

Die Zukunft der psychosozialen Versorgung:
Anforderungen
aus Betroffenenensicht

Webinar zum 40-jährigen Bestehen von EXIT-sozial

21.10.2021

Dr. Elke Prestin

Erleben psychischer Erkrankung

Grundsätzlich drei belastende Komponenten:

1. Unmittelbare Krankheitssymptomatik
2. Angst vor der Behandlung / vor „der Psychiatrie“
3. Angst vor gesellschaftlicher Ausgrenzung und sozialem Abstieg

Oft tiefe Verunsicherung...

- ... in der Selbstwahrnehmung (nach innen)
- ... gegenüber dem Umfeld (nach außen)

Scham und Angst prägen das Erleben.

Erleben psychischer Erkrankung

Individuelle Fragen als Anfragen an Psychiatrie und Gesellschaft:

- Wie gehen andere jetzt mit mir um?
- Werde ich in der Psychiatrie Hilfe finden?
Oder bin ich dort Zwang, Bevormundung und Erniedrigung
ausgeliefert?
- Werde ich in der Gesellschaft auf Verständnis stoßen?
Oder wird man mir mit Ängsten, Vorurteilen und Abwertung
begegnen?

Woher wir kommen und wo wir stehen:
Jüngere Entwicklungen
in der Psychiatrie

Entwicklungslinien der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten

- Bis in die 1970er Jahre psychiatrische Großkrankenhäuser
- Patienten hausten jahrelang in riesigen Schlafsälen, Zwangsmaßnahmen und Ruhigstellung waren üblich



Bettensaal der Heil- und Pflegeanstalt
Leipzig-Dösen

(<http://www.die-wiese-zittergras.de/geschichte/orte/heil-und-pflegeanstalt-leipzig-doesen/>)

Entwicklungslinien der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten

Deutschland: Psychiatrie-Enquete (1975)

- Ausführlicher Bericht, vorgelegt von einer Expertenkommission des Bundestags
- Erschütterung über „menschenunwürdige Zustände“

Seitdem zentrale Entwicklungslinien:

- Von der Anstalts- zur Sozial-/Gemeindepsychiatrie
- Funktionale Gliederung der Hilfen (Behandlung und Rehabilitation, Wohnen, Arbeit, soziale Teilhabe, materielle Rechte)
- Von der Institutionenorientierung zur Sozialraum- und Personenorientierung

Identifizierte Handlungsbedarfe auf System-Ebene

- ✓ Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung (2019): Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete.
- ✓ S3-Leitlinie der DGPPN (2019): Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

1. Stärkung der Gemeindepsychiatrie

- Primat ambulanter / aufsuchender Arbeit
→ z.B. in AUT: „Mobile Betreuung und Hilfen“
- Vernetzte Unterstützungsangebote
- Einbezug des sozialen Umfelds



Identifizierte Handlungsbedarfe auf System-Ebene

2. Ausbau intensiv-ambulanter Unterstützungsangebote
 - Rund um die Uhr erreichbare telefonische Krisenhotline und ambulante / aufsuchende Krisendienste
 - in Oberösterreich vorbildlich (zentrales Kriseninterventionszentrum in Linz, bei Bedarf Hausbesuche)
 - Angebot von Krisenwohnungen
3. Förderung des „Supported Employment“
 - Berufliche Wiedereingliederung nach Reha-/ Trainingsmaßnahmen ist wenig erfolgreich (kaum Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt)
 - Internationale Evidenz spricht für direkte Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt mit intensiver Unterstützung

Regional verankerte Hilfesysteme: Die Lösung aller Probleme?



Wir bringen
die Psychiatrie
zu Ihnen!

Persönliche Fragen und Ängste bleiben weitgehend
unbeantwortet:

- Was für eine Psychiatrie kommt da zu mir?
- Will ich diese Psychiatrie überhaupt so nah bei mir haben?



Notwendige Erweiterung des Blickfeldes

Veränderungen von Strukturen alleine reichen nicht aus!

Zu klärende Grundfragen:

1. WER ist der psychisch erkrankte Mensch?
 - Symptomträger und dysfunktionaler Problemfall
oder
 - Mensch in einem (zeitweise krisenhaften) persönlichen Entwicklungsprozess?

2. WAS sollen die Hilfen tatsächlich erreichen?
 - Reparatur und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit
oder
 - stützende Begleitung und Stärkung; Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe (ggf. trotz gesundheitlicher Probleme)?

Notwendige Erweiterung des Blickfeldes

Rückbezug zur Enquete von 1975 (D) und parallelen internationalen Entwicklungen:

- Psychiatrie-Reform war eingebunden in gesamtgesellschaftlichen Aufbruch:
 - Wie wollen wir leben?
 - Was sind unsere Werte und Prioritäten?
- Seitdem grundlegende gesellschaftliche Veränderungen; neue Herausforderungen
- Frage nach Werten ist wieder neu zu stellen:
 - Wo stehen wir heute?
 - Was wollen wir ändern?

Wertefragen:
Von Autonomie und Fürsorge,
Liberalismus und Solidarität

Autonomie

Situation zur Zeit der Psychiatrie-Enquete 1975:

- Forderung nach Autonomie als Abwehrrecht gegen Bevormundung durch Staat und Gesellschaft (→ orientiert an John Stuart Mill)
- Liberalismus als Möglichkeit zur freien Entfaltung der Persönlichkeit

Seitdem wichtige Entwicklungen:

- Zunehmende Individualisierung von Lebenskonzepten
 - Deutlicher Zugewinn an persönlicher Freiheit
 - Zugleich wachsender Druck: Verantwortung für das Gelingen des eigenen Lebens liegt beim Einzelnen
- Zunehmende Flexibilisierung, Vernetzung und Mobilität im Privat- und Berufsleben
 - Abnahme sozialer Bindungen
 - Erfordernis ständiger Selbstoptimierung in der Wettbewerbsgesellschaft

Autonomie in der Psychiatrie

In der Psychiatrie zeigt sich die Ambivalenz der Autonomie noch schärfer.

Einerseits:

- Autonomie als Abwehrrecht gegen Willkür, Zwang, Erniedrigung
- Weiterentwicklung durch UN-BRK:
 - Vom Abwehrrecht zur Mitgestaltung
 - Empowerment und Teilhabe als Schlüsselbegriffe

Andererseits:

- Verstärkte Gefahr der zeitweiligen Überforderung
- Fähigkeit zur Selbstbestimmtheit kann zeitweise eingeschränkt sein
 - Angewiesenheit in akuten Krankheitsphasen
 - „Dialektik von Rechten und Bedürftigkeit“ (Heiner Keupp, 2007)

Autonomie und Fürsorge

Moderne Medizinethik

(vgl. Thomas I. Beauchamp und James F. Childress, 2001)

→ vier Prinzipien:

1. Respektierung der Autonomie des Patienten
 - ✓ Anerkennung der grundsätzlichen Freiheit jedes Menschen
 - ✓ Prinzip des Informed Consent (Einwilligung nach Aufklärung)
2. Prinzip des Nichtschadens (non-maleficence)
3. Prinzip der Fürsorge / des Wohltuns (beneficence)
 - ✓ Übel und Schaden beseitigen bzw. verhindern
 - ✓ Gutes tun und Gutes fördern
4. Prinzip der (Verteilungs-)Gerechtigkeit

Arten von „Fürsorge“

Die rechtliche Ebene: Fürsorge als „sorgen für“

- Stellvertretendes Handeln für den Betroffenen
- Handeln im „wohlverstandenen Interesse“ des Betroffenen

→ Gefahr des Paternalismus und der Beschönigung (z.B. „geschützte Stationen“)

Die moralische Ebene: Fürsorge als „sich sorgen um“

- Grundfrage der Haltung
- Ehrliches menschliches Interesse am Wohlergehen des Betroffenen (über das Messbare und Einklagbare hinaus)

→ Eine solche Form von Fürsorge ist menschlich unverzichtbar und (i.S.d. Medizinethik) professionell geboten.

→ Verteilungsgerechtigkeit (4. Prinzip der Medizinethik) muss Fürsorge ermöglichen.

Verteilungsgerechtigkeit: Zur Rolle der Ökonomie

Begriff „Ökonomie“ stammt aus dem Altgriechischen:

- oikos = Haus (urspr.: Haus-/Wirtschaftsgemeinschaft inkl. Land, Familie, Bediensteten; Lebensmittelpunkt)
- nomos = Gesetz

Lebensdienliche Ökonomie = gute Haushalterschaft

→ Wie soll das Haus aussehen, in dem wir gut und gerne leben wollen?

Welche Prioritäten wollen wir setzen?

- Unbestreitbar wichtig:
Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit, schonender Umgang mit Ressourcen
- Kritisch zu hinterfragen:
Kommerzialisierung, Primat der Profitmaximierung

Verteilungsgerechtigkeit: Zur Rolle der Ökonomie

Fragen mit Blick auf das Gesundheitswesen:

- Darf Gesundheitsversorgung wirklich ein Bereich für Profitmaximierung sein?
- Ist Respekt vor Patient*innen / Klient*innen wirklich nur dann möglich, wenn sie als Kund*innen betrachtet werden?
- Ist das Bild des „homo oeconomicus“ wirklich passend, wenn es um leidende Menschen geht?

NEIN!

Die Ökonomie muss der Medizin dienen, nicht umgekehrt!

Liberalismus und Solidarität

Eine mitmenschliche Gesellschaft vereint...

- ... Liberalismus als persönliche und wirtschaftliche Gestaltungsfreiheit,
- ... solidarische Unterstützung für diejenigen, die in einem freien Wettbewerb der Kräfte nicht mithalten können.

→ Davon profitieren nicht nur die „Schwachen“.

Eine mitmenschliche Gesellschaft ist ein Gewinn für alle!

Mit Blick auf das Gesundheitswesen:

- Ent-Tabuisierung von Krankheit und Leid
- v.a. bei psychischen Erkrankungen:
Überwindung von Stigmatisierung und Scham

Inhaltliche Folgerungen für die Psychiatrie der Zukunft

These 1

Autonomie und Fürsorge

Die Psychiatrie der Zukunft respektiert
die Autonomie psychisch erkrankter Menschen
ebenso wie ihre zeitweilige Angewiesenheit.

Fürsorge wird im Sinne
einer menschlich zugewandten Sorge um den Menschen
und sein Wohlergehen verstanden.

These 2 Ökonomie und Solidarität

Die Psychiatrie der Zukunft ist integrierter Bestandteil
einer solidarischen Gesellschaft.

Die Ökonomie hat keine herrschende,
sondern eine dienende Rolle im Sinne guter Haushalterschaft.

These 3 Recovery und Empowerment

Leitende Grundkonzepte der Psychiatrie der Zukunft
sind Recovery und Empowerment.

Sie bieten den Rahmen für solidarische Unterstützung
in der Balance von Autonomie und Fürsorge.

Rückbezug zu den Grundfragen

1. WER ist der psychisch erkrankte Mensch?

- Symptomträger und dysfunktionaler Problemfall oder
- Mensch in einem (zeitweise krisenhaften) persönlichen Entwicklungsprozess

Folgerungen:

- Reduktionismus von Diagnosen muss überwunden werden
→ vgl. den offenen Brief der *Society for Humanistic Psychology* und der *British Psychological Society* vom 12.2.2020 zur Reform und Revision diagnostischer Systeme
- Ganzheitlicher Blick auf den Menschen und seine Geschichte (inkl. Einfluss traumatischer Erfahrungen)

Rückbezug zu den Grundfragen

2. WAS sollen die Hilfen tatsächlich erreichen?

- Reparatur und Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit oder
- stützende Begleitung und Stärkung; Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe (ggf. trotz gesundheitlicher Probleme)

Folgerungen:

- Neuausrichtung von einer kalten, funktionalen Problemlöse-Psychiatrie zu einer warmen, mitmenschlichen, Halt gebenden Psychiatrie
- Grundlegende Orientierung an Recovery und Empowerment
 - Konzepte aus der Selbsthilfe
 - Aufgegriffen in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“
- ➔ aber: Gefahr der Vereinnahmung durch das psychiatrische System
 - Recovery ist keine „Intervention“ i.S. von Psychoedukation
 - Recovery geht im Kern weit über „psychiatrische Versorgung“ hinaus

Recovery als Konzept der Selbsthilfe

„Für mich bedeutet Recovery, im Führersitz meines Lebens zu sitzen. Ich lasse mich nicht von meiner Krankheit dominieren. Über die Jahre bin ich eine Expertin in meiner Selbstpflege geworden. Über die Jahre habe ich verschiedene Arten kennen gelernt, mir selbst zu helfen. Manchmal benutze ich Medikamente, Psychotherapie, Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Freunde, meine Beziehung zu Gott, Arbeit, sportliche Betätigung, Aufenthalt in der Natur – all diese Maßnahmen helfen mir, ganz und gesund zu bleiben, obwohl ich psychische Probleme habe.“

Patricia Deegan (1993)

Vom Objekt zum Subjekt

Nicht mehr: „Wir (Professionellen) bringen die Psychiatrie zu Ihnen!“

Sondern: „Wir (Menschen mit psychischer Erkrankung) bekommen die Unterstützung, die wir jeweils gerade brauchen. Und i.d.R. holen wir uns diese Unterstützung selbst.“

→ Dies erfordert...

- (i) ... ein psychiatrisches Hilfesystem, das vielfältige Angebote und Settings bereitstellt (stationär, teilstationär, aufsuchend, niedrigschwellig,...)
 - inkl. ausreichender Zeit, um Beziehungsaufbau und persönliche Entwicklungsprozesse zu ermöglichen
 - inkl. bedarfsgerechtem Einbezug des sozialen Umfelds und Unterstützung auch für die Angehörigen
 - inkl. entsprechender sozialpolitischer Rahmenbedingungen (z.B. bezahlbarer Wohnraum für eingeschränkt erwerbsfähige Menschen)

Vom Objekt zum Subjekt

- (ii) ... die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient*innen und Professionellen mit Respekt vor der jeweiligen Expertise des anderen
 - inkl. umfassender Information und Aufklärung
 - ggf. inkl. bedarfsgerechter „unterstützter Entscheidungsfindung“
- (iii) ... das Recht auf zeitweilige Angewiesenheit, Bedürftigkeit, Handlungsunfähigkeit
 - inkl. dem Anrecht auf respektvolle, mitmenschliche Fürsorge
 - inkl. dem Anrecht auf Trost, Ermutigung und Vermittlung von Hoffnung
- (iv) ... die Ausschöpfung aller Mittel, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden
 - auch: kritische Prüfung des Sicherungsauftrags der Psychiatrie; vgl.:
 - ✓ Martin Zinkler, Sebastian von Peter (2019). Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. R & P (2019) 37: 203-209.
 - ✓ Heinz Kammeier (2019). Psychiatrische Versorgung ohne Sicherungsauftrag und Zwang? – Eine Skizze dann notwendiger Strukturänderungen. R & P (2019) 37: 210-218.

Nutzung von Erfahrungswissen

Nicht mehr: „Wir (Professionellen) ermöglichen den Patient*innen das Erleben von Selbstwirksamkeit.“

Sondern: „Wir (Menschen mit psychischer Erkrankung) bringen unser Erfahrungswissen und unsere persönliche Expertise ein, um das psychiatrische Hilfesystem zu verbessern.“

→ Dies erfordert...

- (i) ... die Einbindung von Expertise aus Erfahrung in die unmittelbaren psychiatrischen Hilfeangebote
 - U.a. durch Genesungsbegleiter*innen
 - Ausweitung auf alle Berufsgruppen
- (ii) ... die Einbindung von Expertise aus Erfahrung in die Planung / Konzeption / Evaluation des Unterstützungssystems
 - Verbindliche Mitwirkung in Gremien, Beteiligung an Entscheidungen
 - Förderung von partizipativer Versorgungsforschung

Ethische Grundlegung

Mitmenschlichkeit ist unabdingbare Grundvoraussetzung einer humanen Psychiatrie!

→ Dies erfordert:

- (i) Anpassung der Aus-/Fort-/Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen (Ärzt*innen, Pflegende, Therapeut*innen etc.)
 - Verpflichtende Module zur Ethik und zur Psychiatriegeschichte
 - Verpflichtender Einbezug von Menschen mit der Erfahrung psychischer Krankheit und ihren Angehörigen (dialogischer Austausch)
- (ii) Gemeinsame konsequente Anti-Stigma-Arbeit

Wie wollen wir leben? Fazit und Ausblick

Die subversive Kraft der Sehnsucht

Gegen die Bewahrung des Status quo steht die subversive Kraft der Hoffnung und der Sehnsucht nach einer solidarischen Welt.

→ Enormes friedliches Veränderungspotenzial

These:

Eine neue Reform-Bewegung der Psychiatrie muss auf einer solchen Sehnsucht basieren,
nicht auf Verteilungsfragen, Machtfragen, Interessenpolitik.

Die Qualität der Psychiatrie zeigt sich letztlich nicht
in Konzepten und Strukturen,
sondern ganz konkret im Umgang mit der Not
des einzelnen Menschen.

DANKE

für die Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Dr. Elke Prestin

E-Mail: Prestin@web.de

<http://elke-prestin.de>