * (0.51)
	Mittel	2.08 *** (0.52)
	Schlecht	2.70 *** (0.57)
	Sehr schlecht	4.43 *** (0.70)
Einpersonenhaushalt	Trifft zu	0.14 (0.24)
Erwerbstätigkeit	Trifft zu	-0.37 (0.27)
Einkommen		-0.00 *** (0.00)
Kontrollvariable	100 u. mehr	*Referenz*
Corona-Inzidenz	35 < x > 100	0.12 (0.25)
	35 u. weniger	-0.12 (0.31)
N		3388
Pseudo R^2		0.17

Signifikanz: *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen

Welche Erkenntnisse lassen sich nun aus den vorangegangenen Ausführungen gewinnen?

- Näherungsweise zwischen drei und vier Prozent der volljährigen Stuttgarterinnen und Stuttgarter fühlen sich einsam. Dieser Anteil erscheint auf den ersten

Blick nicht besonders hoch. Vergegenwärtigt man sich jedoch die Anzahl der Personen, welche sich hinter diesem Anteilswert verbirgt, dann bekommt die Erzählung eine ganz andere Wendung. So fühlen sich nahezu 20 000 der volljährigen Stuttgarterinnen und Stuttgarter im Frühjahr 2021 mutmaßlich einsam und sind demnach einem erhöhten Risiko psychischer und körperlicher Erkrankungen ausgesetzt. Außerdem können wir davon ausgehen, dass dieser Wert eher eine Untergrenze darstellt, da sich vermutlich manche eher scheuen, in der Befragung ehrlich über ihre Einsamkeit zu berichten.

- Es lässt sich recht genau sagen, in welchen Personenkreisen sich Einsamkeit besonders manifestiert. Zum einen betrifft Einsamkeit überproportional häufig Stuttgarterinnen und Stuttgarter mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus tritt Einsamkeit mit abnehmendem allgemeinen Gesundheitszustand gehäufter auf. Besonders deutlich wird dies bei Personen mit sehr schlechter allgemeiner Gesundheit. So geben mehr als ein Viertel der gesundheitlich sehr schlecht aufgestellten Menschen in Stuttgart an, einsam und dabei eher unglücklich zu sein. Zuletzt zeigt sich Einsamkeit vermehrt bei Personen mit geringerem Einkommen. Auch Armut scheint demnach ein Treiber von Einsamkeit zu sein.

Die Vulnerabilität dieser Personengruppen ist nicht gänzlich neu. Neu ist, dass uns diese Erkenntnisse nun zeitaktuell und zielgenau für Stuttgart vorliegen und sie uns ermöglichen, das Erfahrungswissen der Stadtverwaltung mit einer empirischen Datengrundlage zu unterfüttern.

Hieraus ergeben sich aus unserer Sicht eine ganze Reihe an Handlungsoptionen:

Grundlegend wäre es wünschenswert, Einsamkeit über präventive Strukturen zu verhindern. Präventiv wirken persönliche Beziehungen und Räume im Quartier, die offen für Begegnung sind, bürgerschaftliches Engagement zulassen, Beteiligung und Unterstützung bieten. Diese für alle zugänglichen Orte dienen den einzelnen Menschen und dem Gemeinwohl. Es ist notwendig, Einsamkeit durch Prävention, Intervention und Vernetzung entgegenzutreten und dabei möglichst viele Partner*innen und Institutionen einzubinden.

Enttabuisierung des Themas

„Gemeinsam - ZusammenHalt finden“ – die Initiative der Stadt Stuttgart soll dazu beitragen, Menschen für die Situation ihrer Nachbarn, Freunde und Familienmitglieder zu sensibilisieren sowie der eigenen Einsamkeit vorzubeugen oder sie anzugehen. Dazu ist Wissen nötig und Information. Gesellschaftlich ist die Enttabuisierung des Themas notwendig, denn Einsamkeit ist oft mit Scham besetzt. Einsamkeit kann jeden treffen.

Vernetzung von bestehenden Angeboten

Diese Initiative setzt auf einer breiten Beteiligung vieler sozialer Institutionen und städtischer Ämter in der Landeshauptstadt Stuttgart auf, die mit niederschwelligen Angeboten die Menschen willkommen heißen, sie beraten oder unterstützen (www.stuttgart.de/gemeinsam). Diese Angebote sind sowohl sozialer Art, auch aufgrund der engen Beteiligung der Liga der Wohlfahrtspflege Stuttgart, finden sich aber auch in den Bereichen Bildung, Sport oder Kultur. Stuttgart hat ein breites Angebot, welches im Wissen um die in dieser Studie erzielten Erkenntnisse nun spezifischer auf das Thema Einsamkeit und die besonders gefährdeten Gruppen ausgerichtet werden kann.

Zugang finden

Begegnungsstätten, Stadtteilhäuser oder Quartiersprojekte sind wichtige Anlaufstellen vor Ort. Hier haben gerade auch die besonders betroffenen Gruppen, also Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit gesundheitlichen Problemen, geringen materiellen oder sozialen Ressourcen, die Möglichkeit, erste Kontakte zu knüpfen und weiterführende Unterstützung zu erhalten. Dabei ist zu betonen, dass gerade bei diesen Zielgruppen die aufsuchende Arbeit und die Ansprache durch Sozialarbeit, Lots*innen oder Brückenbauer*innen wichtige Elemente sind, um diese Menschen zu erreichen.

Neue Wege suchen

Mit dem Blick auf das Thema Einsamkeit gilt es zu prüfen, wie es neben der Qualifizierung der Angebote und ihrer stärkeren Vernetzung gelingen kann, noch spezifischer diejenigen Menschen zu erreichen, die von Einsamkeit besonders betroffen sind. Hier gilt es gemeinsam unter Einbezug der Betroffene nach neuen Wegen zu suchen.

Letztendlich wird Einsamkeit aber auch durch verschiedene indirekte Faktoren beeinflusst, wie der Stadtplanung, dem medizinischen System oder der Teilhabe an Arbeit. Ein wichtiger Aspekt sind auch städtische Vergünstigungssysteme für die Menschen, die über geringe materielle Ressourcen verfügen. Einsamkeit ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Entsprechend ist sie über verschiedene Handlungsfelder, prozesshaft und nachhaltig als kommunale Gemeinschaftsaufgabe anzugehen.

Abb. 2 Vorhergesagte Wahrscheinlichkeit Migrationshintergrund (inkl. 95%-KI)

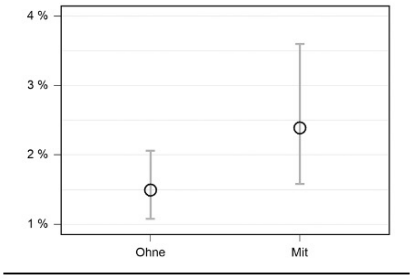


Abb. 3 Vorhergesagte Wahrscheinlichkeit Gesundheitszustand (inkl. 95%-KI)

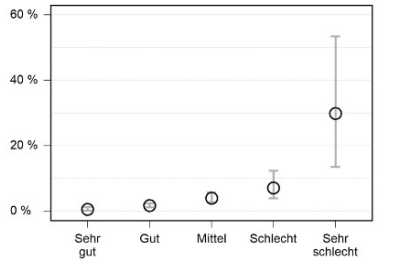
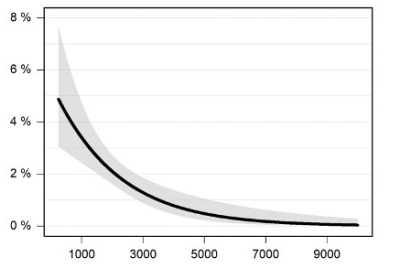


Abb. 4 Vorhergesagte Wahrscheinlichkeit Einkommen (inkl. 95%-KI)



Literatur

Böhnke, P. und Link, S. (2017): Poverty and the Dynamics of Social Networks: An Analysis of German Panel Data, European Sociological Review, 33 (4), S. 615–632.

Chodorow, N. (1978): The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender. Berkley: University of California Press.

de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. und Dykstra, P. (2006): Loneliness and social isolation. In: D. Perlman and A. Vangelisti (Hrsg.), The Cambridge handbook of personal relationships. Cambridge: Cambridge University Press.

Luhmann, M. und Hawkley, l. (2016): Age Differences in Loneliness From Late Adolescence to Oldest Old Age, Developmental Psychology, 52 (6), S. 943–959.

Luhmann, M. (2021): Einsamkeit – erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19.04.2021. Deutscher Bundestag. Ausschussdrucksache 19 (13)135b.

Orth, A. und Eyerund, K. (2019): Einsamkeit in Deutschland: Aktuell keine Zunahme. IW-Kurzbericht, 38, https://www.iwkoeln.de/studien/theresa-eyerund-anja-katrin-orth-einsamkeit-in-deutschland-433090.html

Peplau, L.A. & Perlmann, D. (1982): Loneliness: A socurcebook of current theory, research and therapy. Wiley Intersience.

Pinquart, M. und Sörensen, S. (2001): Gender differences in self-concept and psychological well-being in older age: A meta-analysis, Journal of Gerontology: Psychological Science, 56, S. 195–213.

Weiss, H. (2007): Leben in zwei Welten. Zur sozialen Integration ausländischer Jugendlicher der zweiten Generation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wu, Z., & Penning, M. (2015): Immigration and loneliness in later life. Ageing and Society, 35 (1), S. 64–95.

„Jeder Mensch ist psychosefähig“

Der 1994 in Wien gegründete Verein Windhorse bietet Alltagsbegleitung für Menschen mit Psychose-Erfahrung an. Diese basiert auf dem in den achtziger Jahren in Boulder/Colorado entwickelten Windhorse-Modell des amerikanischen Psychiaters und Psychoanalytikers Edward M. Podvoll. In ihm fließen Elemente westlicher Psychotherapie mit achtsamkeitsbasierter östlicher Meditationspraxis zusammen. Diese achtsame Betreuungsform soll es den Klienten ermöglichen, ihren eigenen Geist besser kennenzulernen und so kleine Schritte in Richtung Genesung zu machen. Die Wiener Windhorse-Begleiterinnen Michaela Nowak und Klaudia Gehmacher berichten über ihre Arbeit mit Menschen mit Psychose-Erfahrungen. Sie erklären die Bedeutung von »Inseln der Klarheit« und wie ihre Klienten eine hilfreiche innere Landkarte entwickeln können.

Klaudia Gehmacher
Psychotherapeutin in eigener Praxis in Wien und ist seit 20 Jahren Teil des Behandlungsteams der Windhorse-Gesellschaft. Seit 2020 ist sie Vorsitzende der Österreichischen Vereinigung für Körperpsychotherapie.

Michaela Nowak
Die Sozialpädagogin und Sozialbegleiterin arbeitet seit 2006 für die Windhorse-Gesellschaft. Nowak lehrt dort den Kurs „Gesunder Geist – Ver-rückter Geist“ und ist als Achtsamkeitstrainerin tätig.

Einschlägige Stellen berichten, dass die Zahl an Polizeieinsätzen aufgrund von Zwischenfällen mit Menschen, die spontan psychotisch wurden, während der Corona-Zeit gestiegen ist. Deckt sich das mit Ihrer Wahrnehmung?

Michaela Nowak: Ich kann mir vorstellen, dass es viele Menschen gibt, die spontan »psychotisch« geworden sind. Das erlaubt die Interpretation, dass jeder psychosefähig ist und dass »Psychose« als eine Bewältigungsstrategie aus einem Dilemma oder einer Enge heraus gedeutet werden kann.
Klaudia Gehmacher: Was unsere Klienten betrifft, die meistens schon eine längere Geschichte mit sich tragen, hat es uns erstaunt, dass zumindest während des ersten Lockdowns auch eine Entlastung zu bemerken war. Die Stadt war stiller, das Treiben beruhigt, alle Menschen mussten zu Hause bleiben, man war plötzlich ein Teil vom Ganzen und nicht mehr jenseits der Gesellschaft. Viele unserer Klienten erhalten eine Berufsunfähigkeitspension und müssen nicht um ihr finanzielles Auskommen fürchten, nicht mehr als sonst auch. Für viele hat sich nicht so viel geändert. Da sie auch eher wenig bis keine Sozialkontakte haben, ist die Sorge einer Ansteckung auch nicht übermäßig hoch.

Sie haben gesagt, dass jeder Mensch psychosefähig ist. Wie sieht denn die Windhorse-Definition von Psychosen aus?
Nowak: Wir sehen eine Psychose nicht als eine Krankheit, sondern als eine Bewusstseinsveränderung, die auch nur wenige Momente andauern kann. Der Windhorse-Begründer Edward M. Podvoll sprach daher vom »zweiten Zustand«. Viele Menschen kennen diese Momente, etwa im Verliebtheitszustand oder im Vollrausch oder auch wenn man zu wenig geschlafen hat. Dauert dieser Zustand jedoch immer länger, so fühlt sich das Ganze an wie ein Verglühen. Das Gefühl wird immer tiefer, ein Mensch kann sich nicht mehr als abgegrenzt gegenüber anderen erleben. Dies wiederum ist so anstrengend für den Organismus, dass er irgendetwas tun muss, um das über Wochen und Monate auszuhalten. Die Schizophrenie ist eine Form, die der Mensch findet, um diese schwierige Situation zu überstehen. Vergleichbar mit einem Stützgerüst oder auch mit Krücken.
Gehmacher: Psychosen, wie Podvoll sie definiert, haben immer auch mit Desynchronisation zu tun. Wir schauen immer auf die Ebenen von Körper, Sprache und Geist. Desynchronisation passiert, wenn diese Ebenen nicht mehr zusammenstimmen. Da uns von Natur aus Synchronizität gegeben ist, bedeutet das also auch ein wenig Gewalt gegen sich selbst, diese aufzulösen. Das passiert etwa, wenn der Geist dem Körper sagt: »Du darfst jetzt nicht müde sein.«

Was steht hinter dieser Art von gewaltsamer Trennung, wie Sie es nennen?

Nowak: Die Motivation für eine derartige Trennung ist das Nicht-wahrhaben-Wollen einer gewissen Realität, in der sich eine Person befindet. Wenn ich gesund bin und synchron, kann ich akzeptieren und aushalten. Ich kann mir denken: Aha, meine momentane Lebenssituation ist schmerzhaft oder eng, widersprüchlich oder kann nicht aufgelöst werden. Wir sind uns häufig gar nicht dessen bewusst, wie schwer Unsicherheit zu ertragen ist. In diesem Moment beginnt man herumzumanipulieren, ohne abzusehen, dass das zum Selbstläufer wird und eine eigene Dynamik aufnimmt, der man dann nicht mehr gewachsen ist.

Kommen wir in die Praxis: Nehmen wir an, ich erlebe einen Schicksalsschlag, der mich überfordert, etwa den Tod eines nahestehenden Angehörigen. Sie sagen, dass es sein könnte, dass ich dann selbst beginne, meinen Geist von meinem Körper zu trennen, um diese für mich in dem Moment nicht erträgliche Realität nicht wahrhaben zu müssen …
Gehmacher: Ja, so könnte man es sagen. Mir fällt das Beispiel einer älteren Dame ein, die ihr Leben lang sehr ängstlich war. Ihre Ängste waren jedoch nie ein Problem, da sie in einem behüteten Familienumfeld mit ihrem Mann und ihrem Sohn lebte. Als dann ihr Sohn als Erwachsener auszog und unglücklicherweise kurz darauf ihr Mann verstarb, war das offenbar zu viel für sie. Ihre Ängste wuchsen sich zu Panikattacken aus, sodass sie in die Psychiatrie kam. Dort jedoch geschah ein interessanter Umschwung; ihre Ängste verschwanden, stattdessen schien sie immer wieder sehr abwesend zu sein. Als sie wieder entlassen wurde, tat sie zu Hause bizarre Dinge. Sie stand zum Beispiel jeden Tag mehrere Stunden in ihrer wunderschönen Kombinage draußen auf der Straße und roch an den Rosen im Vorgarten. Man konnte nicht sagen, dass es ihr schlecht ging, aber sie war offensichtlich in einem anderen Zustand. Und Gott sei Dank gab es umsichtige Nachbarn, die immer wieder zu ihr sagten: »Frau XY, Sie sind ja noch gar nicht angezogen«, wenn es kalt war, und sie ins Haus zurückbegleiteten. Es gibt eine Tendenz der Umgebung, Bewältigungsmechanismen liebevoll wahrzunehmen.
Nowak: … ja, wenn die Ausformung so freundlich ist.
Gehmacher: … aber sogar bei den aggressiven Ausformungen reagieren die Betroffenen äußerst besänftigt und beruhigt, wenn sie gütig betrachtet werden. Wenn man ihnen nicht ausredet, was sie denken, sondern versucht dahinterzublicken und versteht, dass es sich um ein Stützgerüst handelt. Das bedeutet nicht, dass man dieses auf ewig stützen sollte. Es geht vielmehr darum, eine Person dort abzuholen, wo sie gerade steht.

Als Windhorse-Betreuerinnen sehen Sie wohl auch dort die Bewältigungsstrategie, wo Angehörige vermutlich nur die Anstrengung sehen …
Gehmacher: … oder auch das Erschreckende oder Beschämende. Man erlebt ja einen massiven Verlust. Auf einmal gibt es die Person, die man kennt und geliebt hat, so nicht mehr, oder sie verhält sich zumindest ganz anders. Angehörige sind wichtig, da sie einen starken inneren Radar haben. Sie spüren oft viel genauer und früher ein Wiederaufkommen von psychotischen Zuständen.
Nowak: Das heißt, zuerst muss eine Beziehung geknüpft werden, um irgendetwas zu bewirken. Für die Angehörigen ist das manchmal nur noch schwer möglich, da sie derart belastet sind. Oft braucht es außerdem einen frischen Blick von außen.

Der Begründer der Windhorse-Idee, Edward M. Podvoll, beschrieb als nächsten Schritt das Erkennen von »Inseln der Klarheit«. Was meinte er damit?
Nowak: Von außen betrachtet tun wir Windhorse-Betreuer nicht sehr viel anderes als andere Assistenzdienste: Wir kochen mit den Klienten, gehen mit ihnen einkaufen, räumen auf. Es geht also um die innere Haltung, die zählt, und unsere Methode, die Dinge im richtigen Moment wahrzunehmen und anzusprechen. Gehmacher: »Inseln der Klarheit« zu erkennen ist Teil der Methode. Klarheit taucht auch in den stärksten psychotischen Zuständen auf. Es gilt, sie gemeinsam mit dem Klienten aufzuspüren und zu fördern. Ziel ist es, diese Momente immer weiter auszudehnen.

„Von außen betrachtet tun wir Windhorse-Betreuer nicht sehr viel anderes als andere Assistenzdienste: Wir kochen mit den Klienten, gehen mit ihnen einkaufen, räumen auf. Es geht also um die innere Haltung, die zählt."

Könnte man also sagen, dass es die achtsame Beziehung ist, die letztlich »heilt«?
Nowak: Ja, denn sie lädt zur Heilung ein. Diese muss vom Klienten ausgehen. Wir können nur gute Bedingungen zu Verfügung stellen. Achte ich gut auf mich, so ist das immer etwas, das auch das Gesundheitspotenzial des anderen stärkt.

Wie kann man sich das in der Praxis vorstellen?
Nowak: Wenn ich die Wohnung eines Klienten betrete, versuche ich immer, meine Gedanken bewusst wahrzunehmen. Das kann sein: »Oh Gott, hier schaut's aus, hier sollte man zusammenräumen.« Ich sehe das dann bewusst als meine Agenda und nicht unbedingt als die meines Gegenübers. Ich folge keinem Fahrplan, sondern schaue, was die Beziehung bringt. Alles spielt sich innen ab. Für mich ist daher »präsent sein« das Allerwichtigste. Und mein Zugang ist das »Nicht-Wissen«.

Sie räumen also nicht gemeinsam auf?
Nowak: Manchmal schon. Ich erinnere mich zum Beispiel an einen Klienten, der mich bat, gemeinsam den Keller aufzuräumen. Dort stieß ich auf eine Unmenge an sensationell aufgetürmten Dingen. Es war allerdings sofort klar, dass er nichts weggeben wollte, da man alles noch brauchen könnte. In dem Moment ging es für mich darum zu erkennen, in welcher Logik er die Dinge tut beziehungsweise was für ihn wichtig ist und was ihn stresst. Wir kamen dann in einen Zustand, der mich an Kinderspiele erinnerte. Wir bauten aus halb vermoderten Brettern ein Regal. Ich allein würde das nie machen. Indem ich mich aber auf seine Welt einließ, machte das für mich Sinn. Wir spürten beide unsere Freude am gemeinsamen Tun und die gute Stimmung dabei. Meine Präsenz wirkte so positiv auf diesen Mann, dass er begann, sich selbst mehr zu spüren. Normalerweise fiel er in der Betreuung durch seine Rastlosigkeit auf. Außerdem war es sehr schwer für ihn, Dinge zu beenden. Obwohl er das Regal eigentlich fertig machen wollte, sagte er auf einmal ganz von selbst: »Ich bin müde, hören wir auf.« Sein Körper, sein Geist, seine Gefühle sagten ihm: »Jetzt ist es gut.« Das bringt Klarheit und war ein Riesenschritt für ihn, den man als Betreuungsperson sehen muss.

Der Mann hatte also durch das gemeinsame Spüren die Chance, selbst zu füh-

len, was seine Bedürfnisse sind. Mich erinnert das stark an das Co-Regulieren von Kindern, die bis zu einem gewissen Alter auch eine Bezugsperson brauchen, um ihre Gefühle klar zu spüren, zu benennen und auch darin gehalten zu werden ... ist Ihre Betreuung auch eine Art »Nachbeelterung«?
Gehmacher: Definitiv. Unsere Betreuung würde gar nicht funktionieren, würden wir uns im Team nicht verstehen. Und wir treffen uns ja auch einmal im Monat zur Teamsitzung zu dritt mit dem Klienten. Hier passiert Synchronisation auf einer weiteren Ebene.

Bauen Sie damit eine Art Familiensituation nach?
Nowak: Das könnte man so sagen. Die Situation zu dritt ist für viele Klienten zu Beginn besonders schwierig und herausfordernd. Man kennt sich nicht sofort aus, da jede Beziehung in einem anderen Prozess steckt. Auch das kennt man aus Familien. Ein Kind wird immer einen ganz eigenen, besonderen Umgang mit jedem der beiden Elternteile haben. Wenn alle zusammen sind, fühlt es sich nicht unbedingt immer harmonisch und leicht an!

Mir fällt dazu Podvolls erste langjährige Klientin Karen ein, mit der er gemeinsam sein Arbeitskonzept entwickelte und die durch das Zusammenleben in Podvolls alternativem Behandlungszentrum, später auch »Haus der Freundschaft« genannt, von ihren Psychosen geheilt wurde. Können Ihre Klienten eigentlich irgendwann ähnlich psychosefrei leben wie Karen?
Gehmacher: Menschen haben am Ende eines Windhorse-Projekts idealerweise so etwas wie eine innere Landkarte entwickelt. Ihr Organismus führt sie möglicherweise wieder in psychotische Zustände, wenn sie sich zu vielen Reizen aussetzen, zu viel arbeiten oder zu wenig schlafen, aber sie erkennen, was war, bevor die Psychose begann. Sie sind also geschult darin, auf sich zu achten und sich rechtzeitig Hilfe zu holen.

Ich frage mich, wie »geschult« man tatsächlich sein kann, wenn man psychoseanfällig ist. Vor einiger Zeit hat mir die Berliner Psychotherapeutin, Buchautorin und selbst Psychosebetroffene Verena Kammerer erzählt, dass sie über viele Jahre symptomfrei leben konnte, indem sie immer rechtzeitig, wenn sie das Heraufziehen einer Psychose spürte, die Arbeit zurückschraubte und ihre Medikamente höher dosierte. Als ihre Tochter von zu Hause auszog und ihr Partner sie verließ, war sie dennoch innerhalb weniger Tage in einem psychotischen Zustand, der für sie schlimmer und tiefer war als je zuvor. Sie glaubte nicht mehr daran, diese Phase zu überleben ...
Nowak: Das ist leider so. Man ist nie auf der sicheren Seite, aber es gibt Anhaltspunkte...
Gehmacher: Für viele Betroffene werden Freunde zum wichtigen Bestandteil der inneren Landkarte. Man kann sie fragen: »Bin ich wieder komisch?« Ein Warnzeichen ist auch, dass man plötzlich wieder sehr fasziniert von etwas wird. In Finnland wird übrigens seit einiger Zeit der sogenannte »Open Dialogue« mit großem Erfolg durchgeführt. Nach einer Ersterkrankung wird versucht, alle verfügbaren Menschen im Umfeld eines Psychoseerkrankten an einen Tisch zu bekommen und gemeinsam über Unterstützungsmöglichkeiten nachzudenken. Der Aufbau eines derartigen Netzwerks führt dazu, dass rund achtzig Prozent der Betroffenen keine psychotischen Rückfälle mehr haben.

„Für viele Betroffene werden Freunde zum wichtigen Bestandteil der inneren Landkarte. Man kann sie fragen: »Bin ich wieder komisch?« Der Aufbau eines Netzwerks führt dazu, dass rund 80 Prozent keine psychotischen Rückfälle mehr haben."

Wie kommt es konkret zur Aufnahme eines Windhorse-Projekts?
Nowak: Der erste Schritt ist ein Informationsgespräch von rund einer Stunde mit einer Kollegin und einem Peer, sprich einer ehemals betroffenen Person.
Gehmacher: Eine der Voraussetzungen ist, dass die betroffene Person selbst kommt und Hilfe sucht.

Das stelle ich mir sehr schwer vor, wo doch gerade bei Psychosen die Krankheitseinsicht ein schwieriges Thema ist. Ich nehme an, dieser Begriff wird Ihnen wenig gefallen ...?
Nowak: In der Tat sprechen wir davon eher nicht. (lacht) Die Einsicht in eine Diagnose muss bei uns nicht sein. Es reicht die Erkenntnis: Ich brauche etwas. Es kann auch sein, dass jemand sagt: »Man sagt zu mir, ich sei psychotisch, schizophren.« Wir betreuen Menschen, die Assistenz in ihrem Alltag suchen, und wir fangen da an, wo wir einen Funken spüren.
Gehmacher: Jedes Projekt wird auch immer nur für ein Jahr abgeschlossen. Am Ende gibt es eine Evaluation. Momentan betreut Windhorse Wien fünfundzwanzig Klientinnen und Klienten, in Kooperation mit Angehörigen, Psychotherapeuten und Psychiatern. Leider haben wir eine lange Warteliste. Unsere Arbeit ist ja auch sehr personalintensiv. Die Basisbetreuung übernehmen wir immer zu zweit. Je nach Bedarf erhalten Klienten ein- bis dreistündige Basisbegleitungen pro Woche. Die durchschnittliche Projektdauer beträgt drei bis vier Jahre.

Gibt es denn auch Kontraindikationen für eine Windhorse-Arbeit? Wem würden Sie von dieser Betreuungsform abraten?
Nowak: Zu Beginn entscheidet immer ein Gespräch mit einem Windhorse-Psychiater, ob unsere Form der Betreuung für eine Person passt. In letzter Zeit kommen gehäuft Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu uns. Wir betreuen auch diese Personen gerne, wenn wir das Gefühl haben, dass diese Form für sie passt, was nicht immer der Fall ist.

Zum Schluss würde mich noch interessieren, wie man Windhorse-Betreuer wird. Ich nehme an, Fachwissen allein wird nicht ausreichen?
Gehmacher: Leute, die bei uns zu arbeiten beginnen, haben entweder eine psychosoziale Grundausbildung oder kommen aus dem Bereich der Meditation. Wir erzeugen ein Feld, in dem man einander sieht, und das wirkt. Und wir schulen unsere Mitarbeiter gut für die Basisbegleitung, denn es macht einen großen Unterschied, wie man in den Dienst hineingeht: Ob man einem Menschen einfach nur hilft weiterzuleben oder ob Schritte in Richtung Synchronisation geschehen.

Meditieren Sie gemeinsam im Team?
Nowak: Ja, Achtsamkeit ist selbstverständlicher Teil von Ausbildung und Beruf. Man muss mit sich selbst arbeiten und das Interesse haben, sowohl die Desynchronisation als auch die Inseln der Klarheit bei sich selbst zu entdecken.

Hinweis
Das Interiew stammt aus: „Unterwegs im weiten Land. Gespräche über die Psyche", Dagmar Weidinger, Picus Verlag 2022

Recht auf Wohnraum

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) teilt mit: Jeder Mensch hat das Recht auf angemessenen Wohnraum. Die Existenz eines eigenen, abgesicherten, privaten Rückzugsraums ist ein fundamentales Grundbedürfnis. Mit dieser Empfehlung befasst sich die BAG W damit, wie ein dauerhaftes und sicheres Wohnen für Menschen mit besonders hohen Hilfebedarfen gewährleistet werden kann. Mit dem vorliegenden Papier greift die BAG W das Thema auf und gibt konkrete Empfehlungen für Ansätze und Methoden, um in Anbetracht von Mangelsituationen und Ausgrenzungsprozessen die Versorgung von Menschen mit besonders hohen Hilfebedarfen erfolgreicher zu gestalten.
https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_22_Wohnen-High_Need_Clients_lang_A4_web.pdf
https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_22_Wohnen-High_Need_Clients_kurz_A5_web.pdf

Rudolf-Sophien-Stift

Tagung Standortbestimmung in der Psychiatrie

Am 15. und 16. Juni 2023 findet anlässlich des 50. Jahrestags der Gründung der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH in Stuttgart eine **Jubiläumstagung** unter dem Titel „Standortbestimmung in der Psychiatrie“ statt. Gastgeber ist Kerbe-Chefredakteur Jürgen Armbruster, der zugleich auch Geschäftsführer dort ist. Anmeldeschluss ist der 1.Mai 2023, Anmeldung und weitere Information unter E-Mail: sophia.bachert@eva-stuttgart.de sowie unter www.rrss.de/fileadmin/rrss/Veranstaltungen/01821_rrss_50JahreRRSS_Flyer_A4_LowRes.pdf (Detailprogramm)

Medizinische Fakultät der Universität Bielefeld und Bethel

Erster Bielefelder Teilhabekongress

Am 15. und 16. Juni 2023 findet unter dem Titel „Gemeinschaft verwirklichen im Bielefelder Assapheum der 1. Bielefelder Teilhabekongress statt, veranstaltet von der noch jungen Medizinischen Fakultät der Universität Bielefeld und Bethel. Auf der Website www.bethel.de/teilhabekongress2023 wird das Programm kontinuierlich aktualisiert.

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2023-2024, 23. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation, 01.03.2023 - 07.09.2024, Berlin

Fachkraft für Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD), Kooperative Weiterbildung mit FASD-Deutschland und dem FASD-Fachzentrum Sonnenhof 06.03.2023–26.01.2024, Berlin

Fortbildungen

Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe
02.03.2023–03.03.2023, Online

Psychiatrische Krankheitsbilder
20.03.2023–22.03.2023, Essen

Anwendung der ICF in der Hilfeplanung
24.04.2023–25.04.2023, Online

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe - Pflege gestalten
24.04.2023–26.04.2023, Online

Selbstmanagement mit dem Zürcher Ressourcen Modell®
Zertifizierter ZRM®-Grundkurs
03.-05.05.2023, Berlin

Psychose und Sucht - double trouble
01.06.2023–02.06.2023, Berlin

Traumapädagogische Ansätze im Umgang mit jungen psychisch erkrankten Erwachsenen
19.06.2023–20.06.2023, Filderstadt

Psychisch erkrankte Menschen systemisch wahrnehmen und verstehen
26.06.2023–28.06.2023, Filderstadt

Recht auf Risiko?! Selbstschädigendes Verhalten von Klient*innen in der Assistenz
04.09.2023–05.09.2023, Berlin

Die Schnittstelle Eingliederungshilfe - Pflege gestalten
10.10.2023–11.10.2023, Hannover
30.11.2023–01.12.2023, Berlin

Informationen und Anmeldung unter www.ba-kd.de, E-Mail: info@ba-kd.de, Ansprechpartner: Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; Frank.Rosenbach@ba-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Dr. Sandra Apondo, Heidelberg; Dr. Benjamin Drechsel, Heidelberg; Jonas Kabsch, Reutlingen; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzel-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:
Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 30 Euro (einschließlich ePaper und Versandkosten), Einzelheft 8 Euro.
ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro.

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

Kölner Verein für Rehabilitation e.V.

Angebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung

Der **Kölner Verein für Rehabilitation e.V.** engagiert sich seit seiner Gründung im Jahre 1974 für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Mit 90 Vereinsmitgliedern, rund 150 Mitarbeitenden und einem Jahresumsatzvolumen von rund 10 Mio. Euro hält der Verein vielfältige Angebote für erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bereit und deckt dabei die Felder **Beratung**, **Begleitung, Behandlung, Wohnen** und **Arbeit/Beschäftigung** durch Integrations- und Clearing-Angebote ab, des Weiteren betreibt er ein eigenes **Sozialpsychiatrisches Zentrum.**

Für diesen Mandanten sucht **conQuaesso® JOBS** im Zuge einer ruhestandsbedingten Nachfolgeplanung **zum 1. Oktober 2023** in Köln eine*n

Geschäftsführende*n Vorständin/Vorstand

Ihre Perspektiven:

- In dieser Position verknüpfen Sie Ihre Leidenschaft für die Soziale Arbeit mit betriebswirtschaftlichem Handeln und übernehmen die fachliche, personelle sowie wirtschaftliche Steuerung des Vereins.
- Nutzen Sie den großen Gestaltungsspielraum für die Weiterentwicklung des Vereins und seines Portfolios; arbeiten Sie vertrauensvoll, konstruktiv und stets am BTHG orientiert mit den Bereichsleitungen und dem Aufsichtsrat zusammen.
- Entwickeln Sie die bestehende wertschätzende Unternehmenskultur der Gesamtorganisation weiter.
- Verhandeln Sie mit Kostenträgern, repräsentieren Sie den Verein in Region und Branche und vernetzen Sie ihn nachhaltig.

Ihre Kompetenzen:

- Sie haben Sozialmanagement, Soziale Arbeit, Pädagogik oder Betriebswirtschaftslehre studiert, alternativ verfügen Sie über eine entsprechende Ausbildung und haben sich passend weiterqualifiziert.
- Ihre fundierte Berufs- und Führungserfahrung haben Sie idealerweise in der Sozialpsychiatrie oder Eingliederungshilfe erworben.
- Sie kombinieren unternehmerisches und innovatives Denken mit ziel- und lösungsorientiertem Handeln.
- Ihre vertrauensvolle, aufgeschlossene Persönlichkeit in Verbindung mit Ihrer ausgeprägten Sozialkompetenz wird der Kommunikation innerhalb des Vereins zugute kommen.

Ist Ihr Interesse geweckt?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an: **vorstand9158@conquaesso.de**

Für Fragen zur Position und zum Prozessablauf stehen Ihnen Isabell Rogalla: +49 234 45273 264 und Sophie Schulenburg: +49 234 45273 160 gern zur Verfügung. Unser **Personal- und Managementberater Simon Kalisch** wird Ihre Unterlagen sichten und sichert Ihnen absolute Vertraulichkeit in Bezug auf den gesamten Bewerbungsprozess zu.

conQuaesso® JOBS

conQuaesso® JOBS ist eine Marke der
contec GmbH, Unternehmens- und Personalberatung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft
InnovationsZentrum Gesundheitswirtschaft, Gesundheitscampus-Süd 29, 44801 Bochum
Bochum | Berlin | Hamburg | München | Stuttgart