

„Die Zukunft der Psychiatrie aus der Sicht der psychisch Kranken“

Lieber Herr Dr. Krömker, sehr geehrte SPD-Bezirkstagsfraktion, vielen Dank für die Einladung!

- Zuerst einmal herzlichen Dank an Dr. Krömker für den warmen Geldregen, der sich über die Pandora bereits anlässlich seines 70. Geburtstages ergossen hat!
- Und dann möchte ich mich noch dafür entschuldigen, dass ich hier nicht in leichter Sprache reden kann: Sie ist mir einfach zu schwer, vor allem bei diesem Thema.. Diese Barriere ist zu hoch für mich.

Sehr geehrte Damen und Herren, als Dr. Krömker mich fragte, ob ich die heutige Festrede übernehmen würde, habe ich mich schon sehr geehrt gefühlt. Natürlich habe ich zugesagt. Dr. Krömker war immerhin mit Abstand der freundlichste Chef, den ich jemals hatte.

Schwieriger fand ich die Eckpunkte der gewünschten Rede: Sie sollte über **Psychiatrie** gehen, deren **Zukunft** aus **Betroffenensicht** in den Blick nehmen, **politisch** sein und sie musste – bedingt durch den Anlass - auch noch **positiv** sein oder wenigstens enden – und das in der aktuellen psychiatriepolitischen Lage! (uff!)

Der Titel meines Referates auf Ihrer Einladung lautet:

„Die Zukunft der Psychiatrie aus der Sicht der psychisch Kranken“

Aber genau das bekommen Sie jetzt in den nächsten 20 Minuten **nicht** von mir zu hören, weil es **DIE** Psychiatrie und **DIE** psychisch Kranken **nicht** gibt.

- Es gibt nämlich von beiden eine große Vielfalt. Es gibt Meinungsverschiedenheiten, wie Psychiatrie überhaupt zu definieren ist, es gibt heute ganz verschiedene Formen stationärer und ambulanter Psychiatrie sowie viele verschiedene Ausrichtungen.
- Es gibt nicht nur jede Menge psychiatrische Diagnosen, sondern auch jede Menge verschiedenartige Menschen verschiedensten Alters, die mit einer oder mehreren der vielen Diagnosen etikettiert wurden - und das manchmal auch mit einer falschen oder ganz zu Unrecht.
- Eine einhellige Meinung werden Sie unter Psychiatrie-Erfahrenen vergeblich suchen.
- Und was die Zukunft betrifft, ist es bekanntlich seit Karl Valentin eher schwierig, Prognosen darüber zu stellen.

Sie hören deshalb jetzt meine **Vision von guter Psychiatrie** wie ich sie mir als ehemals schizophrene Psychiatriepatientin mache.

Ich werde mich bemühen, mich von keinem bestimmten Konzept abhängig zu machen, sondern Ihnen nahe zu bringen, wie ich mir nach 35 Jahren medikamentenfreier psychischer Gesundheit, 10 Jahren Arbeit als Ergotherapeutin in der stationären Akutpsychiatrie und 26 Jahren aktiver Selbsthilfearbeit für die Pandora Nürnberg eine patientengerechte und sinnvolle Psychiatrie wünsche.

Ich werde mich auch bemühen, keine allzu utopische, sondern eine eigentlich realisierbare Vision einer zukünftigen Psychiatrie zu entwickeln.

Ob die Psychiatrie der Zukunft dann so aussehen wird wie meine Vision, wage ich zu bezweifeln. Andererseits fängt die Zukunft heute an und es gibt gerade jetzt auch gute Ansätze dafür, dass meine Vision einer Zukunft von Psychiatrie tatsächlich zukünftig heilsamere Psychiatrie vorwegnehmen könnte.

In meiner Vision sieht Psychiatrie so aus:

Sie ist **patientengerecht**, von unten her, von den Bedürfnissen der Patienten her konzipiert (**bottom up, nicht top down**). Nicht die psychiatrischen Konzepte der Behandler, sondern die empathisch erfragten Bedürfnisse der Betroffenen strukturieren die Angebote. Der Patient wird als ganzer Mensch wahrgenommen mit seiner Geschichte, seinen Stärken und seinen Symptomen. Seine Stärken werden für seine Genesung genutzt, nicht nur seine Symptome zu beseitigen versucht. Behandlungsziel ist die möglichst hohe Lebensqualität des Patienten.

Klinik (auch wenn sie noch so wohnortnah ist) ist nur letzte Möglichkeit Hilfe zu finden. Das sehen die Kliniken ebenso. Sie arbeiten nahtlos mit den niedergelassenen Psychiatern und den andern ambulanten Dienstleistern zusammen.

Kleinteilige, niederschwellige **sozialpsychiatrische Angebote** stehen ohne Behinderung durch Sozialgesetzbücher zur Verfügung. Die Trennung in stationäre und ambulante Psychiatrie ist nur noch formal vorhanden. Kliniken, Tageskliniken, SpDis, Betreutes Wohnen, niedergelassene Psychiater u.v.a. bilden ein Kontinuum, in dem der Übergang in beide Richtungen gesichert ist. Finanzierungslücken oder Zuständigkeitsbarrieren sind vermindert oder abgeschafft. Es gibt aufsuchende Behandlung (wie die Stationsäquivalente Behandlung, Psychiatrische Pflege). Rückzugsmöglichkeiten aus einer krankmachenden Umgebung sind vorhanden (wie bei der Integrierten Versorgung bei Vincentro), so dass ein Klinikaufenthalt möglichst oft vermieden werden kann.

Prävention ist sehr wichtig geworden. Es gibt viele Beratungsangebote, für die man keine Diagnose vorweisen muss. Das erleichtert Hilfesuche ganz enorm.

Der **Krisendienst** ist endlich überall flächendeckend ausgebaut wie das BayPschKHG es befehlt. Er ist rund um die Uhr in Rufbereitschaft und mit Ausrückdiensten auch in der Nacht ausgestattet. Die Polizei arbeitet mit dem Krisendienst zusammen.

Der **Patient wird respektiert**: Er wird in der Psychiatrie menschenwürdig behandelt - auch in der Akutstation! Es gibt keine Sicherheitsdienste mehr in der Psychiatrie. Die Krankenkassen haben endlich gelernt, dass hinreichend gut ausgebildetes Personal mit hinreichend viel Zeit für den Patienten eine menschenwürdigere Behandlung möglich macht, gesundheitsfördernd wirkt und sich langfristig sogar rechnet!

Patienten werden ernst genommen, **immer verständlich aufgeklärt**, aber nicht erzogen. Die gegenwärtige „Psychoedukation“, die oft ideologische und pharmakologische Indoktrination von Pharmaunternehmen beinhaltet, wurde hinterfragt anstatt sie aus Zeitnot zu übernehmen.

Der **Behandlungsplan** wird zusammen mit dem Patienten erarbeitet (Stichwort: shared decision making), seine Wünsche werden ernst genommen. Es wird mit ihm verhandelt bzw. gewartet bis er wirklich verhandlungsfähig ist. Kompromisse werden gemacht, auf Medikamente u.U. verzichtet oder er wird unterstützt, sie später auch wieder auszuschieben. Die Unsitte mancher Ärzte ist verschwunden, genau die Medikamente zu geben, von denen der Patient beteuert, dass sie ihm nicht bekommen sind. Oft wissen Patienten wirklich am besten, was ihnen nicht gut tut bzw. was ihnen geschadet hat. Falls keine Entscheidung im Dialog gefunden werden kann, gibt es Ethikkomitees auch in der Psychiatrie und die Unterstützte Entscheidungsfindung! Patientenautonomie ist nicht mehr nur ein Fremdwort oder ein Zynismus.

Die Entscheidung eines erwachsenen Patienten wird respektiert ebenso sein Wunsch, seinen Angehörigen seine Krankenakte **nicht** zugänglich zu machen. Und in meiner Vision respektieren das auch die Angehörigen!

Medikamente werden grundsätzlich so wenig und so kurz wie möglich eingesetzt, weil mehrere Langzeitstudien inzwischen belegt haben, dass weniger Medikamente den Patienten weniger Beeinträchtigungen und damit mehr Lebensqualität bringen. Bisher gibt es dazu nur eine einzige (niederländische) Langzeit-Studie, die von Wunderink.

Heime, bei denen Medikamenteneinnahme pauschale Vorbedingung für die Aufnahme ist, sind in meiner Vision abgeschafft. Jeder Bewohner wird einzeln betrachtet. Überhaupt leben in Heimen nur noch Bewohner, die diese Wohnform freiwillig für sich gewählt haben.

Zwangsmaßnahmen werden tatsächlich nur als ultima ratio in Notfällen angewendet, um (Re)Traumatisierungen möglichst zu vermeiden. (Zurzeit gibt es sie leider immer noch als Disziplinarstrafe!) Regelmäßiges Deeskalationstraining gehört zum Standard in den Kliniken. Gelassenheit, Zeit und Deeskalation haben sich als viel besser für beide Seiten erwiesen. Wenn doch Zwang angewandt werden muss, dann wirklich professionell. Hinterher wird - bei passender Gelegenheit - immer - eine Nachbesprechung angeboten, die auch abgelehnt werden darf.

Die Gründe für Ablehnung reichen von: „Ich spreche nicht mit meinen Folterern“ bis „Ich schäme mich zu sehr deswegen.“

Möglichst dieselben Bezugspersonen begleiten den Kranken durch die verschiedenen Organisationsformen von Psychiatrie - wenn die Passung stimmt. Das bedeutet viel weniger Abbrüche therapeutischer Beziehungen als derzeit.

(Vielleicht kennen Sie ja Menschen, die scheinbar völlig automatisch ohne Hemmungen oder ein Gefühl für die eigene Privatsphäre vor jedem ihre Lebensgeschichte abspulen und die man deshalb ein wenig angewidert als „distanzlos“ bezeichnet. Sie haben aber oft nur gelernt, bei jeder neuen Bezugsperson immer wieder ihre Lebensgeschichte erzählen zu müssen. Dadurch sinkt auch die Hemmschwelle allen anderen gegenüber.)

Langfristige Begleitung auf Zeit durch eine Vertrauensperson dagegen baut auch wieder Vertrauen zum eigenen Leben auf, das durch die Krankheit verloren gegangen ist. Sie schafft so eine wichtige Grundlage für Genesung und Zuversicht.

Ergotherapie wird für Patienten attraktiv angeboten: Beschäftigungstherapie weckt mit Erfolgserlebnissen die eigenen Fähigkeiten und stärkt das Selbstvertrauen. Arbeitstherapie bietet sinnvolle Arbeitsinhalte und lockt mit finanziellen Anreizen. Beide machen den Patienten Mut für Arbeit nach dem Klinikaufenthalt - an Stelle von Frühberentung.

Die Anzahl der **Betreuer** hat sich der steigenden Anzahl von Dementen angepasst. Es gibt genügend gesetzliche Betreuer, die genügend entlohnt werden, so dass sie sich Zeit nehmen können, sich um ihre (dadurch zahlenmäßig weniger gewordenen) Betreuten zu kümmern. Ihre Hauptaufgabe ist es nicht mehr, Betreute in die Klinik einzuweisen und/oder Zwangsmaßnahmen zu genehmigen.

Alle Betreuer, auch die aus der Familie, tun, was sie tun sollen: Sie kümmern sich im Sinne des Betreuten ausschließlich um ihr spezifisches Aufgabengebiet mit dem Ziel, sich so bald wie möglich wieder überflüssig zu machen, Eine Ausnahme bilden die Betreuer Demenzkranker.

Psychotherapie als sprechende Medizin im medikamentenfreien Raum wird genutzt. Der Zugang zur Psychotherapie ist zeitnah möglich.

In der Uckermark wurde im Frühjahr dieses Jahres ein alter Mann von mehreren jungen Männern brutal zusammengeschlagen. Er suchte psychotherapeutische Hilfe. Bei 18(!) Psychotherapeuten bekam er keinen Termin, weshalb ihn schließlich die Klinik annahm. Psychisch kranke Menschen geben da viel früher auf!

Psychotherapie wird als gute Hilfe angenommen, sich mit eigenen Anteilen an der Krankheit auseinander zu setzen und an den Ursachen zu arbeiten statt sich nur auf Tabletten, Tropfen oder Spritzen zu verlassen. Neben Einzeltherapie haben sich die Familientherapie und der Open Dialogue überall durchgesetzt.

Auch **ganz alten Menschen** wird Psychotherapie angeboten, um spät aufbrechende frühere Traumata zu bearbeiten.

Dement gewordene alte Menschen werden empathisch versorgt, ihre noch vorhandenen Fähigkeiten genutzt, um ihnen bis zum Ende ein würdiges Leben zu ermöglichen. **Alte, nicht demente psychisch kranke Menschen**, die zusätzlich körperlich pflegebedürftig werden, erhalten angemessene Fürsorge und Pflege in passenden Wohnformen und dürfen in Würde sterben.

Gegenwärtig gibt es viele schlechte Lösungen. Schwere psychische Krankheiten wachsen sich nämlich nach unserer Erfahrung keineswegs im Alter so oft aus, wie das in manchen Lehrbüchern behauptet wird. Alte psychisch Kranke enden immer wieder in geschlossenen stationären Heimen irgendwo weit weg auf dem Lande, wo sie (falls noch vorhandene) Freunde oder Verwandte nur selten besuchen können. Dort werden sie „gut versorgt“ – vor allem medikamentös!

Oder sie werden fehlplatziert in normalen Altenheimen untergebracht, in denen sich die Pflegekräfte selten mit psychischen Krankheiten auskennen und sie sofort in die Gerontopsychiatrie abschieben, wenn sie psychisch auffällig werden. Irgendwann enden auch sie in einem geschlossenen Heim, fühlen sich - und sind es meist auch wirklich - dort ganz allein gelassen. Hospize nehmen sie wegen ihrer psychischen Krankheiten oft nicht auf.

Es gibt jetzt wenigstens Ansätze der großen Fachgesellschaften, da etwas wirksam zu verändern (ab Oktober in der Task Force „Geschlossenen Heime“ der DGPPN). Auch lokal (im AK Gerontopsychiatrie der PSAG Nürnberg) ist man sich des Problems endlich bewusst geworden.

Passende Peers (wie z. B. EX-IN-ler) werden bei vielen Gelegenheiten eingesetzt, stationär als Genesungsbegleiter sowie ambulant. Ihre Arbeit wird angemessen vergütet. Denn eigene, verarbeitete Krankheitserfahrung gilt als Qualifikation: Peers können das Vertrauen der Betroffenen viel leichter erwerben als Behandler, die keine eigene Krankheitserfahrung mitbringen. Sie können zwischen den Behandlern und den Behandelten dolmetschen. Sie können Zuversicht vermitteln und als Beispiel (role model) dienen, dass ein Leben mit der Krankheit auch „danach“ sinnvoll sein kann. Sie können Hoffnung wecken. Hoffnung beugt der Selbststigmatisierung vor.

Echte Partizipation der Betroffenen auf den verschiedenen psychiatrischen Ebenen und in der Psychiatriepolitik ist in meiner Vision möglich und wird praktiziert. Wir werden wirklich zur Sache gefragt und gehört und werden wertfrei dabei unterstützt, uns selbst eine Meinung zu bilden.

Aktuell wird Partizipation zwar an vielen Stellen gefordert, aber sehr oft halbherzig umgesetzt. Das liegt sicher auch daran, dass die meisten von uns krankheitsbedingt damit überfordert sind. Es ist aber auch dem Umstand geschuldet, dass wir oft ohne jede Rücksicht auf unsere Einschränkungen als Feigenblätter in die entsprechenden Gremien „berufen“ werden, in denen wir dann in Alibifunktion herumsitzen (Paradebeispiel ist für mich der PKA in Ansbach). Oder wir verstehen die Themen oder die Fachsprache nicht, die dort gesprochen wird, fühlen uns inkompetent und schlecht. Es gibt Ausnahmen. Sie bestätigen bisher nur die Regel.

In meiner Vision sind Betroffene auch bei **Forschungsprojekten** nicht nur formal oder als Probanden einbezogen, sondern inhaltlich für das Forschungsdesign mit verantwortlich. Und: Es gibt auch eine **eigene Forschung von Betroffenen**.

Die großen **Psychiatrischen Fachgesellschaften** geben keine Statements über die psychisch Kranken mehr ab, sondern sprechen mit ihnen und stimmen die entsprechenden Behandlungsleitlinien mit ihnen ab.

Zusammen mit Betroffenen und organisierten Angehörigen haben sie in der **Psychiatriepolitik** den Einfluss der Krankenkassen und der Pharmalobby zurückgedrängt zugunsten sinnvoller gesundheitsfördernd wirkender Gesetzesvorlagen, die eine patientengerechte Psychiatrie ermöglichen.

Fruchtbare **politische trialogische Zusammenarbeit** von Betroffenen, ihren Angehörigen und ihren Behandlern ist möglich geworden.

Dieser Punkt meiner Vision ist wohl das dickste Brett, an dem wir gemeinsam noch lange bohren müssen. Aber immerhin haben wir seit 2016 zusammen mit Fachgesellschaften und den organisierten Angehörigen gegen das bereits in Kraft getretene PEPP und beim Psychotherapeutenausbildungsgesetzesentwurf schon (Teil)-Siege eingefahren.

Die aktuellste Herausforderung war/ist noch die neue Personalbemessung für Psychiatrie und Psychosomatik ab 2020. Wir arbeiten zusammen gerade noch heftig dran!

Machen Sie sich auf eine neue – trialogische - Petition und auf einen heißen psychiatriepolitischen Herbst gefasst!

Fazit in Kurzfassung:

„Meine“ zukünftige Psychiatrie wurde kein Opfer der Ökonomisierung(!), ist

- patientengerecht (vom Patienten her konzipiert, für ihn erträglich und auch hilfreich)
- durchlässig und barrierearm in ihren Strukturen
- mit genügend kompetentem Fachpersonal einschließlich passender Peers ausgestattet
- bezahlbar, trotzdem mit genügend finanziellen Mitteln versorgt; sie ist nirgends mehr privatisiert zum Objekt von Renditeerwirtschaftung geworden, sondern hält für die Bevölkerung hinreichende Angebote vor.
- mit genügend bezahlter Zeit ausgestattet für die Probleme des einzelnen Patienten sowie seiner Angehörigen - Zeit, für die nicht irgendwelche „Verrichtungen“/ „Prozeduren“ dokumentiert werden müssen.

Einiges davon wird tatsächlich allmählich umgesetzt, denn die Zukunft beginnt: **jetzt!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Nachbemerkung:

Aus Zeitgründen wurde ich die jeweils männliche Form verwendet. Alles Gesagte gilt selbstredend auch für Frauen.