

40 Jahre

Psychiatrie-Enquête

WO STEHEN WIR,
WIE GEHT ES WEITER?

Dokumentation der Fachtagung
vom 4. Dezember 2015



Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland,
LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit und Marketing Dezernat 8: Christine Strunk, Monika Kirchmayr
Redaktionsassistenz: Karla Stahl
Fotos: Matthias Jung, Marion Koell, Monika Kirchmayr, Nicole Noack, Christine Strunk
Layout und Druck: Melina Mertens, Stefanie Hochum, LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418
1. Auflage: 1500 Stück

Köln, Oktober 2016

40 JAHRE PSYCHIATRIE-ENQUÊTE

Wo stehen wir, wie geht es weiter?

Dokumentation der Fachtagung vom 4. Dezember 2015 in Köln



INHALT

Grußwort.....	5
Programm	6
Moderation	8
Vorträge der Referentinnen und Referenten	10
Resumée	60
Thesen zur Veranstaltung	64
Presse	72
Evaluation.....	86

40 JAHRE PSYCHIATRIE-ENQUÊTE

Wo stehen wir, wie geht es weiter?



Dokumentation der Fachtagung vom 4. Dezember 2015 in Köln

GRUßWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Psychiatrie-Enquête-Kommission unter der Leitung von Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, damaliger Landesrat im Landschaftsverband Rheinland (LVR), legte 1975 den „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ vor. Die damals vom Deutschen Bundestag eingesetzte Kommission zur Psychiatrie-Reform brachte Bewegung in das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen: Mehr ambulante und gemeindenahere Versorgung, bessere Vernetzung der Versorger, Entstigmatisierung, Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker, Normalisierung der Wohn- und Betreuungssituation von Langzeitpatientinnen und -patienten, das waren einige der damaligen Kernziele. Welche Wirkungen haben heute die Reformen, die die Psychiatrie-Enquête angestoßen hat?

Von jeher spielte der LVR eine wichtige Rolle in der Entwicklung einer humanen Psychiatrie. Vor diesem Hintergrund und anlässlich des 40. Jahrestages der Reformbestrebungen diskutiert der LVR mit geladenen Expertinnen und Experten zu Fragen wie: Wo stehen wir in der Entwicklung der gesellschaftlichen Entstigmatisierung und -diskriminierung psychisch kranker Menschen heute? Welche Ziele wurden erreicht, was ist noch offen? Gibt es so etwas wie einen gesellschaftlich getragenen „psychiatrischen Mainstream“, je nach Ereignislage? Welche Rolle spielen unsere Medien und die öffentliche Meinung dabei?

Das Erreichte, das Überholte, die aktuellen Entwicklungen und vor allem die Zukunftsperspektive der Psychiatrie versprechen eine spannende Diskussion mit der Runde der Expertinnen und Experten. Dazu laden wir Sie herzlich für Freitag, den 4. Dezember 2015, von 10–15 Uhr, in das LVR-Haus nach Köln-Deutz ein.



Martina Wenzel-Jankowski

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin Klinikverbund
und Verbund Heilpädagogischer Hilfen



W. Gaebel

Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel
Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie und Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum
Düsseldorf – Kliniken der Heinrich Heine Universität

PROGRAMM

Moderation	Beate Kowollik, Köln
10:00–10:15	Begrüßung Martina Wenzel-Jankowski, Köln LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
10:15–10:45	Rainer Kukla, Mettmann Prämissen der Psychiatrie- Enquête
10:45–11:05	Martina Wenzel-Jankowski Die Umsetzung der Psychiatrie-Enquête: Was ist erreicht, was ist noch offen, was ist nicht mehr aktuell?
11:05–11:25	Jörg Holke, Düsseldorf Planung und Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker in NRW
11:25–11:40	Kaffeepause



11:40–12:00	Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête – was hat sich verändert?
12:00–12:20	Univ.-Prof. Dr. Andreas Reif, Frankfurt Psychisch Kranke und die Medien – die Sicht des Psychiaters
12:20–13:15	Mittagspause
13:15–13:45	Petra Tabeling, Köln Psychische Störungen und die Medien – die Sicht des Journalisten
13:45–15:00	Podiumsdiskussion (Moderation: Beate Kowollik). Rainer Kukla, Martina Wenzel-Jankowski, Jörg Holke, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Univ.-Prof. Dr. Andreas Reif, Petra Tabeling, Johannes Köhler, Dr. Joachim Brandenburg
Ärztlicher Kursleiter	Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel



Beate Kowollik

Beate Kowollik ist Moderatorin und freie Journalistin. Seit 1996 arbeitet sie als freie Journalistin auch für den WDR. Mit Begeisterung und Leidenschaft moderiert Beate Kowollik die Sendungen „Westblick“ und „Lebensart“ auf WDR 5. Der Westblick ist ein landespolitisches Magazin, die Lebensart eine Call-in Sendung mit Hörerbeteiligung zu einem Schwerpunktthema. Zudem leitet sie Veranstaltungen, Kongresse und Podiumsdiskussionen zu den verschiedensten Themen.



40 JAHRE
PSYCHIATRIE-ENQUETE
WO STEHEN WIR,
WIE GEHT ES
WEITER?





Rainer Kukla

Landesrat a.D. Rainer Kukla studierte Volkswirtschaft, Soziologie und Sozialpsychologie. Von 1968 bis 1971 war er Mitarbeiter in soziologischen Forschungsprojekten im Landeskrankenhaus Düsseldorf bevor er ab 1972 Referent/Referatsleiter in der Gesundheitsabteilung des LVR wurde. Von 1980 bis 1983 war Rainer Kukla zuständig für Psychiatrie im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. 1983 kehrte er zum LVR zurück und war bis 2007 Landesrat für Gesundheit. Neben verschiedenen zusätzlichen Funktionen war Kukla u.a. von 1989 bis 2005 Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser.



PRÄMISSEN DER PSYCHIATRIE-ENQUÊTE

Abstract

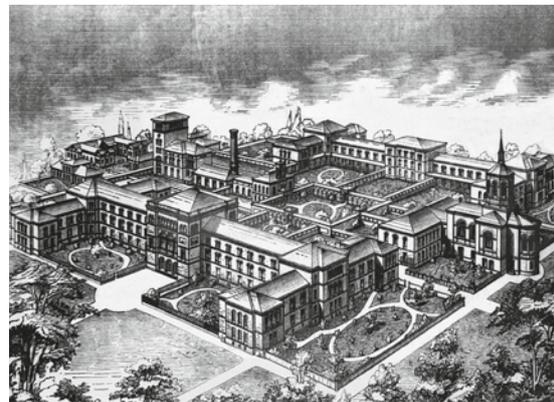
Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) von 1975 war ein entscheidender Meilenstein in der Geschichte der Psychiatriereform und Ausgangspunkt tiefgreifender Veränderungen. Nie zuvor und nie danach sind die Lage der Psychiatrie, ihre Entwicklungsbedarfe und -ziele so umfassend beschrieben worden.

Die Enquête erzeugte nicht nur Wirkungen, sondern stand selbst in einer Wirkungsgeschichte. Die Verhältnisse in der Nachkriegspsychiatrie waren beklagenswert. Insbesondere die katastrophalen Verhältnisse der Anstaltspsychiatrie und ihr Rückstand auf die internationale Entwicklung wurden aber erst in den 60er Jahren – zunächst vereinzelt – angeprangert.

Im Zusammenhang mit der Studentenrevolte 1967/68 wurde die Kritik zunächst in der Fachöffentlichkeit, dann in der allgemeinen Öffentlichkeit und schließlich der Politik breiter und stärker – und führte im März 1970 zur Initiative des Deutschen Bundestages zur Erstellung der Enquête.

Im Oktober 1973 veröffentlichte die Sachverständigen-Kommission einen Zwischenbericht, in dem sehr eindringlich auf die elenden, z.T. menschenunwürdigen Verhältnisse in den Anstalten hingewiesen wurde.

In den Bundesländern hatte dieser alarmierende Befund Sofortprogramme zur Befriedigung humaner Grundbedürfnisse der hospitalisierten psychisch Kranken und Behinderten und die Entwicklung von Psychiatrie-Versorgungs-Rahmen- bzw. Ziel-Plänen zur Folge. D.h., parallel zur Erarbeitung des Berichtes durch die Sachverständigen-Kommission war bereits ein Reformprozess in Gang gekommen. Durch die Veröffentlichung des Schlussberichtes der Enquête 1975 entfalteten sich weitere gesundheitspolitische Wirkungen, nicht zuletzt, weil der Bericht ein hohes Maß an Akzeptanz erreichte, noch lange Zeit als Begründungsbasis für Reformen diente und politisch virulent blieb.



Vortrag

Tagung LVR

„40 Jahre Psychiatrie - Enquete“
4.12.2015

„Prämissen der Psychiatrie - Enquête“

Rainer Kukla

Entstehung und Entartung der Anstaltspsychiatrie

Die Entwicklung im 19. Jahrhundert

- Gründungswelle von Anstalten
- Kontroverse Griesinger <-> Laehr (1868) —> Prinzip der gemeindefernen Lokalisation, Prinzip der „Gemischten Anstalt“
- Steigende Zugangs- und Belegungszahlen
- Kluft zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Die Katastrophe der beiden Weltkriege und die Nachkriegsjahre

Folgen der Hungerwinter in den beiden letzten Kriegsjahren des ersten Weltkrieges

Verbrechen des Nationalsozialismus

Psychiatrie in der Tabuzone der Wirtschaftswunder - Gesellschaft
katastrophale Überbelegung
Menschenunwürdige Zustände, Hospitalismus
Arbeit unter miserablen, therapiefreundlichen Bedingungen
ein verschlissenes System ohne Zukunft

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Nachkriegszeit: Erste Ansätze und Kritiken

Erste kritische Veränderungsimpulse ab ca. 1960
Im Rheinland: Wechselkrankenhäuser, Aufnahmekliniken, Funktionsbereiche

Kulenkampff und Bosch gründen Tagesklinik in Frankfurt (1963)

Zitt: „Weltweite Revolution im psychiatrischen Krankenhauswesen - ohne Deutschland“ (FAZ, Januar 1964)

Häfner, Kisker, von Baeyer: „Nationaler Notstand“, (Vorschlag: Aufbau von 250 „psychiatrischen Gemeindezentren“ mit stationärer Abteilung, Tages- und Nachtambulanz und Rehabilitationsdienst)

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Verstärkung der Kritik in der 2. Hälfte der 60er Jahre:

- Studentenbewegung („Unter den Talaren - Muff von 1000 Jahren“)
- Außerparlamentarische Opposition (APO)
- Willy Brandt: „Wir wollen mehr Demokratie wagen“
- Frank Fischer: „Irrenhäuser - Kranke klagen an“
- Rezeption internationaler Entwicklungen
- Formierung der Sozialpsychiatrie-Bewegung (Mannheimer Kreis, Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie)

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Der Auftrag zur Enquête

- März 1970: Antrag der CDU/CSU- Fraktion zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik - Walter Picard
- Oktober 1970: Tagung in Loccum mit Resolution, entsprechende Forderungen der DGPN
- Januar 1971: Gründung der „Aktion Psychisch Kranke“, Vorsitzender W. Picard, Stellv. C. Kulenkampff
- Antrag zur Psychiatrie - Enquête im Bundestag am 23. Juni 1971 angenommen

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015




Parallele Reformbemühungen in NRW/im Rheinland

- „Zielplan zur Versorgung psychisch Kranker und Schwachsinniger in NRW“ (Initiative von Kulenkampff und Lauber) , Januar 1972 veröffentlicht
- „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker und geistig Behinderter im Rheinland“ (1972); Folge: u.a. Sofortprogramm zur Verbesserung der Unterbringungsverhältnisse, Bau von sog. Standardbettenhäusern, Basis für Krankenhausplanung

Prof. Caspar Kulenkampff

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015



Erhebung zum Sofortprogramm

Quellen: Privat und LVR

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015

Die Sachverständigenkommission und ihre Arbeit

- Zusammensetzung:
- Mitglieder der Kommission insgesamt: 19, später 23
- Vorsitzender: Prof. Kulenkampff,
- Stellvertreter: Prof. Häfner, Dr. Siede (für die Länder), Prof. Deckwitz, später: Prof. Hippus (für die DGNP)
- Zum Einzelbereichen und -themen der Psychiatrie -> Arbeitsgruppen, Expertenteams, Beiräte, Untersuchungsaufträge, Anhörungen, Gutachten und Informationsreisen
- Geschäftsführung: Aktion Psychisch Kranke

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015

Die Sachverständigenkommission und ihre Arbeit (2)

Zwischenbericht 1973 -> die erbärmlichen Unterbringungsbedingungen psychisch Kranker werden als „brutale Realität“ bezeichnet. Forderung, durch Sofortprogramme „Grundstandards allgemeiner Lebensbedingungen“ zu gewährleisten.

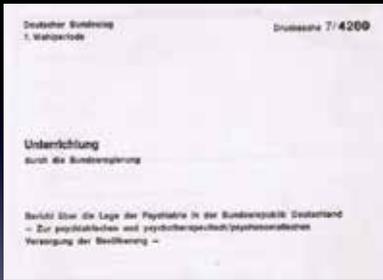
Der Endbericht 1975:

Mühseliger Konsensprozess, insbesondere zwischen Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik

zentrales Redaktionsteam

Ende 1975 überreicht, erst Februar 1979 Unterrichtung des

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015



Deutscher Bundestag Drucksache 7/4200
1. Wahlperiode

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
- Zur psychischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -

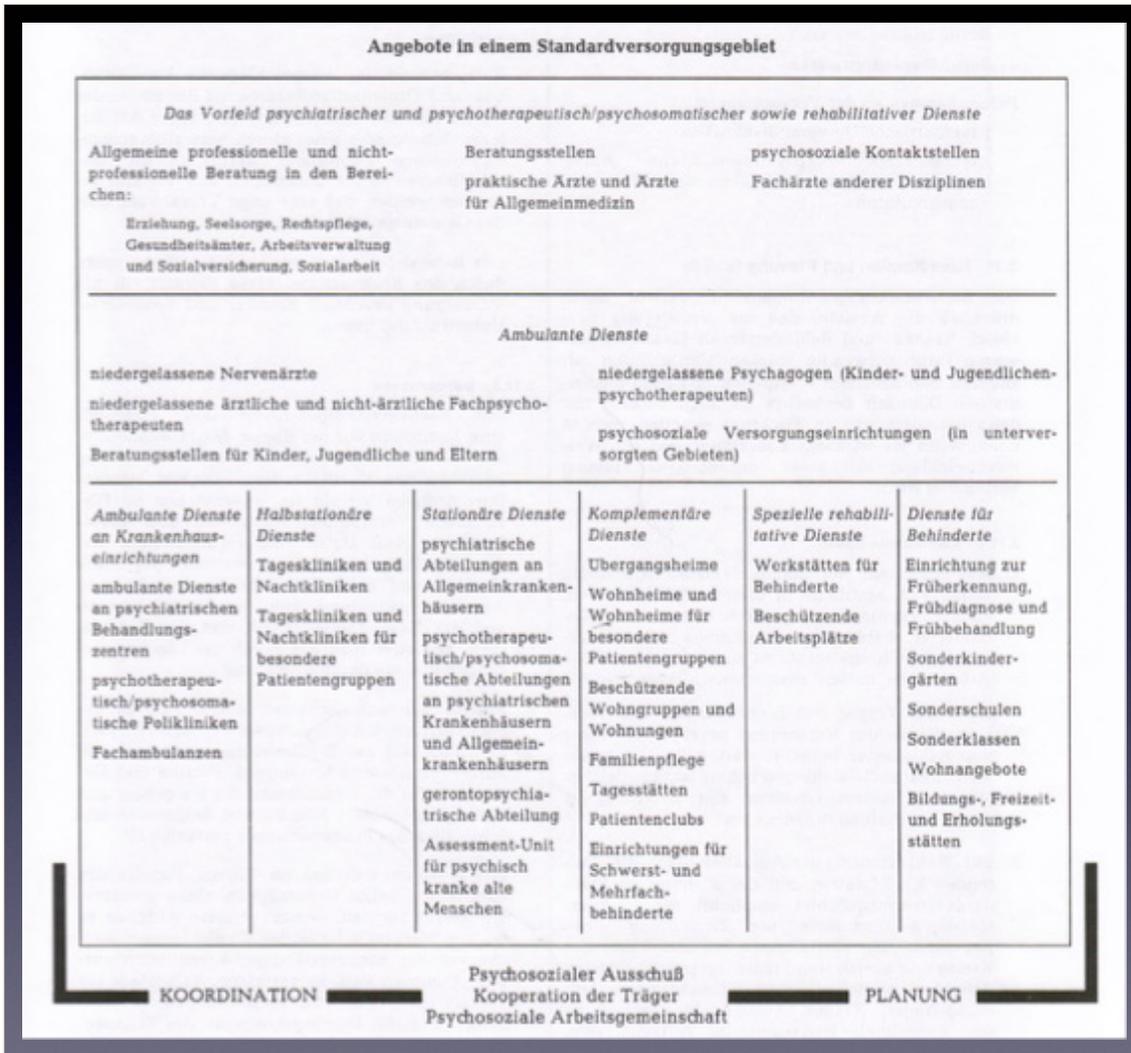
Bundestagsdrucksache 7/4200 mit 426 Druckseiten
+ Anhang 7/4201 mit 1.192 Druckseiten

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015

Prinzipien der Psychiatrie - Enquête

- Vorrang der komplementären und ambulanten Dienste
- Aufbau der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern bei gleichzeitiger drastischer Verkleinerung bestehender psychiatrischer Krankenhäuser
- Herausnahme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter aus den psychiatrischen Krankenhäusern
- Bündelung der bedarfsgerechten Dienste in geographisch definierten Standardversorgungsgebieten
- Institutionalisierung von Koordination, Planung und Information.
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete Rainer Kukla 4.12.2015





Prinzipien der Psychiatrie - Enquête (2)

Die Enquete fordert den Abbau zentralistischer Elemente und den Aufbau eines vielgliedrigen dezentralen an den Bedarf der Bürger in den Kommunen orientierten Versorgungssystems.

Es muss ein umfassendes Angebot - wo immer nur möglich gemeindenah - allen von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen.

Umfassend ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem dann, wenn es auf verschiedenen Ebenen die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter Dienste für alle Kategorien Hilfsbedürftiger bereitstellt.

Wichtig auch: Einstellungs- und Haltungsänderung von kustodialer zu sozialpsychiatrisch - therapeutischen Haltung aller am Behandlungsprozess Beteiligten.

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Wirkungen der Enquête:

- Nie zuvor und nie danach sind die Lage der Psychiatrie, ihre Entwicklungsbedarfe und -ziele in Deutschland so umfassend beschrieben worden.
- breite fachliche Referenz- und Begründungsbasis für die Reform
- Sofortmaßnahmen in den Bundesländern w/ Zwischenbericht
- Psychiatriepläne der Bundesländer
- Gründung des „Ständigen Arbeitskreises der Psychiatrereferenten des Bundes und der Länder“
- Gründungswelle von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern und Tageskliniken

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Wirkungen der Enquête (2):

- Einrichtung von Institutsambulanzen
- Gründungswelle Psychosozialer Hilfgemeinschaften (ab 1975 mit Dachverband) -> Träger von Netzwerken
- Bildung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Kommunen
- Verbesserung der Rechtsstellung
- Wandel in der Einstellung zu Patienten und Angehörigen -> „Triolog“

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Häfner:

„Wir haben die Wende von einer hilflosen, vernachlässigten und schließlich der Unmenschlichkeit verfallenen Bewahrspsychiatrie zu einer offenen, hilfsbereiten und über wirksame Behandlungsinstrumente verfügenden, personennahen Psychiatrie erfahren dürfen.“

Das Erreichte und mit ihm der Geist von Humanität und Partnerschaft in Behandlung und Versorgung bleiben jedoch in Gefahr, bei knappen Ressourcen und bei einem Wandel des Zeitgeistes zu einer härteren, egoistischeren Mentalität wieder infrage gestellt zu werden.

Dagegen werden wir auch in Zukunft einzutreten haben.“

(2001)

„Prämissen der Psychiatrie - Enquete“ Rainer Kukla 4.12.2015

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Martina Wenzel-Jankowski

Landesrätin Martina Wenzel-Jankowski, LVR-Dezernentin Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen, kam als Rechtsanwältin 1991 zum Rechtsamt des LVR. Nach Stationen als persönliche Referentin des Ersten Landesrates sowie als Abteilungsleiterin im Dezernat Finanzen und Hochbau war sie von 2000 bis 2009 stellvertretende Leiterin des Amtes für Kliniken, u.a. zuständig für Personal, Organisation, Budgetverhandlungen. Danach leitete sie den LVR-Fachbereich „Wirtschaftliche Steuerung des LVR-Klinikverbundes und der Heilpädagogischen Hilfen“. Im März 2011 wurde Frau Wenzel-Jankowski zur Landesrätin mit dem Geschäftsbereich LVR-Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen gewählt. Seit 2011 ist Frau Wenzel-Jankowski Mitglied im Vorstand der KGNW, im Landesausschuss für Krankenhausplanung und seit 2012 in der Kommission Psychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie im Sonderausschuss Psych der DKG.



LIVE-INTERVIEW IM RAHMEN DER TAGUNG VON BEATE KOWOLIK MIT MARTINA WENZEL-JANKOWSKI ZUM THEMA „DIE UMSETZUNG DER PSYCHIATRIE-ENQUÊTE: WAS IST ERREICHT, WAS NOCH OFFEN, WAS NICHT MEHR AKTUELL?“

Abstract

Die Psychiatrie-Reform in Folge der Psychiatrie-Enquête aus dem Jahre 1975 kann sicherlich – so der übereinstimmende Tenor aus den fachlichen und politischen Diskussionen und Beiträgen zum 40. Jahrestag der Enquête – als eines der erfolgreichsten sozialen Reformprojekte in der Geschichte der Bundesrepublik betrachtet werden. Mit der Verwirklichung gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte konnten für die Mehrheit der psychisch Kranken die Behandlungsmöglichkeiten entscheidend verbessert und entsprechend ihre Chancen auf soziale Integration und Teilhabe erhöht werden.

Zum „Erbe“ der Psychiatrie-Reform gehören allerdings auch und insbesondere die „alten“, ungelösten Strukturprobleme der Psychiatrischen Versorgung, die vor allem leistungsrechtlich bedingten Barrieren zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren, welche nach wie vor die aktuellen Kernprobleme für die Gestaltung personenzentrierter Versorgungsprozesse bedingen. Da sich aber diese alten und auch neuen Strukturprobleme als wenig effizient und ressourcenverschwendend erweisen, bestehen aktuell durchaus Chancen, dass sich sozialpsychiatrische Qualitätsanforderungen mit wirtschaftlichen Kriterien verbinden, zumindest zur Erprobung und Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen.

Die Reformziele einer Gemeindepsychiatrie mit verbindlich koordinierten Versorgungsangeboten unter kommunaler Steuerung, sind in der heutigen Realität ebenso bei weitem noch nicht erreicht.

Mit einem gewissen visionären Blick in die Zukunft bietet das Inklusionsparadigma, neben seinen immensen Herausforderungen, auch Antriebskraft für die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie zu einer lebenswelt- und sozialraumorientierten Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen in den Gemeinden.

Interview

Frage 1: Die Psychiatrie-Enquête war der Ausgangspunkt für eine Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Heute, 40 Jahre später, Anlass, eine Bilanz zu ziehen.

Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Wirkungen/Ergebnisse?

Die Psychiatrie-Enquête ist eines der wichtigsten und erfolgreichsten Reformprojekte in der Geschichte der Bundesrepublik. Sie hat die Psychiatrie aus ihrer institutionellen Erstarrung gelöst und nachhaltige Veränderungsimpulse ausgelöst. Die Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute überwiegend

„gemeindenah“, überwiegend tagesklinisch und ambulant, mit mehr und qualifizierterem Fachpersonal als vor 40 Jahren. Die Psychiatrie verfügt über ein breites Repertoire an evidenzbasierten psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, auch wenn diese heutzutage nicht allen psychisch kranken Menschen jederzeit zur Verfügung stehen.

Die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe für chronisch kranke Menschen sind gestiegen durch Enthospitalisierung, Dezentralisierung, Ambulantisierung.“ Viele Angebote sind in das Lebensumfeld gerückt (z.B. BeWo), stärker in den jeweiligen Sozialräumen vorhanden und verankert.

Es gibt eine größere kommunale Wahrnehmung und Verantwortung für Psychiatrie (Stichworte sind hier: Psychiatriekoordination, Sozialpsychiatrische Dienste, GPV vielerorts). Es gibt vielfach eine Kultur des Trianglogs, es steigt die Zahl der Regionen, in denen Peer-Beratung und Genesungsbegleitung etabliert sind.

Frage 2: Welche Impulse der Enquête sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen?

Zwei Aspekte möchte ich besonders hervorheben. Die Expertenkommission der Bundesregierung hatte nach Abschluss der Modellprogramme in ihrem Bericht 1988 bereits auf Risiken von Fehlentwicklungen hingewiesen und entsprechende Empfehlungen für die weitere Ausgestaltung der Reformprozesse gegeben.

Das war vor allem eine Veränderung der Sichtweise, von einer bislang eher einrichtungsorientierten zu einer funktionalen Betrachtung von Versorgung, d.h.:

- ▶ Die Hilfen, die in einer Gemeinde benötigt werden und nicht die Einrichtungen stehen nun im Vordergrund.
- ▶ Zum anderen betonte die Expertenkommission das Prinzip der Gemeindepsychiatrie: Psychiatrisches Handeln wird auf die Gemeindeebene verlagert, seelische

Schwierigkeiten und Krankheiten sollen dort bearbeitet werden,

wo sie entstehen und gelebt werden: In der Stadt, in der Gemeinde, am Arbeitsplatz, in der Familie. Das Prinzip „Gemeindepsychiatrie“ mit der Orientierung an der Lebenswelt der psychisch Kranken in ihren Wohn- und Arbeitsorten (heute würden wir sagen: Sozialraum) beinhaltet eigentlich schon eine inklusive Vision, ohne dass die damaligen

Nur so ist es möglich, den Versorgungsbedarf in einer Region zu identifizieren und die Aufgaben zu verteilen. Diese Sichtweise ist eine wesentliche Voraussetzung, Hilfen personenorientiert zu organisieren und zu erbringen.





Akteure das heutige Prinzip der Inklusion hätten voraussehen können.

In der damaligen gesellschaftlichen Situation sah man sich zuerst einmal vor der Aufgabe, die Realität der Exklusion in den Anstalten durch Konzept und Praxis der Integration aufzuheben.

Die Psychiatrie sollte wieder in in das gesellschaftliche Leben und die Menschen wieder in ihre Gemeinden gebracht werden, ohne dass dabei bereits der Anspruch erkennbar gewesen wäre, sie als vollständig inkludierte Mitglieder unserer Gesellschaft wahrzunehmen.

Das Wort „Gemeindenähe“ – ein zentraler Konzeptbegriff der Enquête – charakterisiert diese noch zaghafte Orientierung am Integrationsleitbild.

Frage 3: Es war offenbar 1988 schon von möglichen Fehlentwicklungen die Rede.

Gibt es aus heutiger Sicht Entwicklungen, die so nicht beabsichtigt waren?

Mit der sich entwickelnden Vielfalt psychiatrischer Behandlungs- und Unterstützungsangebote entstand zugleich ein schwer überschaubares institutionelles Geflecht an Angeboten und Anbietern, Diensten und Einrichtungen, Professionen und Trägern mit wenig Transparenz, teils unklaren Standards und fehlender Wirksamkeitskontrolle.

So geht SALIZE (2013) mit dem Zustand der Sozialpsychiatrie nach der Psychiatriereform scharf ins Gericht: Sie hat nach großen Entwicklungsschüben in den 1970er u. 1980er Jahren zu hoher Diversifizierung und Fragmentierung geführt

- ▶ ist von regionaler Ungleichheit geprägt
- ▶ ist in vielen Feldern nicht bedarfsgerecht
- ▶ hat große Koordinations- und Steuerungsprobleme
- ▶ leidet seit Mitte der 1990er Jahre an Innovationsmangel und Stagnation

Nicht zuletzt mit den Anfang der 90er Jahre einsetzenden Reformen in den Gesundheits- und Sozialsystemen – mit den Maximen Kostenbegrenzung, Effizienz, Qualität – rückten die Mängel der Qualität und der Steuerung in den Focus der kritischen Betrachtungen: mangelnde Transparenz, mangelhafte Angebots- und Leistungsqualität, unwirtschaftliches Handeln und Missmanagement waren durchaus nicht unbegründete Diagnosen über die Strukturen und Abläufe in psychiatrischen Versorgungssystemen.

Die heutige Realität ist noch immer deutlich von den Idealvorstellungen der Gründer entfernt. Hier im Handlungsfeld der Steuerung, Koordination und Kooperation sehe ich im Nachlass eine der zentralen, unvollendet gebliebenen Aufträge der Psychiatrie-Enquête.

Mit dem „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ (GPV) setzte die Expertenkommission auf ein regional strukturiertes Organisations- und Steuerungskonzept von psychiatrischer Versorgung mit einem verbindlichen Regelwerk.

Frage 4: Zu Beginn deuteten Sie schon an, dass auch heute noch nicht alle psychisch kranken Menschen die verfügbaren Hilfen bekommen, die sie benötigen.

Worauf ist das zurückzuführen?

Die zentralen Strukturprobleme der psychiatrischen Versorgung sind heute dieselben wie damals. An deren Aufhebung haben alle Bemühungen der Psychiatriereform nichts geändert:

- Das zersplitterte Leistungsrecht innerhalb des Gesundheitswesens und zwischen Gesundheits- und Sozialsystem führt zur Fragmentierung der Versorgung, wovon insbesondere die psychisch kranken Menschen betroffen sind, die auf die Kombination und Integration mehrerer Hilfeleistungen angewiesen sind.

Frage 5: Was genau sind diese Strukturprobleme?

Schon lange werden die Barrieren zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren – ambulant und stationär – als die größten Hemmnisse für eine patientenorientierte Versorgungsqualität gesehen: mangelnde Kooperation und Koordination sowie eine fehlende Gesamtverantwortung und damit auch Steuerung sind die Symptome.

Die daraus folgende mangelhafte personenbezogene Integration der Behandlungs-, Reha- und Pflegeleistungen zieht vielfach Kontinuitätsbrüche in den Versorgungsprozessen nach sich. Eine weitere Folge ist





(so auch Wienberg, 2013) die nach wie vor bestehende direkte Koppelung des Settings mit der Dichte der Unterstützung bzw. Behandlung. Hohe Unterstützungs-/Behandlungsintensitäten werden in der Regel nur im Klinik- oder Heimsetting erbracht, also stationär. Ambulant heißt dann gleich wenig intensiv. Wünsche der Betroffenen nach intensiver Behandlung oder Unterstützung in ihrer Lebenswelt können so nicht erfüllt werden.

Für eine flexible Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung muss demgegenüber eine unterschiedlich benötigte Behandlungsdichte aber an jedem Ort möglich sein. Ein gutes Beispiel ist eine aufsuchende Akut-Behandlung wie das Hometreatment, die als stationärsersetzend nach wie vor nicht regelfinanziert ist im Rahmen des SGB V.

Frage 6: Und wie wirken sich diese Strukturprobleme für die Menschen aus?

Gerade im Zusammenhang mit der zuletzt genannten Problematik, der Koppelung von Hilfebedarf mit dem Helpsetting würde ich gerne zur Verdeutlichung einen Rückgriff auf Prof. Kunze vornehmen, der die weitgehende Vernachlässigung der schwer chronisch psychisch Kranken und die „Selektion der Sozialpsychiatrie“ kritisiert:

Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf eines Menschen ist, umso geringer sind seine Chancen, die erforderlichen Hilfen als eine Komplexleistung auch wohnortnah, geschweige denn ambulant zu erhalten. Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen werden häufig in überregional aufnehmende Einrichtungen verschoben, landen in der Obdachlosigkeit oder gar in forensischen Kliniken, weil die Hilfen in den Kreisen und Städten unzureichend sind.

Auch wenn heute in einigen Regionen durch die Kooperation von Kostenträger und gemeindepsychiatrischen Leistungsanbietern an Verbesserungen gearbeitet wird, so hat die Feststellung von Kunze in vielen anderen Regionen nach wie vor Gültigkeit.

Zusammengefasst zeigen sich die Auswirkungen in der mangelnden Zugänglichkeit und Verfügbarkeit insbesondere von Behandlungsleistungen im ambulanten Bereich:

- ▶ Schwierigkeiten psychiatrischer Patientinnen und Patienten, zeitnah ambulante Behandlung bei niedergelassenen Ärzten, ganz zu schweigen von Psychotherapeuten, zu finden.
- ▶ Unterfinanzierung ambulanter Leistungen niedergelassener Nervenärzte und der Institutsambulanzen, die eine intensive ambulante Begleitung in der Regel nicht erlaubt.
- ▶ Hilfen aus dem SGB V-Bereich – die Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Pflege oder Angebote der medizinischen Rehabilitation stehen in den meisten Regionen nicht zur Verfügung.
- ▶ Angebote ambulanter Komplexbehandlung sind in der Regelversorgung unter gegebenen Rahmenbedingungen nicht umzusetzen, werden allenfalls in einigen Modellregionen erprobt.



Frage 7: Gibt es denn Lösungskonzepte?

Der Integration der unterschiedlichen Versorgungsleistungen in einem Gesamtrahmen kommt die zentrale Schlüsselfunktion für eine verbesserte und effizientere Versorgung psychisch kranker Menschen zu.

Eine Versorgung, die den individuell und zeitlich variierenden Behandlungserfordernissen und Hilfebedürfnissen möglichst flexibel, bei höchst möglicher Behandlungskontinuität gerecht wird.

Frage 8: Wenn diese Lösungskonzepte schon so lange gefordert werden, bisher ohne Erfolg, ist deren Umsetzung heute wahrscheinlicher?

Ich hatte ja bereits die eher ökonomisch getriebenen Reformen in den Gesundheits- und Sozialsystemen seit Mitte der 90er Jahre erwähnt.

Diese Forderungen sind nahezu so alt wie die Psychiatriereform selbst.

Mit Blick auf die zurückliegenden und laufenden Bemühungen um Kostenbegrenzung und Effizienzsteigerung dürfte klar sein: für ein „Mehr“ an Leistungen und Qualität werden auch zukünftig nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. Es wird also immer entscheidender drauf ankommen, psychiatrische Versorgungsleistungen und Mittelverwendung möglichst intelligent zu steuern.

Realisierungschancen von strukturellen Innovationen scheinen dann zu steigen, wenn der wirtschaftliche Druck groß genug ist. Und nun erweisen sich diese „alten, neuen“ Strukturprobleme auch unter ökonomischen Gesichtspunkten als wenig effizient: hohe Ressourcenverschwendung gepaart mit unzureichender Versorgungsqualität.

Das führt dazu, dass in den letzten Jahren und aktuell sich einige Kostenträger für Versorgungsmodelle öffnen, die gerade die skizzierten Leistungssektoren übergreifenden, vernetzten und flexiblen Behandlungs- und Versorgungsangebote im Rahmen von § 64 b oder § 140 ff. SGB V ermöglichen. Hier liegen Chancen, dass gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle, deren Wirksamkeit in internationalen Studien ja nachgewiesen ist (S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien“), nach Kriterien von Effizienz und Qualität erprobt werden.

Inwieweit diese „Modellinseln“ in der Lage sein werden, nachhaltige Wirkungen zu erzeugen, ist heute allein schon deshalb noch völlig offen, weil die Entwicklungen um das neue Entgeltsystematik für die psychiatrischen Krankenhäuser in eine völlig andere Richtung laufen. (Stichwort: Budgetsystem versus Preissystem)





Frage 9: Kommen wir also zu der Frage: Was ist nicht mehr aktuell – oder anders gefragt: es gibt Erfolge, ungelöste Probleme, unvollendete Hinterlassenschaften – was sind die neuen Anforderungen?

Natürlich müssen sich historisch gewachsene Reformkonzepte neuen Bedingungen und Herausforderungen stellen und angepasst werden. Dies ist im Laufe des Reformprozesses auch geschehen.

Viele Elemente des sozial- und gemeindepsychiatrischen Paradigmas wurden weiter entwickelt und fanden in den letzten Jahren Eingang in die Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften. Umgekehrt haben die evidenzbasierten Empfehlungen von Versorgungsleitlinien die Entwicklung in der außerklinischen Versorgung befruchtet. Durch die sich entwickelnde psychiatrische Versorgungsforschung ist der Wirkungsnachweis gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodelle in der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ entscheidend vorangekommen.

Die UN-BRK fordert (Art. 9) ganz grundsätzlich die Herstellung der „Zugänglichkeit“ und die „Barrierefreiheit“ (Art. 19) von Hilfen.

Das bedeutet im psychiatrischen System vor allem der niederschwellige „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause“, insbesondere in akuten Krisen, die Behandlung im persönlichen Lebensumfeld (Hometreatment), der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung, zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. D.h. personenorientierte Behandlungs- und Unterstützungsleistungen erfolgen primär in der eigenen Wohnung, am eigenen Arbeitsplatz, auf dem freien Arbeitsmarkt und im Quartier.

Unter den weitreichenden Anforderungen der Inklusion brauchen wir nach meinem Eindruck gewissermaßen einer Neujustierung der Psychiatriereform über das konsequente Vorantreiben der Ambulantisierung wie der De-Institutionalisierung hinaus.

Damit bietet das Inklusionskonzept auch einen Treiber für die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie zu einer an Lebenswelt und Sozialraum orientierten Versorgung und Teilhabe von psychisch kranken und behinderten Menschen in den Gemeinden.

Frage 10: Angeknüpft an die Psychiatriereform – welche Perspektiven sehen Sie?

Ich versuche einmal, an den ungelösten Hinterlassenschaften anzuknüpfen und wage mit den Handlungsansätzen aus den aktuellen fachlichen und versorgungspolitischen Entwicklungen eine Perspektive in den nachfolgenden Feldern zu skizzieren:

Das Inklusionsparadigma als Treiber für eine inklusive Gemeindepsychiatrie (Lebenswelt- und sozialraumorientiert) zu begreifen und nutzen.

- ▶ Konkret die Bildung von GPV oder alternativen Plattformen (Steinhart) im Rheinland vorantreiben und ihre Kompetenzen in Bezug auf Organisation und Steuerung der Versorgung stärken und dies in einem gemeinsamen Vorgehen von LVR (Dezernat 8 und 7) mit den rheinlandweiten Partnern (AGpR, Dachverband Gemeindepsychiatrie), auf regionaler Ebene von LVR-Kliniken und Sozialpsychiatrische Zentren, für eine inklusive Gemeindepsychiatrie.

Frage 11: Sind denn die Menschen in den Hilfesystemen, Professionelle wie Betroffene, auf diese neue Herausforderung vorbereitet und eingestellt?

Davon können wir heute noch nicht selbstverständlich ausgehen. Deshalb möchte ich zwei weitere Handlungsansätze skizzieren:

1. **Recovery- und Inklusionsorientierung** über Personal- und Teamentwicklung sowie Bildung konsequent voranbringen

- ▶ Ergebnisse und Erfahrungswissen aus der LVR-Kliniken zur Umsetzung von Adherence-Therapie, Genesungsbegleitung, Behandlungsvereinbarung u.a. aufbereiten und
- ▶ entsprechende Bildungsformate in die Curricula der Aus- und Weiterbildung sowie die Fortbildungsprogramme nachhaltig etablieren.

und

2. **Partizipation und Selbstbestimmung** ganz im Sinne des LVR-Inklusionsplans stärken

- ▶ Die Intensivierung von „**Peer Support**“, d.h. die Beteiligung und Mitwirkung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in der klinischen und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung fördern und entwickeln; dies hier im Rheinland über die Verbreiterung der beiden LVR-Peer-Projekte (Dezernat 7 und Dezernat 8), und für den LVR-Klinikverbund insbesondere über das Verbundprojekt zur Erprobung von Genesungsbegleitung in den LVR-Kliniken
- ▶ Es existieren hierzu durch zahlreiche internationale Studien Evidenznachweise über positive Wirkungen.

Frage 13: Ihr Fazit zum Schluss?

Der Auftrag der Psychiatriereform aus dem „Nachlass“ der Enquête in Verbindung mit der Herausforderung Inklusion erfordert mit Blick auf die aktuellen Entwicklungen ganz dringend:

Ein Vergütungssystem für die psychiatrischen Krankenhäuser, welches mit entsprechenden Finanzierungsanreizen die angestrebten Versorgungsprozesse unterstützt und nicht durch die Setzung von Fehlanreizen konterkariert.

Wir dürfen nicht zulassen, dass die Impulse und Errungenschaften der Psychiatriereform, die heute vielfach Bestätigung in den aktuellen fachlichen Leitlinien finden, durch ein inkompatibles Entgeltssystem endgültig erstickt werden.

Nach jetzigem Stand der Umsetzung sind entsprechende Lösungen nicht erkennbar.

Deshalb sehe ich es als unsere Verpflichtung an – mit bewusstem Bezug auf eine der großen und nachhaltigen Sozial- und Gesundheitsreformen in Deutschland, die mit der Enquête vor 40 Jahren begann und bei weitem noch nicht abgeschlossen ist – alle Gestaltungsmöglichkeiten zur Entwicklung einer kompatiblen Finanzierungssystematik zu nutzen. Ich möchte nicht, dass die nächste Veranstaltung zur Psychiatrie-Enquête ihre Beerdigung sein wird.





Jörg Holke

Jörg Holke studierte Soziologie, Psychologie und Pädagogik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Nach zehnjähriger Tätigkeit als Rehabilitationsfachberater und Leiter einer Drogenhilfeeinrichtung, war er zwölf Jahre Geschäftsführer des Fachverbandes Aktion Psychisch Kranke (APK). Seit 2014 leitet Jörg Holke das Referat „Psychiatrie, Psychoonkologie“ im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW.



PLANUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER IN NRW

Abstract

Noch zwei Jahre vor der Psychiatrie-Enquête wurde der letzte Psychiatrieplan in NRW vorgelegt. Seitdem sind viele Meilensteine in der Umsetzung vollzogen worden, wie die Auflösung der großen Anstalten, die Ermächtigung von Institutsambulanzen, die Sozialpsychiatrischen Zentren oder die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes. Die Enquête hat den Fachdiskurs wie ein Licht am Horizont begleitet. Landes(psychiatrie)politik bewegt sich in wachsendem Ausmaß in dem Spannungsfeld zwischen dem Ideal der Umsetzung dieses Fachdiskurses, den strukturellen und ökonomischen Barrieren in der Umsetzung und Grenzen durch landespolitische Rahmenbedingungen.

Umso wichtiger ist es aktuell, eine Bilanz des Erreichten zu ziehen, aber auch eine Analyse des Nichterreichten nicht zu scheuen. Daraus folgernd muss transparente Planung Vorgaben für die Umsetzungspraxis vor Ort und Gestaltungsimpulse für die Weiterentwicklung geben. Diesen Planungsprozess hat das MGEPAim Frühjahr dieses Jahres begonnen und hat die Betroffenen und die wesentlichen Akteure der psychiatrischen Versorgung zur Beteiligung eingeladen.

In gemeinsamen Ausschüssen wird zurzeit in den wesentlichen Handlungsfeldern intensiv an der Bestandaufnahme gearbeitet. Zentrale Themenfelder sind die patientenorientierte, sektorübergreifende Behandlung und Rehabilitation, die soziale und berufliche Teilhabe, Pflege und Prävention, die regionale Steuerung, die Stärkung der Selbsthilfe und Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion.

2016 sollen dann die Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Psychiatrie in NRW formuliert werden und unter Beteiligung der Leistungsträger Aktionsprogramme und Handlungsfelder auf Landesebene abgesteckt werden.

Vortrag

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Planung und Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker in NRW

Jörg Holke

MGEPA NRW

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Gliederung

- Blick zurück – Meilensteine des Reformprozesses
- Blick nach vorn – Impulse aus dem aktuellen Fachdiskurs
- Planung und Umsetzung – Möglichkeiten und Grenzen

2

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Der Blick zurück – Meilensteine im Fachdiskurs

3

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Reformprozess – Meilensteine und Impulse

- *Psychiatrienquete (1970 - 1975) und Expertenkommission (1988)*
- *Psych PV (1999)*
 - Bett als Maßstab hatte ausgedient
 - Behandlungsintensität entscheidend für Finanzierung
- *Projekte Personalbemessung im komplementären Bereich (1999-2008)*
 - Konzept des Personenzentrierten Ansatzes statt Angebotsorientierung
 - Individuelle Bedarf, Teilhabeorientierung, Lebensweltbezug, Kontinuität
 - Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)
 - HPK und Gemeindepsychiatrischer Verbund
 - Bundes- und Landesimplementationsprojekte

4

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Reformprozess – gesetzliche Meilensteine und Impulse

SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe (2002)

- Integrierter Teilhabeplan
- Sicherstellungsauftrag Reha
- Selbstbestimmung: Persönliches Budget
- Strukturrahmen für mehr Personenzentrierung

Gesundheitsreformgesetze 2000 - 2011

- Ambulante Soziotherapie, Rechtsanspruch medizinische Reha, Integrierte Versorgungsverträge...

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (Psych-Entgeltgesetz; 2012)

- Einheitliche patientenbezogene Tagespauschalen,
- sektorübergreifende Ansätze, 64b Modellvorhaben

5

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Reformprozess – gesetzliche Meilensteine und Impulse

- *UN-Behindertenrechtskonvention 2009, Patientenrechtegesetz 2013*
- *Diskussion um Bundesteilhabegesetz und Pflegereform 2005- 2015 Stärkung*

6



Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Der Blick nach vorn – Impulse aus dem Fachdiskurs - ein Streifzug in Stichworten

7

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

Der Mensch im Mittelpunkt - Personenzentrierung und UN- BRK
 > **Inklusion, Teilhabe, Partizipation statt Exklusion**
 Stichworte:

- gesellschaftliche Grundhaltung: Verschiedenheit ist Bereicherung
- Stärkung der Selbstbestimmungsrecht > menschenrechtliche Perspektive
- Geschlechtergerechtigkeit
- Förderung von regionaler und überregionaler Selbsthilfe (Infrastruktur)
- Einbezug Betroffener in Angebotsentwicklung, Stärkung politischer Vertretung;
- Sicherstellung unabhängiger Beratung und Beschwerdestelle, Peer-to-Peer Beratung
- Dort leben und arbeiten, wo alle anderen leben und arbeiten - Chancengleichheit
- sozialraumbezogene, quartiersbezogene Unterstützung der Teilhabe; Inklusives Quartier (Paten, Anti-Stigma-Arbeit, bürgerschaftliches Engagement, etc. .)

8

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

> **Patientenzentrierte und sektorübergreifende Behandlung – Krankenhaus**
 Stichworte:

- Flexibilisierung der Behandlung bis ins häusliche Umfeld (64b Modelle, IV), Beziehungs- und Behandlungskontinuität
- Optimierung des Entlass- und Aufnahmemanagement
- Orientierung der Krankenhausfinanzierung an dem individuellen Behandlungsbedarf und der daraus folgenden Behandlungsintensität, Alternativen zu PEPP ; Prüfung von Budgetsteuerungskonzeptionen
- Krankenhausqualität: Richtlinien zur Behandlungsqualität und Empfehlungen zu Personalstandards sichern; gesetzliche Verankerung (§ 137/ 137a SGB V GBA IQTIP)
- Stärkung der Behandlungsvereinbarung, Minimierung und Überwindung von Zwang

9

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

> **Patientenzentrierte und sektorübergreifende Behandlung – ambulant (I)**
 Stichworte:

- Sicherstellung
- Sicherstellung ambulanter Hilfe bei psychischen Krisen (EH/SGB V/Kommune der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Niedergelassene (und vom Krankenhaus aus), Beteiligung Land an Bedarfsplanung???)
- der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Wartezeiten minimieren, Kontingente für Krisenpsychotherapie, Zugang für Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen)> GBA, Modell in NRW
- Soziotherapie, Heilmittel und Ambulanter Psychiatrischer Pflege (Richtlinien!!, Gesetzesnovellierung, Schiedstellenfähigkeit) , ambulante Komplexleistung
- Überführung der Integrierten Versorgung (auch Verträge) in die Regelversorgung möglich?
- Ausweitung von Beschwerdemanagement und unabhängigen Beschwerdestellen in Bezug auf ambulanten Sektor

10

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

> **Personenzentrierte, trägerübergreifende Rehabilitation und Hilfen zur Teilhabe**
 Stichworte:

- Medizinische Rehabilitation: Ausbau der Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen,
- Soziale Teilhabe: Bundesteilhabegesetz:
 - Integrierte Hilfeplanung und HPK (mit LE?)
 - Entkopplung der Fachleistung von existenzsichernden Leistungen
- Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke sichern:
 - Angebote für psychisch Kranke im SGB II; Alternativen zur Werkstatt, Stärkung der IFDs; Individuelle Beratung so früh wie möglich
 - Personenzentrierte und bedarfsgerechtere Ausbildung/Qualifizierung (Reha Future) in allen Stufen der Belastbarkeit
- Unabhängige Beschwerdemöglichkeiten/ Besuchskommissionen
- Qualitätssicherung wie im SGB V aufbauen

11

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

> **Organisation und Struktur der Hilfen - Bedarfsermittlung, Planung und regionale Steuerung psychiatrischer Hilfen**
 Stichworte:

- Beteiligung der Betroffenen wenn gewünscht, Aushandlung, Augenhöhe, Einführung des ICF-Konzepts in angepasster Form durch schrittweise Fortbildung der beteiligten Leistungsanbieter und Leistungsträger;
- Festlegung bzw. Empfehlung für Standards für integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sektorübergreifend
- Fachliche Weiterentwicklung der Hilfeplankonferenzen anstatt Wegfall
- Sicherstellung der koordinierenden Bezugsperson (Soziotherapie, IV-Verträge, 64b Modellvorhaben, Fachleistung EH)
- Leistungserbringerverbund (GPV), Steuerungsverbund der LT

12

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Impulse und Handlungsfelder aus dem Fachdiskurs

➤ *Besondere Zielgruppen im Fokus Stichworte*

- **Kinder- und Jugendliche, junge Erwachsene:**
 - Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und der Schulen stärker kombinieren und vernetzen (LI Starke Seelen)
 - Transition, Adoleszentenpsychiatrie,
- **Ältere psychisch Kranke**
 - Hilfen überall dort, wo sie benötigt wird, vorrangig in eigener Häuslichkeit
 - individuelle Gesamthilfeprogramme : ärztliche gerontopsychiatrische/geriatrische Leistung, mediz. Reha, Ambulante Psychiatrische Pflege, Heilmittel, teilhabeorientierte Pflege, Eingliederungshilfen
- **MigrantInnen/Flüchtlinge**
 - Sprachmittlung, Kultursensibilität in den Angeboten, Anpassung der Regelversor-
 - gung, Kompetenzzentren, PSZ
- **Wohnungslose, Forensik, Menschen mit weiteren Beeinträchtigungen**

13

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Grenzen und Möglichkeiten in der Planung und Umsetzung

14

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Barrieren in der Umsetzung

- Freie Marktendenzen des Gesundheitswesens (Gefahr Preis vor Qualität)
- den Konkurrenzstrukturen bei den Leistungsanbietern (Konkurrenz statt Kooperation), in den Leistungssegmenten aber auch über die Sektoren hinweg
- den Auswirkungen des gegliederten Systems (allein sechs relevante Sozialgesetzbücher mit unterschiedlichen Ressortzuständigkeiten auf Landes- und Bundesebene und unterschiedlicher Leistungsträgerschaft)
- und zum Teil konjunkturell bedingte Sparzwänge (Angespannte Konnaletats, aktuell Schuldenbremse, Deckelung Rehabudget)

>>>>> Spannungsfeld zwischen Fachdiskurs und Umsetzung

15

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Überwindung von Barrieren

- *Im Sinne der Betroffenen ist es unser aller Aufgabe, dass was wir wissen, was gut und fachlich sinnvoll ist, auch umzusetzen*
- *Kooperation und Verantwortung auf Kommunal- und Landesebene durch gemeinsame Planung , Steuerung und Umsetzung – sozialrechtlicher Auftrag*
- *Sicherstellung der Hilfen durch Leistungserbringern und Leistungsträgern – sozialrechtlicher Auftrag und Aufsichtsaufgabe*
- *Vorgaben SGB-Reformen nutzen (mehr Chancen als Grenzen)*
- *Gemeinsame Definition/Bestandsaufnahme der Handlungsfelder/Datentransparenz*
- *Mut zur Stärke- und Schwächenanalyse , Veränderung und Innovation*
- *Landespsychiatrieplanung!!*

16

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Sozialrecht – Landespsychiatrieplanung

Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen - ÖGDG NRW

§ 25 Landesgesundheitsberichterstattung

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt regelmäßig Gesundheitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vor (Landesgesundheitsberichterstattung).

(2) Die Landesgesundheitsberichte werden dem Landtag zugeleitet.

17

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Sozialrecht – Beteiligung der Leistungsträger

SGB X § 95 Zusammenarbeit bei Planung und Forschung

(1) Die in § 86 genannten Stellen (*Leistungsträger und deren Verbände...*) sollen

1. Planungen, die auch für die Willensbildung und Durchführung von Aufgaben der anderen von Bedeutung sind, im Benehmen miteinander abstimmen sowie
2. gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne in ihrem Aufgabenbereich über soziale Dienste und Einrichtungen, insbesondere deren Bereitstellung und Inanspruchnahme, anstreben.

Die jeweiligen Gebietskörperschaften sowie die gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sollen insbesondere hinsichtlich der Bedarfsermittlung beteiligt werden.

18



Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Sozialrecht – Planung und Sicherstellung der Hilfen – SGB I und IX

SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen
Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass ...

2. *die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. ...*

SGB IX § 19 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen
 (1) *Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen*

19

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Zielvorstellungen Landespsychiatrieplanung

- A** *Durch Psychiatrieberaterstattung die planerische Grundlage schaffen*
- B** *Durch die Bewertung der Stärken und Schwächen, sowie der Chancen und Risiken eine umfassende Bestandaufnahme gewährleisten.*
- C** *Formulierung von Entwicklungszielen und konkreten Empfehlungen*
- D** *Unter Beteiligung der Leistungsträger und deren Selbstverpflichtung Entwicklungsprojekte auf Landesebene skizzieren*

20

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Arbeitsstruktur
Erarbeitung des Landespsychiatrieplans

- *In Zusammenarbeit mit den weiteren zuständigen Ressorts der Landesregierung, Steuerung durch das MGEPA*
- *unter Beteiligung*
 - *der Betroffenenverbände, der Leistungsträger, der Leistungserbringer (verbände), der Fach- und Wohlfahrtsverbände, der Fachgesellschaften*
 - *Lenkungsausschuss, 6 Unterausschüsse, Arbeitsgruppen*
- *Im Konsensverfahren, aber auch mit der Auseinandersetzung um Kontroversen und Dokumentation von Dissens.*
- *Zeitplan: Beginn im Mai 2015, Fertigstellung für Ende 2016 geplant*

21

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



***UN-Konvention spricht von angemessenen Vorkehrungen,
das ist nicht nur Auftrag, das ist Verpflichtung
die Psychiatriereform muss weitergehen***

22

Ministerium für Gesundheit,
Energiepolitik, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

23

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich Heine Universität, studierte Humanmedizin an der Freien Universität Berlin. Nach Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie wurde er 1992 auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf verbunden mit obigen Funktionen berufen.

In den vergangenen 23 Jahren war er u.a. zweimal Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP). Er ist Vorsitzender des bundesweiten Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit. Seit 2014 ist er Direktor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF) sowie des WHO Collaborating Center on Qualitymanagement and Empowerment in Mental Health. Seit 2015 ist er Präsident der European Psychiatric Association (EPA). Seine aktuellen wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der klinischen Schizophrenieforschung, Qualitätssicherung, Anti-stigma- und Versorgungsforschung.





STIGMATISIERUNG IM WANDEL DER ZEITEN – ENTWICKLUNGEN SEIT DER PSYCHIATRIE-ENQUÊTE – WAS HAT SICH VERÄNDERT?

Abstract

Mit der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages ab 1971 ist das Thema der Versorgung psychischer Erkrankungen erstmals einer breiteren allgemeinen Öffentlichkeit bewusst gemacht worden. In diesem Vortrag sollen die Entwicklungen der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in Deutschland seit den 1970er Jahren nachvollzogen werden. Neben der Umgestaltung der Versorgungslandschaft hin zu einer gemeindenahen Struktur sowie der Gleichbehandlung somatisch und psychisch Kranker lassen sich auch andere Faktoren identifizieren, die die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung im Laufe der Zeit mitgeprägt haben. Hierzu gehören die Weiterentwicklung von Konzepten der Psychopathologie und Ätiopathogenese sowie von psychosozialen, medikamentösen und anderen Therapieformen.

Demgegenüber stehen singuläre Ereignisse wie Gewalttaten durch psychisch Kranke aber auch Suizide Prominenter, die die öffentliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beeinflusst haben. Spätestens seit den 2000´er Jahren werden zunehmend gesellschaftliche Anstrengungen unternommen, das Stigma psychischer Erkrankungen zu bekämpfen und ein offenes, inklusives gesellschaftliches Klima zu erreichen. Diese Aktivitäten reichen von lokalen Selbsthilfegruppen bis hin zu international agierenden Programmen und Kampagnen. Im Vortrag wird daher neben der historischen Perspektive auch über den aktuellen Stand hinsichtlich der Ansätze und Erfolge von Antistigma-Aktivitäten in Deutschland berichtet.



Vortrag

Wolfgang Gaebel

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?



Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?

- Versorgungssituation vor und nach der Enquête
- Weitere Beispiele struktureller Diskriminierung
- Tendenzen der Stigmatisierung psychisch Kranker
- Zusammenfassung

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?

- Versorgungssituation vor und nach der Enquête
- Weitere Beispiele struktureller Diskriminierung
- Tendenzen der Stigmatisierung psychisch Kranker
- Zusammenfassung

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Vor der Enquête: Die Arbeit von E. Goffman (1961)



„Eine **totale Institution** lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal-reglementiertes Leben führen. [...]

In diesem Buch werden totale Institutionen im Allgemeinen behandelt sowie ein besonderes Beispiel: die psychiatrischen Kliniken.“

Goffman E: Asyle. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1972, S.11

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Vor der Enquête: ein Beispiel aus den 60er Jahren ...



Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Antragsbegründung zur Erstellung einer Enquête Entstigmatisierung an erster Stelle

Ergebnis der öffentlichen Anhörungen von Sachverständigen des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit in Bonn, Oktober 1970 und im LKH Emmendingen, April 1971. Die hier zitierten Schwerpunkte dienten als Grundlage für die Arbeit der im Anschluss einberufenen Enquête über die Lage in der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland:

1. Abbau der Vorurteile gegen den psychisch Kranken in unserer Gesellschaft
2. Ausbau einer modernen und sinnvollen Arbeits- und Beschäftigungstherapie in den stationären Einrichtungen
3. Schaffung von beschützenden Werkstätten mit dem Ziel einer vollen beruflichen Eingliederung
4. Errichtung von Tages- und Nachtkliniken, Übergangsheimen, Ambulanzen, Beratungsstellen sowie sozialpsychiatrischer Dienste
5. Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Verbesserung der vorhandenen Einrichtungen
6. Verbesserung der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung aller psychiatrisch Tätigen mit der Heranbildung zur Teamarbeit, Koordination und Kooperation
7. Ausschöpfung aller therapeutischen Kapazitäten zur Verbesserung der Gesamtsituation in der Psychiatrie“



Deutscher Bundestag 6. Wahlperiode (1971): Drucksache VI/474.

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?



Aus dem Enquête-Bericht: Lage der Psychiatrie

Versorgung psychisch Kranker in den 1960er und 1970er Jahren:

- zu große Einzugsgebiete
- veraltete Bausubstanz
- zu hohe Bettenzahl
- ungünstige geografische Lage
- Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung
- Mangel an qualifiziertem Personal

„Zusammen mit dem vielerorts herrschenden Personal-mangel führte diese Entwicklung fast in allen psychiatrischen Krankenhäusern zu **elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen**, denen vor allem die chronisch Kranken ausgesetzt waren.“

Deutscher Bundestag Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, 1975; S. 8-15
 Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Entwicklungen in Gefolge der Psychiatrie-Enquête: Beispiele

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Bedarfsorientiertes Gesundheitsversorgungsmodell für psychisch Kranke 2015

Gaebel et al., Die Psychiatrie 2015; 12 (2): 118-127.
 Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?

- Versorgungssituation vor und nach der Enquête
- Weitere Beispiele struktureller Diskriminierung
- Tendenzen der Stigmatisierung psychisch Kranker
- Zusammenfassung

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Formen der Diskriminierung und Stigmatisierung

Durch die von der Enquête initiierten Verbesserungen in der Versorgung psychisch Kranker hat sich deren **strukturelle/institutionelle** Diskriminierung erheblich verringert.

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Circulus Vitiosus von Stigma und Diskriminierung

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Gesetzliche Unterbringung von psychisch Erkrankten in Deutschland

- Die Anzahl der nach Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) und die Anzahl der gemäß Maßregelvollzugsgesetz untergebrachten Patienten und Patientinnen stieg in den letzten 20 Jahren stetig an.
- Bezogen auf die Gesamtfallzahl stationärer Behandlungen ist die Zahl der untergebrachten Patientinnen und Patienten in Deutschland nach § 1906 überproportional angestiegen, die der PsychKG-Unterbringungen unterproportional:



Zielasek J und Gaebel W, Br J Psychiatr Intl 2015; 12: 14-16

- Im europäischen Vergleich liegt Deutschland bei der Zahl der Zwangsunterbringungen im oberen Drittel (ca. 175 pro 100.000 Einw.)

Dreßing H et al., Gesundheitswesen 2004; 66: 240-245

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

UN-Behindertenrechtskonvention: Aus dem Bericht des deutschen UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015)

Ziffer 33
Der Ausschuss (Deutsches Institut für Menschenrechte) ist tief besorgt darüber, dass der Vertragsstaat die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitsbeschränkungen, die Absonderung und andere schädliche Praktiken nicht als Folterhandlungen anerkennt. Er ist fernerhin besorgt über die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitsbeschränkungen, insbesondere bei Personen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und älteren Menschen in Pflegeheimen.

Ziffer 34
Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat,
a) eine Überprüfung mit dem Ziel der offiziellen Abschaffung aller Praktiken vorzunehmen, die als Folterhandlungen angesehen werden;
b) die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitsbeschränkungen in der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbieten;
c) Schadenersatzleistungen für die Opfer dieser Praktiken zu erwägen.

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/UN-Dokumente/CRPD_Abschliessende_Bemerkungen_ueber_den_ersten_Staatenbericht_Deutschlands_ENTWURF.pdf

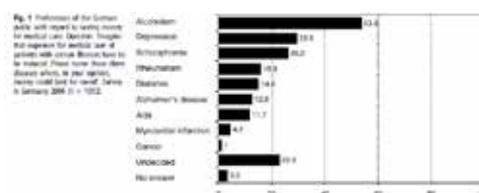
Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Diskriminierung in der Ressourcenallokation?

- Bevölkerungseinstellung:** bevorzugte Kürzung von Geldern für die Versorgung psychischer Kranker gegenüber somatischen Kranken
Schomerus G et al., Soc Psychiatry Epidemiol 2006; 41:369-377.
- Deutschland steht mit anteiligen ca. 11 % (2012) des Bruttoinlandsprodukts Ausgaben für **Gesundheitsleistungen** im Vergleich von 16 europäischen Ländern an zweiter Stelle
[OECD iLibrary 30 June 2014 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-tablet](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-tablet)
- Der Anteil der **Ausgaben für psychische Erkrankungen** an den Ausgaben für Gesundheitsleistungen insgesamt ist mit ca. 10 % im Vergleich von 34 europäischen Ländern ebenfalls überdurchschnittlich.
WHO. Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2008.
- Der prozentuale Anteil für die **Forschung** über psychische Erkrankungen an den gesamten gesundheitsbezogenen Forschungsgeldern liegt mit ca. 9 % im Vergleich mit 11 europäischen Ländern und Regionen im Mittelfeld.
WHO. Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2008.

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Einstellungen der Öffentlichkeit zu Ausgabenkürzungen im Gesundheitssystem: Diskriminierung im Fall von psychischen Erkrankungen



Condition	Percentage
Accident	13.6
Depression	83.6
Stroke	82.7
Fractures	61.9
Diabetes	54.9
Spinales disease	52.8
AIDS	41.7
Myocardial infarction	41.7
Cancer	11.9
Unlabeled	11.9
Heroin use	11.9

Patienten mit psychischen Erkrankungen sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, strukturell im Gesundheitssystem benachteiligt zu werden

Schomerus G et al., Soc Psychiatry Epidemiol 2006; 41:369-377.

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Somatische Komorbidität und Exzessmortalität

- Menschen mit schweren psychischen Störungen haben eine um durchschnittlich 15-20 Jahre verkürzte Lebenserwartung
- Körperliche Erkrankungen spielen neben Suiziden die Hauptrolle
- Menschen mit schweren psychischen Störungen nehmen weniger Versorgungsleistungen als Menschen ohne psychische Störungen bei Vorliegen körperlicher Erkrankungen in Anspruch
- In internationalen Studien ist die Rate erforderlicher diagnostischer Eingriffe bei schwer psychisch Erkrankten mit somatischer Komorbidität deutlich niedriger als körperlich Erkrankten ohne psychische Komorbidität
 - „Diagnostic overshadowing“ (Thornicroft, 2011)
 - Intendiert oder unintendiert (Corrigan et al., 2004)

→ **Bessere Integration somatischer und psychiatrischer Versorgung erforderlich**

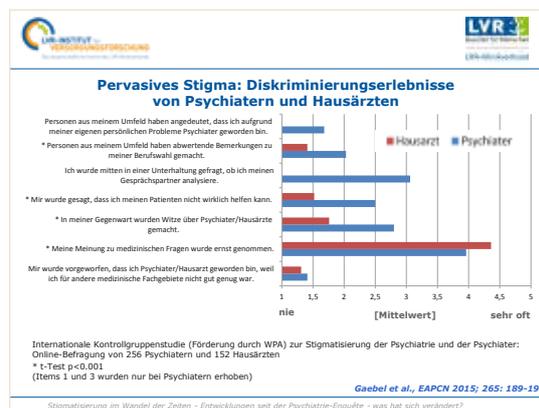
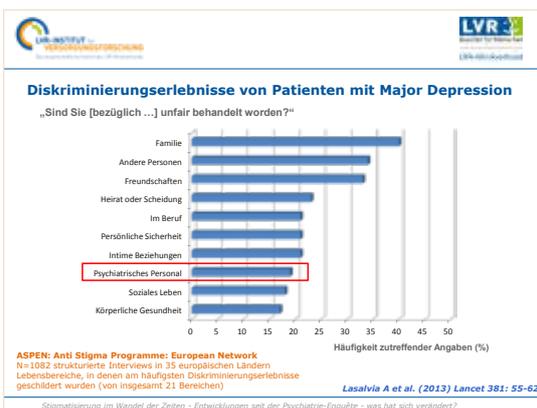
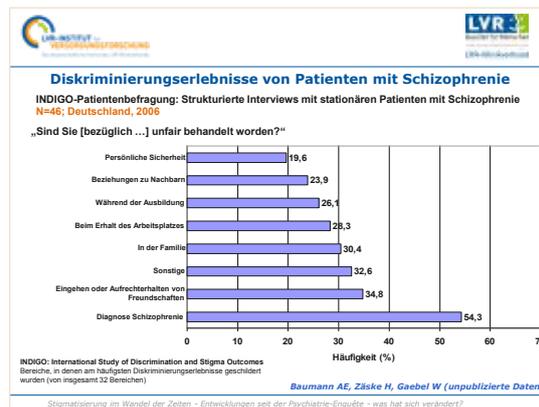
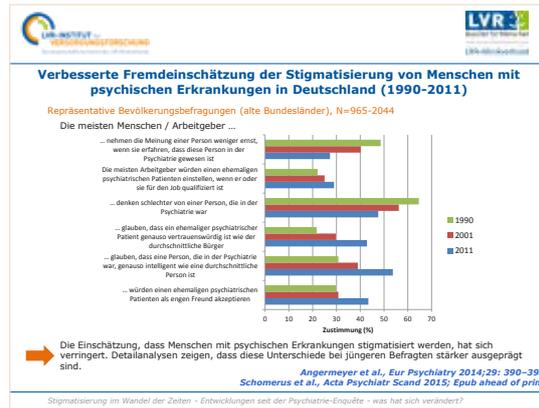
<https://www.rethink.org/media/810588/Rethink%20Mental%20Illness%20-%20Lethal%20Discrimination.pdf>

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?

- Versorgungssituation vor und nach der Enquête
- Weitere Beispiele struktureller Diskriminierung
- Tendenzen der Stigmatisierung psychisch Kranker
- Zusammenfassung

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?



Interventionen gegen Stigma und Diskriminierung

Seit den 1990er Jahren wurde sowohl international als auch in Deutschland eine Vielfalt an Programmen, Aktionen und Kampagnen initiiert. In Deutschland sind die meisten aktuellen Aktivitäten im **Aktionsbündnis Seelische Gesundheit** gebündelt, einem bundesweiten Netzwerk zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Förderung der seelischen Gesundheit.

Strategien von Antistigma-Interventionen:

- Kontakt und Interaktion mit psychisch Kranken
- Aufklärung und Information über psychische Erkrankungen
- Protest gegen stattfindende Diskriminierungen

Nachweisbare Effekte von Antistigma-Interventionen:

- Positive Effekte auf Zielgruppen
- Geringere positive Effekte auf Bevölkerungsebene



in Druck 2015/6

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
www.SeelischeGesundheit.net

Corker et al. Br J Psychiatry 2013; Suppl 55: s58-63
Gebel et al. Schizophren Res 2009; 99: 184-193
Griffiths et al. World Psychiatry 2014; 13: 161-175
Henderson et al. Lancet 2009; 373: 1928-1930
http://www.openthedoors.com/english/media/Training_8.15.05.pdf

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten – Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête: was hat sich verändert?

- Versorgungssituation vor und nach der Enquête
- Weitere Beispiele struktureller Diskriminierung
- Tendenzen der Stigmatisierung psychisch Kranker
- **Zusammenfassung**

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Zusammenfassung

- Strukturen und Prozesse der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sich seit der Psychiatrie-Enquête erheblich verbessert.
- Psychisch Erkrankte sind weiterhin strukturell diskriminiert, z.B. im Bereich der Versorgung somatischer Komorbidität.
- Trotz besserer Informiertheit der Öffentlichkeit haben sich Stigmatisierungstendenzen psychischer Erkrankungen im Verlauf der letzten 20 Jahre teilweise eher verstärkt.
- Nach wie vor besteht Handlungsbedarf zur Gleichstellung psychisch Erkrankter.
- Weiterentwicklung von Diagnostik, Therapie und Versorgung sowie eine proaktivere Haltung der Profession sind Voraussetzung einer Normalisierung der „Lage der Psychiatrie“ und Destigmatisierung der Menschen in ihrem Gravitationsfeld.

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête - was hat sich verändert?



Prof. Dr. Andreas Reif

Prof. Dr. Andreas Reif studierte Humanmedizin an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und promovierte dort am Institut für Pharmakologie. An der dortigen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie begann er seine Facharztausbildung zum Psychiater. Nach der Habilitation im Jahr 2009 und der Ernennung zum Oberarzt leitete er eine eigene Arbeitsgruppe zu Psychiatrischer Neurobiologie und baute stufenweise einen klinischen Schwerpunkt zu bipolaren Störungen auf. Kurz darauf erfolgte die Ernennung zum W2-Professor für Psychiatrie, als auch zum Laborleiter und Stellvertretenden Klinikdirektor. Seit August 2014 ist Prof. Reif Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt am Main.





PSYCHISCH KRANKE UND DIE MEDIEN – DIE SICHT DES PSYCHIATERS

Abstract

Medien und psychische Krankheit ist ein vielschichtiges Feld; zum Beispiel kann die intensive Nutzung gerade moderner digitaler Medien psychischen Erkrankungen Vorschub leisten oder gar selbst zur Erkrankung werden. Darum soll es aber hier nicht gehen, sondern vielmehr um die Darstellung psychischer Krankheit und der daran leidenden Patienten in den Medien und somit das Verhältnis der Massenmedien zu psychisch Kranken. Dieses Verhältnis ist sehr zwiespältig und leider nur selten der Realität entsprechend: auf der einen Seite, vor allem im Fiktionalen, die glorifizierende Darstellung psychischer Krankheit („Genie und Wahnsinn“), auf der anderen Seite und viel bedauerlicher die häufig extrem stigmatisierende Darstellung psychischer Krankheiten. Oft werden diese sehr plakativ, verallgemeinernd und sensationsheischend dargestellt; selten dagegen findet sich sachlich fundierte, dem aktuellen Wissensstand entsprechende Berichterstattung.

Dennoch verbesserte sich dies in den letzten Jahren, vor allem bei Diagnosen wie der Depression. Exemplarisch ist das zu sehen u.a. an der Berichterstattung über Stimmungserkrankungen nach dem Suizid Robert Enkes als eine der Landmarken in der Berichterstattung über Depressionen in der jüngeren Zeit. Die andere Landmarke, leider in negativer Hinsicht, ist die Darstellung des Germanwings-Absturzes in diesem Jahr, die viele Antistigma-Anstrengungen der letzten Jahre zunichte machte.

In diesem Kontext ist natürlich auch noch der Werther-Effekt zu nennen, der in der Berichterstattung eine besondere Sensibilität erfordert. Journalismus hat in diesem Bereich eine recht direkte Auswirkung auf das gesundheitliche Leben, sogar das Überleben der Patienten; Medienvertreter sollten sich dieser Verantwortung bewusst sein und entsprechend agieren. Da das Interesse an psychischen Erkrankungen seitens der Medien mittlerweile recht groß ist – und mittlerweile auch mehrere Qualitätsmedien sehr gut berichtet haben – besteht die große Chance, hier das Bild psychischer Krankheit in positiver Weise zu verändern und Stigma abzubauen. Diese Chance sollten im psychiatrischen Gesundheitswesen Tätige ergreifen und offen auf die Medien zugehen; das Vermitteln sachlicher Information und die de-stigmatisierende Darstellung psychiatrischer Erkrankungen in den Medien birgt ein erhebliches präventives Potential, das man nicht brach liegen lassen sollte.

Vortrag

In der hier vorgenommenen Betrachtung geht es um die Darstellung psychischer Krankheiten in den Medien und um die daran leidenden Patientinnen und Patienten; d.h. um das Verhältnis der Massenmedien zu psychisch kranken Menschen. Dieses Verhältnis ist sehr zwiespältig und entspricht leider nur selten der Realität: auf der einen Seite, vor allem im Fiktionalen, die glorifizierende Darstellung psychischer Krankheit („Genie und Wahnsinn“), auf der anderen Seite – und viel bedauerlicher – die häufig extrem stigmatisierende Darstellung psychischer Krankheiten. Oft werden diese sehr plakativ, verallgemeinernd und sensationsheischend in Szene gesetzt. So stellt sich z.B. die Frage, warum bei Reportagen zu psychischen Erkrankungen auf dem Cover häufig Fotos nackter Frauen, schreckenserregende Bilder oder sehr plakative Schriftzüge verwendet werden? Leider findet sich eher selten eine sachlich fundierte, dem aktuellen Wissensstand entsprechende Berichterstattung mit auch angemessenem Layout.

Fiktionales: Belletristik, Spielfilm, Serie

Negativbeispiele fallen durch eine übertriebene und plakative Darstellung psychisch erkrankter Menschen auf. Psychisch kranke Menschen werden häufig als gefährlich, schreckenserregend und außerdem noch körperlich auffällig dargestellt. Ein bekanntes Beispiel dafür ist der Film „*Einer flog übers Kuckucksnest*“.

Positivbeispiele für die Darstellung psychischer Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass Symptome realistisch dargestellt, Angaben zu den Ursachen gemacht, Aussagen zu Therapieform und –verlauf getroffen und auch Psychiaterinnen und Psychiater realistisch dargestellt werden.

Als Beispielfilme seien genannt:

- ▶ Was bleibt
- ▶ Helen
- ▶ Aviator
- ▶ Das weiße Rauschen





Fachliches: Sachbuch, Reportage, Dokumentation

In Reportagen wird immer wieder eine tendenziöse, drastische Sprache („geisteskrank“, „irre“) verwendet. Verallgemeinerungen, Zuweisen niedrigerer Motive, selektive Quellen, Pseudo-Expertinnen und -experten und keine faktenbasierte Darstellung führen zu einer verzerrten Darstellung. Hier einige Beispiele dafür:

- ▶ Das DSM-5 wird als Ursache einer weltweiten Psychiatrisierung von außergewöhnlichen Verhaltensweisen dargestellt. Dabei wird Psychiaterinnen und Psychiatern sowie pharmazeutischen Firmen unterstellt, mehr Kranke zu produzieren, um mehr Geld zu verdienen (z.B. in Bezug auf ADHS). DSM Autoren werden Motive von Selbstbereicherung zugewiesen. DSM bedeutet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, englisch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“ und ist ein Klassifikationssystem in der Psychiatrie. Es wird seit 1952 von der American Psychiatric Association APA, deutsch: Amerikanische psychiatrische Gesellschaft, in den USA herausgegeben.
- ▶ Der APA wird außerdem unterstellt, dass sie auf „Zuruf“ von Psychologinnen und Psychologen und Psychiaterinnen und Psychiatern Krankheitsvorschläge mit Aufnahme bediene und somit die Anzahl psychisch erkrankter Menschen in die Höhe treibe.

Erfreulicherweise zeigte sich in den letzten Jahren aber auch eine Verbesserung der Berichterstattung, vor allem bei Diagnosen wie der Depression. Exemplarisch wurde das sehr deutlich an Teilen der medialen Aufbereitung von Stimmungserkrankungen nach dem Suizid Robert Enkes als eine der Landmarken in der Berichterstattung über Depressionen in der jüngeren Zeit.

Die andere Landmarke, leider wieder in negativer Hinsicht, ist die Darstellung des Germanwings-Absturzes im Jahr 2015, die insbesondere Depressionen erheblich stigmatisierte und zeigte, wie schnell negative Vorurteile und Pauschalierungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen wieder im Fokus stehen können. Dies kann direkte Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Wenn Vorbehalte der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich werden, trauen sich Betroffene weniger zur Ärztin oder dem Arzt zu gehen, aus Angst vor Diskriminierung und Benachteiligung. Dies hat Auswirkungen gerade in Bezug auf Früherkennung, Verschlechterung und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen und somit auch wieder auf die gesamte Gesellschaft. Oft sind Unwissen und Unsicherheit über das Thema Grund für diese voreilige Reaktion.



Verantwortung der Medien versus Auflage

In diesem Kontext ist natürlich auch noch der Werther-Effekt zu nennen, der in der Berichterstattung eine besondere Sensibilität erfordert. Journalismus hat danach in diesem Bereich eine direkte Auswirkung auf das gesundheitliche Leben, sogar das Überleben von Patientinnen und Patienten.

Als Positivbeispiel für mediale Verantwortungsübernahme kann hier genannt werden, dass eine bekannte Zeitung eine interne Richtlinie erlassen hat, die eine Berichterstattung über Suizide nur dann zulässt, wenn diese durch die Umstände hohe Aufmerksamkeit nach sich zieht. Der Grund dafür ist die hohe Nachahmungsquote nach Berichterstattungen über Suizide.

Medienvertreter sollten sich bei ihrer Arbeit immer auch ihrer Verantwortung bewusst sein und entsprechend agieren. Da das Interesse an psychischen Erkrankungen seitens der Medien mittlerweile recht groß ist – und auch mehrere Qualitätsmedien sehr gut berichtet haben – besteht die große Chance, hier das Bild psychischer Krankheit in positiver Weise zu verändern und Stigmata abzubauen. Diese Chance sollten im psychiatrischen Gesundheitswesen Tätige ergreifen und offen auf die Medien zugehen.



Fazit

Abschließend noch einige Empfehlungen in Bezug auf eine de-stigmatisierende Berichterstattung:

- ▶ verwenden korrekter Termini
- ▶ nüchterne, ausgewogene Darstellung
- ▶ Kontextualisierung, korrekte statistische Interpretation
- ▶ Hilfsangebote aufzeigen
- ▶ Psychiatrie als medizinische Teildisziplin begreifen
- ▶ psychiatrische Erkrankungen sind Erkrankungen wie alle anderen auch
- ▶ psychische Erkrankungen betreffen uns alle!
- ▶ Psychiatrie ist mehr als Schizophrenie, Sucht und Suizid
- ▶ Faktenwissen zu Suizid darstellen
- ▶ Warnsignale und Risikofaktoren benennen
- ▶ Hilfsmöglichkeiten darstellen (regional, national)
- ▶ einfühlsames Eingehen auf die Angehörigen und ihre Trauer

Das Vermitteln sachlicher Information und die de-stigmatisierende Darstellung psychiatrischer Erkrankungen in den Medien birgt ein erhebliches präventives Potential, das man nicht brachliegen lassen sollte.

Interessanter Link

<http://www.time-to-change.org.uk/>





Petra Tabeling

Petra Tabeling, arbeitet als freie Journalistin, Dozentin, Autorin und Moderatorin. Nach einem Volontariat wurde sie Redakteurin bei der Deutschen Welle. 2006/2007 baute sie das deutsche Büro des Dart Centers auf. Seither trainiert sie Studenten und Volontäre, forciert Kooperationen und Ressourcen für einen sensibleren Umgang in den Medien, ist Jurymitglied des Journalistenpreises des Weissen Rings und Beiratsmitglied des Forschungsverbundes Target (Tat- und Fallanalysen hochexpressiver zielgerichteter Gewalt) der FU Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Sie absolvierte eine Zertifizierung in „Psychotraumatologie in Beratung und Pädagogik“ (nach den Standards der DeGPT).



PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND DIE MEDIEN – AUS DER SICHT EINER JOURNALISTIN

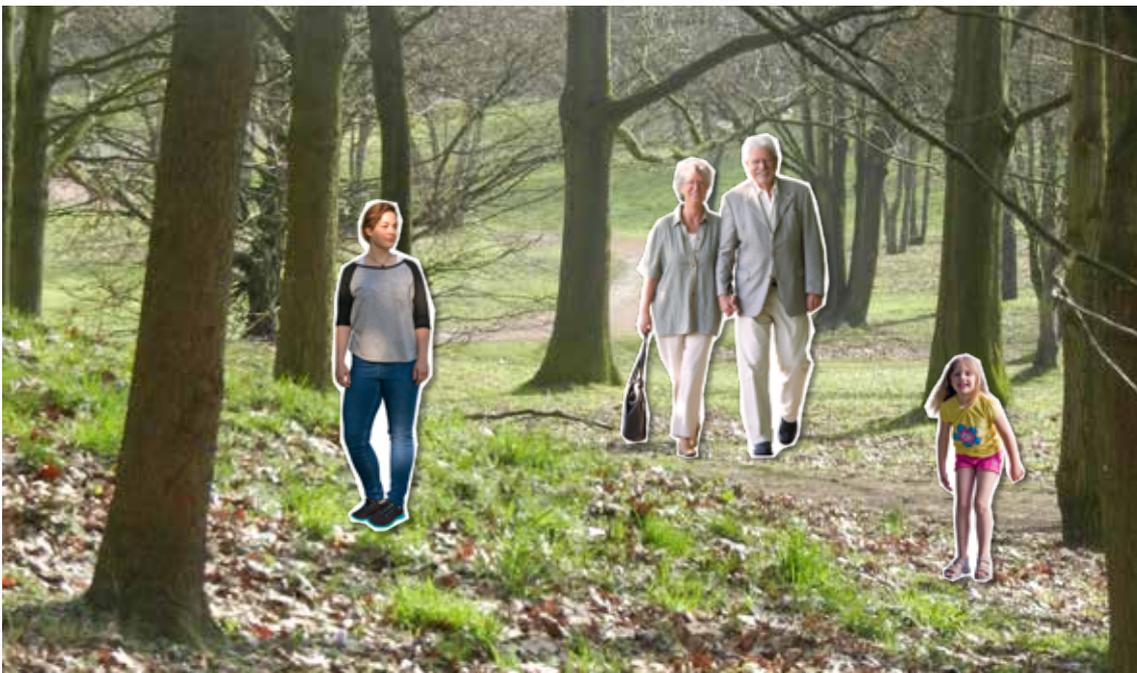
Abstract

Reporterinnen und Teams gehen in Situationen, aus denen andere sich zurückziehen und haben doch die gleichen inneren Widerstände, Scham und Scheu. Eine unangemessene Frage, der falsche Zungenschlag, eiliges Drängen statt eines Gespürs für die Situation können aber die Berichterstattung verschlechtern, zu Stigmatisierungen führen und den Betroffenen schaden.

Interviews ohne neue Belastungen oder gar Retraumatisierung für den Gesprächspartner oder sein Umfeld zu führen – das lernt aber kein Journalist in seiner Ausbildung oder im redaktionellen Alltag. Und auch nicht, welche Folgen eine Täterberichterstattung nicht nur für die Betroffenen haben kann, sondern auch für diejenigen, die darüber forschen wie beispielsweise bei dem Amoklauf in Winnenden. Nicht zuletzt das Germanwingsunglück im März 2015 und die Berichterstattung mit der Konzentration auf die psychische Erkrankung des Täters hat aufgezeigt, in welchem Problemfeld sich Medien zwischen Informationspflicht, Sensationsdarstellung und angemessener Zurückhaltung bewegen.

Doch wo können wir ansetzen für eine nachhaltige(re) Rolle der Medien, Aufklärung über psychische Erkrankungen leisten, welche Lösungsansätze bieten sich? Erfahrungen und Impulse aus acht Jahren Arbeit mit dem Dart Center für Trauma und Journalismus, das an der Columbia University in New York angegliedert ist, können hilfreich sein für konkrete Schritte und Perspektiven.

Das Wissen um psychische Erkrankungen aber ist elementar und zugleich besteht die Gefahr einer eigenen sekundären Belastung.





Vortrag

Während es für Berufsgruppen wie Rettungs-, oder Polizeikräfte entsprechende Vorsorge oder Nachbereitungsmaßnahmen für emotional belastende Ereignisse gibt, so war der Berufsstand des Journalisten bislang weitgehend davon ausgeschlossen. Zwar gibt es vereinzelt Trainings für Journalisten und Medienarbeiter, um sich für den Kriseneinsatz zu wappnen, die in Deutschland in Kooperation mit Verbänden durch die Bundeswehr in Hammelburg angeboten werden, doch zum einen ist die psychische Vorbereitung nur wenigen Mitarbeitern vorbehalten, zum anderen bergen sie die Gefahr möglicher Retraumatisierung in simulierten Situationen, wie z.B. beim Üben einer Entführung.

Um sich aber auf Wunden der Seele vorzubereiten, gibt es keinen systematischen „Schutz“. Zeuge zu werden von Gewalt und Elend, hinterlässt Spuren, und manchmal rauben diese Erlebnisse selbst Journalisten die Sprache. „Auf Fragen nach der Zeit in Albanien und im Kosovo weiß ich nichts zu antworten – als ob ich nicht da gewesen oder nicht angekommen wäre. Die Erfahrungen sind präsent, die Bilder, die Gerüche, der Lärm – alles ist deutlich und lässt sich doch nicht in eine zutreffende und verständliche Erzählung des Grauens verwandeln“, so beginnt Carolin Emcke ihr Buch „Von den Kriegen“. Es ist ein Zeugnis ihrer langjährigen Zeit als Auslandsreporterin für den Spiegel.

Nicht nur Redaktionsmitarbeiter, sondern auch deren Führungskräfte, sprich Chefredakteure, verkennen die emotionalen Belastungen in unserer Medienbranche, die nachwirken können: ungewollte Erinnerungen, Alpträume, Flashbacks, Alkoholsucht, Depressionen. Medienarbeiter aber müssen damit umgehen – bei jeder Tragödie, bei jedem Ereignis aufs Neue: Ob in Syrien, Irak oder Afghanistan oder bei anderen Krisenherden der Welt. Der damalige Russland-Korrespondent des Schweizer Fernsehens, Gregor Sonderegger, berichtete 2004 live aus Beslan, wo Terroristen eine Schule besetzten und Geiseln nahmen. Bei der Tragödie starben über 330 der gefangen genommenen Menschen, darunter viele Kinder. „Ich habe nie zuvor gesehen,



wie Kinder sterben.“ Und: „Hätte ich Kinder gehabt, hätte ich nicht über Beslan berichten können“, so der heutige Familienvater über die Situation vor Ort.

Stolpern durch moralische Minenfelder

Was es bedeutet Zeuge zu werden von den Geschehnissen der Welt, weiß auch Carsten Stormer, freier Journalist mit Sitz in Manila, der seit Jahren aus verschiedenen Kriegs- und Krisenherden für diverse deutsche und internationale Medien berichtet, zuletzt immer wieder aus Syrien. „Das mit der Würde ist indes so eine Sache, denn das Arbeiten in Krisengebieten ist immer auch das Stolpern durch ein moralisches Minenfeld. Wann hält man die Kamera drauf, wann nicht?“ Und Stormer zitiert dabei den Krisenfotografen Andy Sypra: „Die Moral ist ein langsamer Begleiter, in solchen Momenten entscheidet die Intuition, der Charakter, die Sozialisierung, die Empathie. Und trotzdem gibt es Momente, in denen das eigene Wertesystem versagt.“

Carsten Stormer beschreibt zudem immer wiederkehrende Fragen der Wahrnehmung als Journalist, aber auch als Mensch: Wann lege ich die Kamera weg, wann helfe ich, wann ergreife ich Partei? Was geschieht mit den Menschen, wenn ich nicht mehr vor Ort bin?

Genau diese Frage wurde auch Kevin Carter gestellt, nachdem er 1993 den renommierten Pulitzer-Preis für sein Foto eines halb verhungerten kleinen sudanesischen Mädchens erhielt. Es gibt viele Spekulationen, unter welchen Umständen das Bild genau entstand. Carter wurde dafür angegriffen, Profit aus diesen Bildern zu schlagen. Fest steht: es war eines seiner letzten. Kevin Carter nahm sich kurze Zeit später das Leben. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der US-Amerikaner viel gesehen, erlebt und überlebt: zusammen mit dem legendären „The Bang Bang Club“, einer Gruppe von vier Fotojournalisten, dokumentierte er die grauenhaften Geschehnisse während der Apartheid in den 90er Jahren in den Townships Südafrikas. Und legte damit wichtige Zeugnisse für die Weltöffentlichkeit ab. Netzwerke und Fortbildungen schaffen: Trauma und Journalismus



Der Umgang mit Belastungen – und damit auch eine kritische Reflektion der eigenen Rolle – ändert sich jedoch langsam in den 1990er Jahren. Bruce Shapiro, damals Chefredakteur und investigativer Journalist in New York, wurde 1994 Opfer eines Amokläufers in einem Cafe in New Haven, Connecticut, Sitz der Eliteuniversität Yale. Er überlebte den Anschlag, aber die Erfahrungen aus seinen Reportagen als Journalist, sowie sein eigenes Erlebnis als Überlebender, der von Kollegen für ein Interview bis ins Krankenhaus verfolgt wurde, gaben den Ausschlag für eine grundlegende Veränderung in der Branche.

Gemeinsam mit dem namenhaften US-Psychiater Frank Ochberg, der maßgeblich ein psychologisches Phänomen

namens „Stockholm-Syndrom“ klinisch definierte und dank einer privaten finanziellen Unterstützung der US-amerikanischen Industriellenfamilie namens Dart, begründete Shapiro 1999 das „Dart Center for Trauma and Journalism“. Die Stiftung, die heute an der renommierten Columbia University in New York angesiedelt ist, stieß auf viel Resonanz in der Medienwelt: Reuters, CNN und BBC waren die ersten Medienhäuser, die ihre Expertise anforderten.

Die Arbeit der kleinen Organisation, die sich auch mit interdisziplinären Berufsgruppen und Experten aus Psychologie und Gesellschaft austauscht, ist weltweit das einzige Forum für Journalisten zur sensiblen und sachkundigeren Berichterstattung über Tragödien und Gewalt, das Aus- und Weiterbildung von Journalisten und hilfreiche Anleitungen anbietet. Seit Gründung des Büros in Köln im Jahr 2006 wurde die Arbeit auch in Deutschland fester Bestandteil in der Medienwelt.

Besonders nach den Erfahrungen der Terroranschläge von New York im Jahr 2001 und nicht zuletzt durch zahlreiche school shootings („Amokläufe“) wie Columbine und Littleton legte die Stiftung wesentliche Grundsteine für ein Umdenken und eine Sensibilisierung in den Redaktionsetagen. Und entzauberte den Mythos, ein Journalist sei stets der hartgesottene Reporter, der objektiv berichten könne und sich mit keiner Sache gemein mache – auch nicht mit einer guten.

Hohes Risiko und alltägliche Belastungen

Auch die Wissenschaft begann sich mit den psychischen Belastungen von Medienarbeitern zu beschäftigen. Eine erste Studie des kanadischen Psychiaters Anthony Feinstein aus dem Jahre 2004, der eng mit dem Dart Center zusammenarbeitet, zeigte auf, dass die Gefahr psychischer Folgeschäden besonders bei Krisen- und Kriegsjournalisten sehr hoch ist. Bei seiner Umfrage unter 140 internationalen Journalisten stellte sich heraus, dass 28 Prozent im Laufe ihrer Karriere an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden,

kurz PTBS genannt. Bei einer neueren Studie aus dem Jahr 2012 untersuchte Feinstein exemplarisch die Lage von Journalisten, die im eigenen Land unter permanenter Bedrohung und Gewalt arbeiten müssen. Beispiel Mexiko: Unter 104 befragten Journalisten, die über Drogen und Bandenkriege berichteten, entwickelten 25 Prozent signifikante Symptome von PTBS, darunter Depressionen. Aufgrund der täglichen Bedrohung mussten sie ihre Arbeit einstellen. Mexiko ist seit Jahren eines der gefährlichsten Länder für Journalisten.

Der Engländer Mark Brayne arbeitete 30 Jahre lang bei der britischen Nachrichtenagentur Reuters und bei der BBC. Zum Schluss seiner Journalisten-





karriere bildete er sich zum Psychotherapeuten weiter und begründete das europäische Büro der amerikanischen Stiftung in London.

Emotionales Handwerkszeug ist grundlegend

Um eines nicht falsch zu verstehen: Nicht jeder Journalist, der über Kriege und Krisen berichtet, ist potentiell traumatisiert oder extrem belastet. Journalisten sind sogar besonders hoch motiviert, engagiert und involviert, lieben ihren Job. Aber es gibt Belastungen, die unerwünscht wiederkehren können, Gerüche, Geräusche, Bilder, Töne, die sich einbrennen und verselbständigen: Journalisten, die Angst vor Silvesterraketen entwickeln, nach Reportageeinsätzen im zerrütteten und bombardierten Gazastreifen, Panikattacken in Menschenmassen, Alpträume von sexuellen Übergriffen bei einer Live-Schalte auf dem Tahrir-Platz in Kairo während der ägyptischen Revolution 2011, Flashbacks von Bildern des schwer verwundeten Kameramannes, der neben einem auf dem umkämpften Maidanplatz in Kiew stand. Oftmals sind es auch „leise“ und trotzdem verstörende Bilder: die Erinnerung an eine Puppe, die bei dem Flugzeugabsturz der Malaysia Airlines NH 17 in der Ukraine im Jahr 2014, bei dem alle 298 Insassen starben, zwischen Trümmern und Leichen lag.

Nicht selten kommt eine hausgemachte Belastung aus den eigenen Chefetagen und Redaktionshäusern dazu: mangelnde Wertschätzung und Sensibilität und schlicht Unerfahrenheit im Umgang mit und bei der

„Journalisten müssen daher Traumata verstehen – wie ein Sportjournalist die Regeln des Fußballs oder ein Wirtschaftsreporter die Arbeit der Börse verstehen muss. Redaktionen und Journalisten tragen auch sich selbst gegenüber Verantwortung. Es geht um zweierlei – den Erhalt der journalistischen emotionalen Gesundheit und den gesunden Journalismus.“

Vorbereitung der eigenen Kollegen, die diese Einsätze leisten. Das ist die eine Seite, die der eigenen Belastung.

„Do no harm“ – Interviewtechniken und Selbstfürsorge

Journalisten erlernen in ihrer Aus- und Weiterbildung Interviewtechniken, wie man mit „powerful people“ spricht, mit Menschen, die wissen, worüber sie sprechen, Politiker, Prominente, Personen öffentlichen Lebens. Doch Journalisten lernen in der Regel nicht, was sie beachten sollten, wenn sie mit „powerless people“ umgehen, also mit Menschen, die etwas Traumatisches erlebt haben, die Opfer einer Gewalttat oder eines Krieges geworden sind, die gefoltert oder vergewaltigt wurden oder hungern. „Do no harm“, heißt dabei die eiserne und oft einfache Regel. Und der Aspekt der Selbstfürsorge betrifft nicht nur den Krisenreporter, sondern die Mehrheit der Journalisten, den Lokalreporter, der über häusliche Gewalt berichtet, die Cutterin und Mutter, die über Wochen Bilder einer Dokumentation über getötete Kinder schneiden muss, der junge freie Reporter, der unwissend zum nächsten Unfall geschickt wird.

In unseren Seminaren „Nicht schaden“ erfahren die Teilnehmer, warum traumatisierte Personen nicht unbedingt auch verlässlichen Quellen sind, was besonders zu beachten ist im Umgang mit sexualisierter Gewalt, mit Hinterbliebenen und mit Überlebenden. Das Erlebte der Personen, die interviewt werden, kann „ansteckend“ sein für die Person, die das Interview führt, wie es Fee Rojas, Traumatherapeutin und Medienausbilderin, formuliert. Kooperationen mit Hilfsorganisationen und Opferverbänden liefern zusätzliche Expertise, die für beide Seiten hilfreich sind und bislang überfällig waren.

Journalisten erlernen auch, was sie für den Berufsalltag stärkt: Peer Support und Strategien für die Selbstfürsorge, Gespräche mit Freunden, soziale Netzwerke und nicht zuletzt das Schreiben, das Berichten, selbst. Journalisten, die ihre Erlebnisse in Beiträgen verarbeiten, laufen weniger Gefahr, belastet zu sein als z.B. Bildjournalisten oder Techniker. Nicht verdrängen, sondern integrieren ist das Ziel, damit sich belastende Erinnerungen nicht verselbständigen. Anerkennen, dass es normal ist, Alpträume zu haben, sich Hilfe einzufordern, wenn diese nach Wochen nicht vergehen. In den Seminaren werden auch Antworten zu diesen Fragen vermittelt: wie gehe ich mit einem Mitarbeiter um, der aus Krisenregionen zurückkehrt, was ist hilfreich, wie strukturiere ich ein Gespräch und halte den Kontakt?

Die tägliche Arbeit zeigt: diese Standards müssen definiert und unumstritten sein, bevor ein Ereignis eintritt. Redaktionen, Reporter, Kamera-Teams und Fotografen müssen sie kennen, teilen und sich danach verhalten. In der aktuellen Situation ist kein Raum für Grundsatzdebatten – nur für Fehler. Ziel der Seminare ist die Professionalisierung von Reportern im journalistischen Alltag beim Umgang mit Menschen, die durch eine möglicherweise sogar traumatische Erfahrung Gegenstand der Berichterstattung werden, sowie die Entwicklung einer klaren, verantwortungsbewussten redaktionellen Haltung. Dabei werden gängige Routinen unter fachlichen Fragestellungen analysiert und auf Inhalt, Wirkung sowie Notwendigkeit überprüft. Die Workshops haben sich bislang als eines der erfolgreichsten Angebote in den Curricula erwiesen. Für

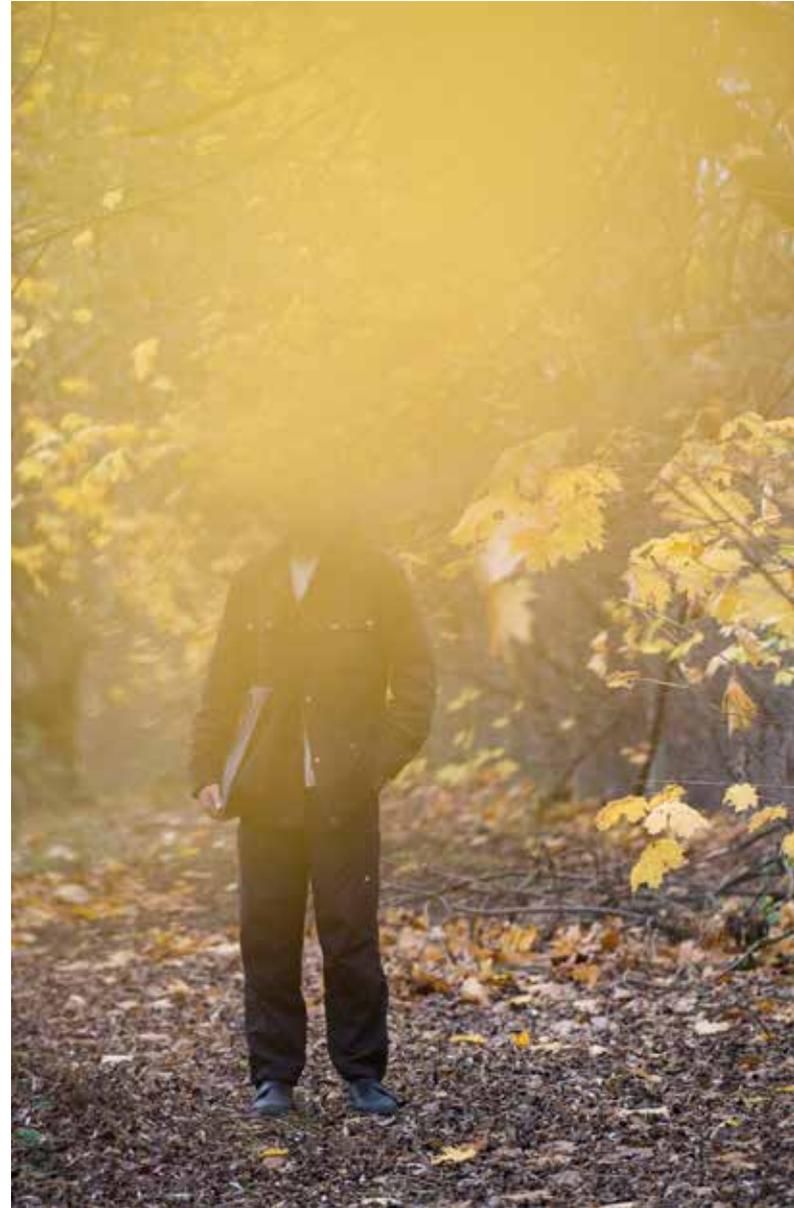


viele Teilnehmer ist es zudem die einzige Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen und Erlebnisse auszutauschen, Tipps und Ratschläge einzuholen und über alternative Berichterstattungen nachzudenken.

Insbesondere nach den Ereignissen bei dem school shooting (Experten betrachten die Bezeichnung Amoklauf“ als irreführenden Begriff) in Winnenden im Jahr 2009, bei dem ein Schüler 14 Menschen ermordete, ist die Art und Weise, wie Medien bei einem Akutereignis berichten und belastete Zeugen und Hinterbliebene befragen oder filmen, in den Fokus der Diskussionen gerückt. Aus diesen Erfahrungen entstanden umfangreiche Materialien und eine Webseite zu der Thematik, die die erste deutsche Ressource für Medienmacher bietet: „Trauma im Lokaljournalismus“ <http://dartcenter.org/traumajournalismus/> Besonders hilfreich ist dabei die Zusammenarbeit mit Betroffenen wie Gisela Mayer vom Aktionsbündnis Winnenden oder Frank Nipkau, der als Chefredakteur der dortigen Lokalzeitung richtig reagieren musste.

2015 entstand im Rahmen meiner Beiratstätigkeit für den Forschungsverbund TARGET der Freien Universität Berlin der erste deutsche Lehrfilm für Journalisten: In der 23-minütigen Dokumentation „media running amok?“ erläutern Betroffene und Experten aus dem TARGET-Verbund und dem zugehörigen Beirat, wie sich das Verhalten der Medien und die Berichterstattung auf Betroffene auswirken und Gewalttaten durch Täterdarstellungen sogar fördern können. Bisher gibt es in der Aus- und Fortbildung von Journalisten wenig Kenntnis darüber.

Und wieder einmal standen viele Medien nach dem Absturz des Germanwings-Airbus im April 2015 in der Kritik. „Die Mediengesellschaft braucht Regeln zur Wahrung der Besonnenheit in besinnungslosen Zeiten“, schrieb Bernhard Pörksen in „DIE ZEIT“. Mehr Verantwortung und Verpflichtung – Förderung tut Not





Die Aus- und Fortbildung des WDR beispielsweise hat erkannt, dass dieses Bewusstsein grundlegend für eine qualitative Berichterstattung ist und sie in die Fortbildung integriert. Auch in der Deutschen Welle und anderen Medienhäusern finden vereinzelt Seminare statt, sowie auf internationaler Ebene. Solche Fortbildungen, die Fürsorge und angewandte Medienethik mit implementieren, sind unabdingbar, Teil einer Meinungsfreiheit sowie einer demokratische Grundhaltung, die die Diskussion von Gewaltdarstellungen in der Öffentlichkeit mit einbezieht.

Umfragen in deutschen Auslandsredaktionen belegen, dass sich Journalisten nicht nur eine Fortbildung in diesem Bereich wünschen, sondern sie auch für absolut notwendig halten: In einer empirischen Studie von Stephan Weichert und Leif Kramp im Jahr 2011 wurden 17 Experten-Interviews mit führenden Auslandsreportern aller deutscher Medien durchgeführt. Anhand dieser Erfahrungen entwickelten sie auch praktische Lösungsmodelle und Handlungsempfehlungen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es eine „besondere Aufgabe der Journalistenausbildung“ sei, etwa unter Aufsicht eines Psychologen, besser einschätzen zu können, wie Betroffene in Extremsituationen reagieren und wie Journalisten, die über traumatische Erlebnisse berichten, mit ihnen in Kontakt kommen. Zudem wird darüber berichtet, wie erfahrene Krisenjournalisten mit solchen Situationen, aber auch mit traumatisierten Kollegen umgehen.

Die nächste Krise steht schon vor der Tür, der nächste Einsatz, der nächste Bericht. Es ist noch wichtiger als je zuvor geworden, sich dafür zu rüsten: auch emotional. Um nicht sprachlos zu bleiben. Denn ohne Bilder und Worte – keine Zeugnisse.



Literatur:

Carsten Stormer, das Leben ist ein wildes Tier. Bas-
tei Lübbe 2012

Carsten Stormer: Die Würde stirbt zuerst, In: Der
Journalist, November 2014

Carolin Emcke: Von den Kriegen. Briefe an Freunde,
S.Fischer Verlag, 2006

Anthony Feinstein: The Psychological hazards of
covering war, John Hopkins University press, 2006

Stephan Weichert / Leif Kramp: Die Vorkämpfer. Wie
Journalisten über die Welt im Ausnahmezustand
berichten, Herbert von Halem Verlag 2011.

Fee Rojas: Spuren auf der Seele, Wenn Krisenber-
ichterstätter traumatisiert sind“. In: Martin Löffel-
holz, Christina Trippe, Andrea Hoffmann (Hg.):
Kriegs- und Krisenberichterstattung. Ein Hand-
buch. UVK Verlag 2008



Info:

Trainingsinitiative "Nicht Schaden": <https://nichtschaeden.wordpress.com/>

Impulse für eine sensiblere Berichterstattung

- Curriculum der Journalistenausbildung ändern
(Qualitätsstandards überprüfen, siehe IQ,
Journalistenverbände etc.)
- Fortbildung (Trauma & Journalismus): zunächst eigene
Rolle erkennen! Zwei Säulen: der Journalist / die Story
- Kooperation/Austausch mit Expertennetzwerken wie
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
- Betroffene /Interviewpartner als Experten „nutzen“
- Statt neue Netzwerke zu schaffen, bestehende
(journalistische)Bündnisse nutzen (Target, Materialien
Film „media running amok“, Presserat etc.)



Johannes Köhler

Johannes Köhler studierte von 2007 bis 2014 Humanmedizin an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Ab 2012 war er Stipendiat im Stipendienprogramm „LVR-Klinik-Start“ des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR). Seit 2014 ist Johannes Köhler Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie an der LVR Klinik Langenfeld in der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen. (Teilnehmer Podiumsdiskussion)



RESUMÉE





Die Psychiatrie-Enquête zählt zu den wichtigsten und erfolgreichsten Reformprojekten in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Anlässlich des 40. Jahrestages diskutierten am 4.12.2015 auf Einladung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) rund 200 Fachleute in Köln-Deutz über Fragen wie: Was ist erreicht, was ist noch offen, wie geht es weiter? Dabei ging es nicht nur um einen Rückblick, sondern vielmehr um eine Analyse und einen Ausblick auf die psychiatrische Versorgung von morgen.

Das Thema der Tagung spannte dabei den Bogen von der Betrachtung der damaligen Reformen bis zum Ausblick in die Versorgung und ihre Finanzierung in der Zukunft.

Mehr Gemeindenähe und mehr ambulante Versorgung, Integration der Versorgung psychisch Kranker in die allgemeine Krankenversorgung, Entstigmatisierung der Betroffenen und der sie versorgenden Einrichtungen – hohe Ziele, die heute genauso aktuell wie vor 40 Jahren sind. Und so ergab sich nicht nur ein Anlass, sondern auch eine Notwendigkeit, über die damals durchgeführten Schritte, das Erreichte und die noch offenen Ziele zu sprechen.

Nicht zuletzt wirft die aktuelle Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen viele neue und alte Fragen auf, die bis zur Psychiatrie-Enquête in den 1970er Jahren zurückreichen.

Gleichzeitig sind es heute immer wieder gerade aktuelle Ereignisse, die die Wahrnehmung von psychischen Störungen in der Öffentlichkeit beeinflussen und verändern. Dabei ist die Sicht des Psychiaters bisweilen eine andere, als die Perspektive einer Journalistin, was sich nicht selten in Art und Inhalt der medialen Aufbereitung psychiatrischer Themen widerspiegelt. Die Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Medien zu den Betroffenen und den sie versorgenden klinischen Einrichtungen führt zu der Frage, wie der „richtige Weg“ zwischen öffentlichem Informationsbedürfnis und sachorientierter Berichterstattung gefunden werden kann.

„Die Psychiatrie-Reform hat eine Reihe von Anliegen unvollendet hinterlassen. Der LVR-Klinikverbund sieht dieses »Erbe« als Auftrag für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung“, unterstrich die LVR-Dezernentin und stellte auf der Veranstaltung zentrale Handlungsfelder für die Zukunft vor.



Die Spanne der Referentinnen und Referenten der Tagung „40 Jahre Psychiatrie-Enquête“ reichte so auch von damaligen Weggefährten Kulenkampffs über aktuelle Verantwortungsträger bis zur jüngeren Psychiatergeneration. Neben den Vorträgen hat die thematische Vertiefung auch unter Einbezug von Vertretern der Betroffenen und der Ärzte in psychiatrischer Weiterbildung in der Podiumsdiskussion dazu beigetragen, nicht nur das Verständnis für die damaligen Ereignisse zu vertiefen, sondern aus dem damaligen Auftrag auch den Ausgangspunkt für eine Diskussion für aktuelle Fragen der Versorgung abzuleiten.

Prof. Dr. Zielasek







Thesen zur
Veranstaltung



STATT WEGSPERREN UND AUSGRENZEN: PSYCHISCH KRANKE IN DER MITTE DER GESELLSCHAFT

Bilanz und Perspektiven nach 40 Jahren Psychiatrie-Reform / rund 200 Fachleute diskutierten über die psychiatrische Versorgung im Rheinlan / Kritik am Entgeltsystem „PEPP“

Köln. 4. Dezember 2015. Die Psychiatrie-Enquête zählt zu den wichtigsten und erfolgreichsten Reformprojekten in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Anlässlich des 40. Jahrestages diskutierten heute auf Einladung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) rund 200 Fachleute in Köln-Deutz über Fragen wie: Was ist erreicht, was ist noch offen, wie geht es weiter? Dabei ging es nicht nur um einen Rückblick, sondern vielmehr um eine Analyse und einen Ausblick auf die psychiatrische Versorgung von morgen.

„Der größte Verdienst der Psychiatrie-Enquête ist, dass sie die Psychiatrie aus ihrer institutionellen Erstarrung aufgeschreckt und einen nachhaltigen Veränderungsimpuls ausgelöst hat,“ sagte Martina Wenzel-Jankowski, die als LVR-Dezernentin für einen der größten deutschen Klinikverbände mit neun psychiatrischen Fachkliniken zuständig ist.

Bereits vor 40 Jahren nahm der LVR als einer der größten Träger psychiatrischer Einrichtungen eine maßgebliche Rolle in der Reformbewegung ein. Dies lag auch an der Person von Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, der als führender Kopf der Psychiatrie-Enquête und als LVR-Gesundheitsdezernent die Umsetzung der Empfehlungen in den LVR-Einrichtungen und auf kommunaler Ebene im Rheinland auf den Weg brachte.

Zu den Errungenschaften der Reform zählt der Ausbau tagesklinischer und ambulanter Versorgungsstrukturen, die Entstehung von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Diensten und die sozialrechtliche Verankerung wichtiger Leistungen für psychisch kranke Menschen wie ambulant betreutes Wohnen, Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege.

„Die Psychiatrie-Reform hat eine Reihe von Anliegen unvollendet hinterlassen. Der LVR-Klinikverbund sieht dieses »Erbe« als Auftrag für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung“, unterstrich die LVR-Dezernentin und stellte auf der Veranstaltung zentrale Handlungsfelder für die Zukunft vor.

Ziel: Inklusiv Gemeindepshychiatrie

Durch die Gemeindepshychiatrie ist es oftmals gelungen, psychisch Kranke besser an vielen Stellen des gesellschaftlichen Lebens zu integrieren. Auch gesellschaftspolitisch wurde die Integration von psychisch Kranken in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung aufgenommen, allerdings weitergehend im Sinn eines



umfassenden inklusiven Verständnisses. „Die Vision der Inklusion bietet auch einen Treiber für die Versorgung und Teilhabe von psychisch kranken Menschen und behinderten Menschen in den Gemeinden, in Form einer inklusiven Gemeindepsychiatrie“, skizziert Martina Wenzel-Jankowski eine mögliche Zukunftsperspektive.

Ziel: Stärke Beteiligung und Mitwirkung

Zukünftig sollen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in der klinischen und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung mitwirken und beteiligt werden. Als beispielhaft gilt ein Projekt des LVR-Klinikverbundes, in dem Psychiatrieerfahrene zur Genesungsbegleitung in den **LVR-Kliniken in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Essen und Köln** eingesetzt werden.

Ziel: Transkulturelle Öffnung

Seit einigen Jahren öffnen sich die psychiatrischen Kliniken des LVR der transkulturellen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere von Flüchtlingen. Unter anderem fördert der LVR-Klinikverbund den Einsatz von Sprach- und Integrationsmittlern in über 20 Sprachen. Über eine reine Dolmetschertätigkeit hinaus, geht es um ein kulturelles Verstehen von Behandelnden und den Patientinnen und Patienten.





Ziel: Modellvorhaben

Eines der zentralen „unvollendeten Anliegen“ der Psychiatrie-Enquête sind die Barrieren zwischen den Versorgungssektoren wie ambulant und stationär. Diese Strukturprobleme werden als die größten Hemmnisse einer guten Versorgung der psychisch Kranken gesehen. Für die LVR-Dezernentin Wenzel-Jankowski sind „Modellvorhaben eine konkrete Möglichkeit, die Finanzierungs- und Versorgungsfragmentierung direkt anzugehen“ und daher ein unverzichtbarer Baustein für die Zukunft.

Mehrere Psychiater-Generationen diskutierten über die wichtigsten Punkte der Psychiatriereform und Zukunftsperspektiven

„Für ein Mehr an Leistungen und Qualität werden auch in Zukunft nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen. Es wird entscheidend darauf ankommen, die psychiatrischen Versorgungsleistungen nach fachlichen, humanitären Anforderungen ebenso wie effizienter Mittelverwendung intelligent zu steuern“, macht Martina Wenzel-Jankowski im Hinblick auf die Finanzierung deutlich. Sie richtete einen Appell an die Anwesenden: „Wir dürfen nicht zulassen, dass die Impulse und Errungenschaften der Psychiatriereform durch ein inkompatibles Entgeltsystem endgültig erstickt werden.“

Dr. Joachim Brandenburg

Dr. rer. nat. Joachim Brandenburg wurde in Berlin geboren, wo er Mathematik und Physik studierte. Nach der Promotion in Physik arbeitete er als Lehrer an Gymnasien in Berlin, Bielefeld und Köln. 1995 wurde er in Gütersloh und Königslutter psychiatrisch behandelt und ist seitdem Mitglied im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und aktiv in der Selbsthilfe. 1996 war er Laienhelfer im Herman-Simon-Haus II der Landesklinik Gütersloh und hospitierte 1997 im Weglaufhaus Berlin. Dr. Brandenburg ist Gründungsmitglied des Netzwerks 01 Psychiatrie-Erfahrener Köln & Umgebung e.V.



WUNSCHZETTEL FÜR DIE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG ZU „40 JAHRE ENQUÊTE“

1. Ambulant vor stationär? – Schön wär's!

Seriöse Schätzungen gehen davon aus, dass bei etwa 80% der gegen ihren Willen in die Psychiatrie eingewiesenen Menschen die behauptete „erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung“ nicht vorliegt, dass vielmehr nur Alternativen zur stationären Psychiatrie fehlen. Wir fordern daher statt der vielen Klinikbetten vom LVR einen aufsuchenden Dienst, der bei psychischen Krisen zum Ort des Geschehens eilt, deeskalierend eingreift, zusammen mit den Angehörigen den Hilfebedarf abspricht und organisiert sowie die weitere Entwicklung ohne Beziehungsabbrüche begleitet. Vorbilder dazu finden sich in mehreren nordeuropäischen Ländern. Dort gibt es im Verhältnis erheblich weniger Klinikbetten als bei uns.

2. Menschenrechte für Psychiatriepatienten!

Ein akut psychotischer Mensch wird heute – ohne nach seinen Wünschen zu fragen – in eine „Aufnahmestation“ zusammen mit vielen anderen schwer psychisch gestörten Menschen eingesperrt. Diese Umgebung verführt die Behandler dazu, die Patienten medikamentös „ruhig zu stellen“. Auch die neuen Medikamente haben schwere Nebenwirkungen (u.a. metabolisches Syndrom, Diabetes, plötzlicher Herztod, verkürzte Lebenserwartung). Mehrere nach Soteria-Vorbild arbeitende Akutstationen haben bewiesen, dass eine Akutversorgung auch bei zwangseingewiesenen Patienten nahezu gewaltfrei und mit offenen Türen möglich ist.



Für Patienten, die stationär behandelt werden müssen, wünschen wir Stationen mit offenen Türen, einem weichen Zimmer zum Ausleben von Krisen, einer intensiven persönlichen Betreuung und einem sparsamen Einsatz von Medikamenten. Jeder Patient, der dies wünscht, soll die Möglichkeit haben, seine Krise ohne Medikamente zu durchleben.

3. Ursachentherapie und integrierte Versorgung

Das bestehende Versorgungssystem produziert zu viele Menschen, die den Rest ihres Lebens – zeitweilig oder ständig – Kunden der Psychiatrie bleiben. Klinikbetten müssen abgebaut, Integrierte Versorgung muss zur Regelversorgung werden. Wir wünschen eine stärkere Förderung für Selbsthilfeprojekte. Wir brauchen Psychotherapeuten, die sich mit Psychosen auskennen und mit uns die Ursachen unserer Krisen bearbeiten. Nur die Symptome kurieren ist kurzfristig zwar billiger, bietet jedoch den Betroffenen wenig Lebensqualität und ist insgesamt auch teurer als eine Behandlung der Ursachen.

4. Regionale Budgets für die Psychiatrie

Wir fordern die Einführung regionaler Psychiatrie-Budgets, in die die Kostenträger einzahlen. Ein Regionales Budget

- ▶ überwindet die starren Sektorengrenzen im Gesundheitssystem,
- ▶ ermöglicht, finanzielle Mittel im Versorgungssystem optimal zu nutzen und
- ▶ bietet ökonomische Anreize für die Schaffung von Gesundheit.



Presse

Anmeldung
Referentinnen und
Referenten

LVR-Klinikverbund

Deutscher Verein für
Heilpädagogie



PSYCHISCH KRANKE: AUS DER „ANSTALT“ ENTLASSEN, IN DER GEMEINDE ANGEKOMMEN, VON DEN MEDIEN BEOBACHTET

**Einladung zur Veranstaltung „40 Jahre Psychiatrie-Enquête, wo stehen wir,
wie geht es weiter?“ in Köln-Deutz / Schwerpunktthema: Psychisch Kranke und die Medien**

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

menschenunwürdig, teilweise unmenschlich, waren die Zustände in der Psychiatrie bis in die 70er Jahre. Zu diesem Ergebnis kam genau vor 40 Jahren eine Sachverständigenkommission – die Enquête-Kommission – die im Auftrag des Deutschen Bundestages die Versorgung psychisch Kranker untersuchen sollte. 1975 wurden Empfehlungen für den Umbau der gesamten Psychiatrie verabschiedet. In der Folge wurde das Rheinland eine Hochburg der Reformbewegung. Dabei nahm der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als einer der größten Träger psychiatrischer Einrichtungen eine maßgebliche Rolle ein. Dies lag auch daran, dass Prof. Caspar Kulenkampff als führender Kopf der Bewegung gleichzeitig als Gesundheitsdezernent des Landschaftsverbandes Rheinland die Umsetzung der Empfehlungen in den LVR-Einrichtungen und auf kommunaler Ebene auf den Weg brachte.

Vor diesem Hintergrund und anlässlich des 40. Jahrestages diskutiert der LVR mit geladenen Gästen zu Fragen wie: Welche Ziele wurden erreicht, was ist noch offen, was ist nicht mehr aktuell?

In einem weiteren Themenblock will der LVR die öffentliche Wahrnehmung von psychisch Kranken in den Mittelpunkt rücken. Seit den 2000er Jahren gibt es zunehmend gesellschaftliche Anstrengungen, das Stigma einer psychischen Erkrankung zu bekämpfen. Die Aktivitäten reichen von lokalen Selbsthilfegruppen bis zu international agierenden Programmen und Kampagnen. Einzelereignisse wie Gewalttaten durch psychisch Kranke aber auch Suizide Prominenter verstärken im Negativen wie im Positiven die Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine besondere Rolle spielen dabei die Medien. Die Berichterstattung über Stimmungserkrankungen nach dem Suizid Robert Enkes kann als eine Landmarke hin zu einer sachlich fundierten, dem aktuellen Wissensstand entsprechenden Berichterstattung angesehen werden. Eine andere Landmarke stellen die Darstellungen nach dem Germanwings-Absturz im März dieses Jahres dar, die viele Anti-Stigma-Anstrengungen der letzten Jahre zunichtemachten.

Wir möchten Sie gerne zur Teilnahme an der Veranstaltung „40 Jahre Psychiatrie-Enquête: Wo stehen wir, wie geht es weiter?“

**am Freitag, 4. Dezember 2015, von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr,
in das LVR-Haus, Da Vinci Saal
Ottoplatz 2,
50679 Köln-Deutz, herzlich einladen.**

Das Programm findet sich unter:

www.klinikverbund.lvr.de/de/nav_main/frfachpublikum/psychiatrie_Enquete/40_jahre_psychiatrie_Enquete/programm/40_jahre_psychiatrie_Enquete.html

Wenn Sie teilnehmen möchten und/oder an Interviews interessiert sind, bitten wir um Ihre vorherige Anmeldung bis Mittwoch, 2. Dezember 2015, telefonisch oder per E-Mail an katharina.landorff@lvr.de (Medium, Anzahl Personen, Wunsch Interviewpartner, Kontakt).

Mit freundlichen Grüßen

Katharina Landorff

LVR-Kommunikation
Landschaftsverband Rheinland
Tel 0221 809-2527
Mail katharina.landorff@lvr.de



PRESSEMITTEILUNG

40 JAHRE PSYCHIATRIE ENQUÊTE: WO STEHEN WIR, WIE GEHT ES WEITER

Köln. 4. Dezember 2015. Die derzeitige Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen wirft neue und alte Fragen auf, die bis zur Psychiatrie-Enquête in den 1970er Jahren zurückreichen. Das Thema der Tagung spannt den Bogen von der Betrachtung der damaligen Reformen bis zum Ausblick in die Versorgung und ihrer Finanzierung in der Zukunft. Anlass ist das 40-jährige Jubiläum einer der prägendsten Reformen, die es im deutschen Gesundheitswesen seit dem Bestehen der Bundesrepublik Deutschland gegeben hat – die „Psychiatrie-Enquête“. Angeregt wurde diese vom Deutschen Bundestag initiierte Reform durch die damaligen Missstände in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Mehr Gemeindenähe und mehr ambulante Versorgung, Integration der Versorgung psychisch Kranker in die allgemeine Krankenversorgung, Entstigmatisierung der Betroffenen und der sie versorgenden Einrichtungen – hohe Ziele, die heute genauso aktuell wie vor 40 Jahren sind. Und so ergibt sich nicht nur ein Anlass, sondern auch eine Notwendigkeit, über die damals durchgeführten Schritte, das Erreichte und die noch offenen Ziele zu sprechen. Gleichzeitig sind es immer wieder gerade aktuelle Ereignisse, die die Wahrnehmung von psychischen Störungen in der Öffentlichkeit beeinflussen und verändern. Dabei ist die Sicht des Psychiaters bisweilen eine andere, als die Perspektive einer Journalistin, was sich nicht selten in Art und Inhalt der medialen Aufbereitung psychiatrischer Themen widerspiegelt. Die Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Medien zu den Betroffenen und den sie versorgenden klinischen Einrichtungen führt zu der Frage, wie der „richtige Weg“ zwischen öffentlichem Informationsbedürfnis und sachorientierter Berichterstattung gefunden werden kann.

Der Landschaftsverband Rheinland hat eine besondere historische Beziehung zur Psychiatrie-Enquête der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts, die die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in die Mitte der Gesellschaft rückte eine für eine Gleichstellung der Versorgung von psychisch kranken Menschen und somatisch Kranken vertrat. Caspar Kulenkampff, ehemaliger Ärztlicher Direktor der damaligen Rheinischen Kliniken in Düsseldorf und späterer Landesrat, war Vorsitzender der vom Bundestag eingesetzten Enquête-Kommission, die die Grundzüge der Reform maßgeblich bestimmte. Die Spanne der Referentinnen und Referenten der Tagung „40 Jahre Psychiatrie-Enquête“ reicht von damaligen Weggefährten Kulenkampffs über aktuelle Verantwortungsträger bis zur jüngeren Psychiatergeneration. Neben den Vorträgen soll die thematische Vertiefung auch unter Einbezug von Vertretern der Betroffenen und der Ärzte in psychiatrischer Weiterbildung in der Podiumsdiskussion dazu beitragen, nicht nur das Verständnis für die damaligen Ereignisse zu vertiefen, sondern aus dem damaligen Auftrag auch den Ausgangspunkt für

eine Diskussion der aktuellen Fragen der Versorgung abzuleiten, wozu dann auch Aspekte gehören werden, die mit der Entwicklung des neuen Entgeltsystems im Zusammenhang stehen. Wo stehen wir, wie geht es weiter – beide Fragen sind inhaltlich eng miteinander verwoben und das Jubiläum der Psychiatrie-Enquête bietet einen geeigneten Anlass für diese Diskussion.

Katharina Landorff





PRESSEBEITRAG FÜR DEN LVR-NEWSLETTER

FACHTAGUNG ZU „40 JAHRE PSYCHIATRIE- ENQUÊTE“

Die Psychiatrie-Enquête zählt zu den wichtigsten und erfolgreichsten Reformprojekten in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Anlässlich des 40. Jahrestages diskutierten am 4. Dezember 2015 auf Einladung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) rund 200 Fachleute in Köln-Deutz über Fragen wie: Was ist erreicht, was ist noch offen, wie geht es weiter? Dabei ging es nicht nur um einen Rückblick, sondern vielmehr um eine Analyse und einen Ausblick auf die psychiatrische Versorgung von morgen. Das Thema der Tagung spannte dabei den Bogen von der Betrachtung der damaligen Reformen bis zum Ausblick in die Versorgung und ihre Finanzierung in der Zukunft.

Mehr Gemeindenähe und mehr ambulante Versorgung, Integration der Versorgung psychisch Kranker in die allgemeine Krankenversorgung sowie die Entstigmatisierung der Betroffenen und der sie versorgenden Einrichtungen. Das sind hohe Ziele, die heute genauso aktuell wie vor 40 Jahren sind. Und so ergab sich nicht nur ein Anlass, sondern auch eine Notwendigkeit, über die damals durchgeführten Schritte, das Erreichte und die noch offenen Ziele zu sprechen. Nicht zuletzt wirft die aktuelle Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen viele neue und alte Fragen auf, die bis zur Psychiatrie- Enquête in den 1970er Jahren zurückreichen.

Gleichzeitig sind es heute immer wieder gerade aktuelle Ereignisse, die die Wahrnehmung von psychischen Störungen in der Öffentlichkeit beeinflussen und verändern. Dabei ist die Sicht des Psychiaters bisweilen eine andere, als die Perspektive einer Journalistin. Das spiegelt sich nicht selten in Art und Inhalt der medialen Aufbereitung psychiatrischer Themen wider. Die Auseinandersetzung mit dem Verhältnis der Medien zu den Betroffenen und den sie versorgenden klinischen Einrichtungen zur Frage des „richtigen Weges“ zwischen öffentlichem Informationsbedürfnis und sachorientierter Berichterstattung.

Die Spanne der Referentinnen und Referenten der Tagung reichte von damaligen Weggefährten Kulenkampffs über aktuelle Verantwortungsträger bis zur jüngeren Psychiatergeneration und konnte mit der gemeinsamen Podiumsdiskussion zum Veranstaltungsende einen wichtigen Beitrag zum „gestern, heute und morgen“ der psychiatrischen Versorgung liefern.

Katharina Landorff

INTERVIEW DOMRADIO MIT PROF. DR. MED. WOLFGANG GAEBEL VOM 4.12.2015

domradio: Nachrichten – Interview mit Wolfgang Gaebel, Zeit: 17:37 Uhr, Dauer: ca. 5 min 18 sec, Wiederholung um 23:51 Uhr und am 05.12.2015 um 05:37 Uhr

domradio: Es ist Freitagnachmittag, Sie hören das domradio und wir reden über ein Thema, das in der Gesellschaft immer mehr Anerkennung findet. Es geht um psychische Erkrankungen. Früher waren die Umstände für Menschen, die Zustände für Menschen in der Psychiatrie teilweise menschenunwürdig. Fast 40% der Patienten waren bis in die 70er in Schlafsälen mit mehr als 11 Betten untergebracht. Für ihre persönlichen Habseligkeiten stand oftmals bloß eine Schachtel unter dem Bett zur Verfügung. Die hygienischen Verhältnisse waren unzumutbar. Zu diesem Ergebnis kam vor genau 40 Jahren eine Sachverständigenkommission, die im Auftrag des Deutschen Bundestages die Versorgung psychisch Kranker untersuchen sollte. '75 wurden die Empfehlungen für den Umbau der gesamten Psychiatrie verabschiedet. In der Folge wurde das Rheinland eine Hochburg der Reformbewegung und heute, genau heute, 40 Jahre später, ist eine Veranstaltung zu dem Thema abgehalten worden – „40 Jahre Psychiatrie-Enquête: Wo stehen wir, wie geht es weiter?“. Darüber sprechen wir mit Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums in Düsseldorf, schönen guten Tag.

Gaebel: Guten Abend.

domradio: Vor 40 Jahren waren psychisch Kranke noch Verrückte, kann man so sagen, die weggesperrt wurden. Wie hat sich denn das Bild in der Gesellschaft verändert?

Gaebel: Zunächst hat sich die Situation, die Sie geschildert haben seitdem, also in den 40 Jahren, deutlich verändert. Natürlich sind die Einrichtungen, in denen psychisch Kranke heute behandelt werden, wesentlich andere als seinerzeit. Die Kliniken sind kleiner geworden, es sind Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Natürlich gibt es Universitätskliniken, es gibt auch noch Fachkliniken. Aber insgesamt hat sich natürlich auch die Behandlung verbessert, so dass heute auch die Verweildauern in den Kliniken im Mittel bei etwa 23 Tagen liegen. Das heißt „Einmal in der Psychiatrie, immer in der Psychiatrie“ ist nicht der Fall. Das hat natürlich auch das Bild der psychisch Kranken in der Öffentlichkeit günstig beeinflusst. Und dennoch muss man sagen, auch heute noch, gehören psychisch Kranke zu den stigmatisierten und teilweise auch diskriminierten Menschen in unserer Gesellschaft.

domradio: Wie sieht denn so eine Behandlung eines psychisch kranken Menschen aus? Ich kann mir das gar nicht vorstellen.

Gaebel: Naja, zunächst mal, wie auch sonst in der Medizin, wird eine Diagnose gestellt, die wir nicht nach Gefühl und Wellenschlag, sondern nach klar formulierten Kriterien erstellen. Dazu gibt es ein internatio-



nales Glossar für die diagnostischen Kriterien. Wenn die Diagnose festgestellt ist, nehmen wir an eine Depression, dann wissen wir heute aus entsprechenden empirischen Befunden, Leitlinien nennen wir das, was die besten Behandlungsmethoden sind. Und das ist in aller Regel eine Kombination von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie.

domradio: Sie haben es gerade erwähnt, es ist eine Krankheit, die heute auch noch ein großes Stigma hat. Wie ist das? Die Menschen, die zu Ihnen kommen, kommen die aus eigener Überzeugung, werden die eingewiesen? Ich denke mal, das ist eine große Überwindung, die überwunden werden muss.

Gaebel: Der Großteil kommt aus eigenem Antrieb, zum Teil mit den Angehörigen, aber doch in allergrößter Häufigkeit auf eigenen Antrieb hin. Ein Teil wird auch heute noch nach den entsprechenden rechtlichen Möglichkeiten die bestehen, auch gegen seinen Willen, in eine Klinik aufgenommen. Nicht wegen einer Erkrankung, sondern wenn es sogenannte Selbst- oder Fremdgefährdung gibt. Das heißt, entweder derjenige oder diejenige tendieren dazu sich etwas anzutun, sich umzubringen oder aber sie sind auch fremdaggressiv und von daher dann für einen bestimmten Zeitraum, nach richterlichem Beschluss, nicht nach unserem Beschluss, zwar nach unserem Befundurteil, aber nach richterlichem Beschluss, dann in einer psychiatrischen Klinik für maximal sechs Wochen unterzubringen.



domradio: Und wenn wir nochmal über das gesellschaftliche Stigma reden, was kann man denn dagegen machen? Dass es mehr zu einer Akzeptanz in der Gesellschaft führt?

Gaebel: Aufklärung, Information sind natürlich wesentliche Bestandteile. Das haben sich einige Programme auf die Fahnen geschrieben. Zum Beispiel das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, dem ich selber vorstehe, führt solche Aktionen durch. Das reicht aber nicht, muss auch dauerhaft immer wieder aufgefrischt werden, weil natürlich immer wieder Dinge passieren. Denken Sie an Attentate auf Politiker, denken Sie an den Germanwings-Vorfall, wo plötzlich die Stimmung im Land auch wieder kippt und das alte Vorurteil, psychisch Kranke sind ja alle gefährlich, unberechenbar, müssen weggesperrt werden, kommt dann wieder hoch. Man muss dran bleiben an diesem Thema. Das ist eine dauerhafte Aufgabe. Insgesamt hat sich das Stigma trotz der Verbesserungen in den strukturellen Verhältnissen, die durch die Enquête angestoßen worden sind, nicht so verbessert, dass man sagen kann, man kann das heute lassen. Psychisch Kranke sind nach wie vor nicht in der Mitte der Gesellschaft angekommen.

domradio: 40 Jahre Reformen in der Psychiatrie – Wir sind auf einem guten Weg, aber noch lange nicht angekommen. Das sagt Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, er ist Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums in Düsseldorf und hat mit uns gesprochen. Ich danke Ihnen vielmals.

Gaebel: Ich danke Ihnen.





DER LANGE WEG VON DER „KLAPSMÜHLE“ ZUR GEMEINDEPSYCHIATRIE

Ein 200-köpfiges Expertengremium, ein 436 Seiten starker Untersuchungsbericht, ein 1.192 Seiten umfassender Anhang: Im Herbst 1975 ging dem Deutschen Bundestag der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ zu. Der Report der sogenannten Psychiatrie-Enquête öffnete der Gesellschaft die Augen über miserable Zustände in den Landeskrankenhäusern und wirkte als Skizze für eine Reform der stationären psychiatrischen Versorgung. Eine umfassende ambulante und wohnortnahe Versorgung ist indes noch nicht flächendeckend realisiert.

von Bülent Erdogan, Redakteur Rheinisches Ärzteblatt, erschien Februar 2016

Sie war vielleicht eine der eindrücklichsten und schonungslosesten Analysen gesellschaftlicher Realität, die die zweite Demokratie auf deutschem Boden hervorgebracht hat: Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestags. Wer den Bericht der sogenannten Psychiatrie-Enquête vom 25. November 1975 liest, – gewinnt einen profunden Einblick in den Alltag, der vor rund 40 Jahren in der stationären Psychiatrie in der Bundesrepublik herrschte. In den Landeskrankenhäusern sei eine „brutale Realität“ zu konstatieren, lautete eine Feststellung des Reports.

Scharfe Kritik an „Bewahranstalten“

In den 130 Fachkrankenhäusern für Psychiatrie mit knapp 100.000 Betten (hinzu kamen 44 Fachabteilungen für Psychiatrie mit 3.164 Betten und 23 psychiatrische Unikliniken mit 3.507 Betten sowie 40 psychotherapeutisch/psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen mit 2.253 Betten) in Westdeutschland herrschten demnach teils menschenunwürdige Zustände – auch im Rheinland. Moniert wurden zum Beispiel überbelegte, weitab gelegene „Bewahranstalten“ in schlechtem baulichem Zustand, eine medizinisch nicht begründbare Zusammenfassung von Patienten mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen. In der Folge mussten viele –Patienten in Schlafsälen mit zehn und mehr Personen leben, eine menschenwürdige Privatsphäre war so nicht mehr gegeben.

Harsche Kritik entzündete sich auch daran, dass in den Kliniken zu wenig und zu gering qualifiziertes Personal tätig war. Nur in einem Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser seien überhaupt ausreichend Ärzte vorhanden. „Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend“, die Ausstattung mit Sozialarbeitern „katastrophal“ (ein Arzt auf 60 Betten, ein Sozialarbeiter auf 540 Betten, ein Psychologe auf 506 Betten), heißt es in dem Bericht, dessen Verfasser damals zum Schluss kamen, dass rund 30 Prozent der Patienten schon zehn Jahre und länger in den Einrichtungen lebten.



Das Direktionsgebäude 41 der LVR-Klinik in Düsseldorf-Grafenberg. Die Klinik verfügt heute über 607 Betten und 132 Plätze in Tageskliniken. 1967 hatte sie mit 1.615 Betten ihren Höchststand erreicht.
Foto: Rainer Hotz/LVR

Träger der damaligen Landeskrankenhäuser im Rheinland, die heute als LVR-Kliniken firmieren, war der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als Nachfolger des Provinzialverbands Rheinprovinz. Auf einem Symposium des LVR im Dezember zum 40. Jahrestag des Enquête-Reports nahm auch Rainer Kukla, von 1983 bis 2007 Gesundheitsdezernent beim LVR, eine Einschätzung der Situation der Kliniken Anfang der 1970er-Jahre vor: So seien die Einrichtungen „verluderte, totale Institutionen gewesen“, die durch eine „Trennung von Wärtern und Insassen“ gekennzeichnet gewesen seien. Der Alltag in diesen Einrichtungen habe für die Patienten „zum Teil mehr Leid produziert als ihre Krankheit“.

Ursprünglich für 500 bis höchstens 800 Patienten ausgelegt, seien Einrichtungen wie in Düren oder Langenfeld, Bonn oder Düsseldorf um das Jahr 1970 mit 1.500 bis 1.750 Kranken belegt gewesen. „Dies bedeutete für die dort Tätigen Arbeit unter miserablen, therapiefeindlichen Bedingungen“, sagte Kukla, der auch 16 Jahre lang Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser war, auf der Veranstaltung des LVR in Köln-Deutz. „Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen.“



Vorrang für ambulante Versorgung

„Nie zuvor und nie danach“ sei die Situation und der Reformbedarf in der Psychiatrie derart umfassend beschrieben worden, würdigte Kukla, der von 1971 bis 1975 dem Vorsitzenden der Enquête, Professor Dr. Caspar Kulenkampff, als Berater zur Seite stand, die Arbeit der Expertenkommission. „Die vielleicht wichtigste Wirkung der Enquête bestand aber im Wandel der Einstellung gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung beziehungsweise geistigen Behinderung.“ Die Forderung, die Patienten im Behandlungsprozess als Partner ernst zu nehmen und das soziale Umfeld des Patienten einzubeziehen, habe die Grundlage für den Umbau der Versorgung geschaffen, sagte Kukla.

Die wichtigsten Reformziele der Sachverständigen lauteten in jenen Tagen:

- ▶ Vorrang der Versorgung in der Gemeinde vor jener in entfernten Kliniken
- ▶ Kooperation und Koordination aller Versorgungsdienste, Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV)
- ▶ Bedarfsgerechte Versorgung aller Erkrankten
- ▶ Auf- und Ausbau ambulanter Angebote und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
- ▶ Enthospitalisierung der Langzeitpatienten
- ▶ Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken
- ▶ Eigene Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung.

In der Folge wurde die Zahl der Betten und Plätze in den psychiatrischen Kliniken deutlich reduziert, allein im Rheinland von 13.000 auf circa 6.100. Die Einzugsbereiche wurden verkleinert, indem neue Kliniken in die Versorgung eintraten. Auch die durchschnittliche Verweildauer sank von 146 Tagen auf circa 23 Tage, was nicht zuletzt auf die Schaffung und den Ausbau ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote zurückzuführen ist.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sind über 600 tagesklinische Behandlungsplätze geschaffen worden; damit ist beim LVR derzeit fast jeder fünfte Behandlungsplatz einer in der Tagesklinik.

Problem langer Wartezeiten

Menschen mit geistiger Behinderung, die bislang zum Beispiel in Sonderabteilungen der Fachkliniken lebten, wurden als Folge der Reformbewegung zunächst in Heilpädagogische Wohngruppen und später in Heilpädagogische Heime ausgegliedert – aus Patienten wurden damit Bewohner, die später in Wohngruppen in Städten und Gemeinden betreut wurden. Allerdings brauchte der Wandel seine Zeit: Lebten 1967 in Düsseldorf-Grafenberg 400 Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Gelände, verließen die letzten Bewohnerinnen und Bewohner mit geistiger Behinderung erst im Jahr 2002 das Klinikgelände.

„Die Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute überwiegend »gemeindenah«, überwiegend tagesklinisch und ambulant, mit mehr und qualifizierterem Fachpersonal als vor 40 Jahren“, sagte Martina Wenzel-Jankowski, die dem Klinikverbund des LVR heute vorsteht. Die Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe für chronisch kranke Menschen seien heute ausgeprägter als vor Jahrzehnten.

Allerdings sei auch die aktuelle Lage von den Empfehlungen der Sachverständigen von 1975 deutlich entfernt, bleibe die Psychiatrie-Enquête bis heute unvollendet, sagte die Dezernentin auf der Veranstaltung in Köln. „Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf eines Menschen ist, umso geringer sind seine Chancen, die erforderlichen Hilfen als eine Komplexleistung auch wohnortnah, geschweige denn ambulant zu erhalten. Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen werden häufig in überregional aufnehmende Einrichtungen verschoben, landen in der Obdachlosigkeit oder gar in forensischen Kliniken, weil die Hilfen in den Kreisen und Städten unzureichend sind“, sagte Wenzel-Jankowski. So sei die aufsuchende, stationersetzende Akut-Behandlung nach wie vor nicht regelhaft finanziert.

Auch stünden die Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Pflege oder Angebote der medizinischen Reha in den meisten Regionen nicht zur Verfügung. Weitere Probleme seien lange Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie die unzureichende Finanzierung ambulanter Leistungen von Niedergelassenen und Institutsambulanzen.

Ein wesentliches Ziel der Psychiatrie-Enquête sei der Abbau von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken gewesen, sagte Professor Dr. Wolfgang Gaebel, seit 1992 Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, auf dem Symposium. Auch heute noch wirkten viele Einflussfaktoren dahingehend, dass psychische





Erkrankungen einem Stigma gleichkommen können: Dazu gehörten Stereotype über die Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit von Erkrankten, persönliche Erfahrungen mit psychisch Erkrankten oder eigene Erkrankungserfahrung, Ereignisse wie Prominentensuizide, Politiker-Attentate oder jüngst die Germanwings-Katastrophe sowie diskriminierendes Verhalten von Ärzten und Pflegenden oder Betreuern.

Überraschend ist für Gaebel, „dass die Information über die Erkrankung, ihre Entstehung und die Möglichkeiten ihrer Behandlung sowie Verlaufstendenzen nicht unbedingt zu einer Reduktion des Stigmas führt. Das hätte man nicht gedacht, denn alles was wir tun, dient der Aufklärung. Die Medien sind voller denn je mit Artikeln über psychische Erkrankungen, und doch scheint das an der Grundeinstellung gegenüber psychisch Erkrankten noch nicht unbedingt etwas zu verändern.“

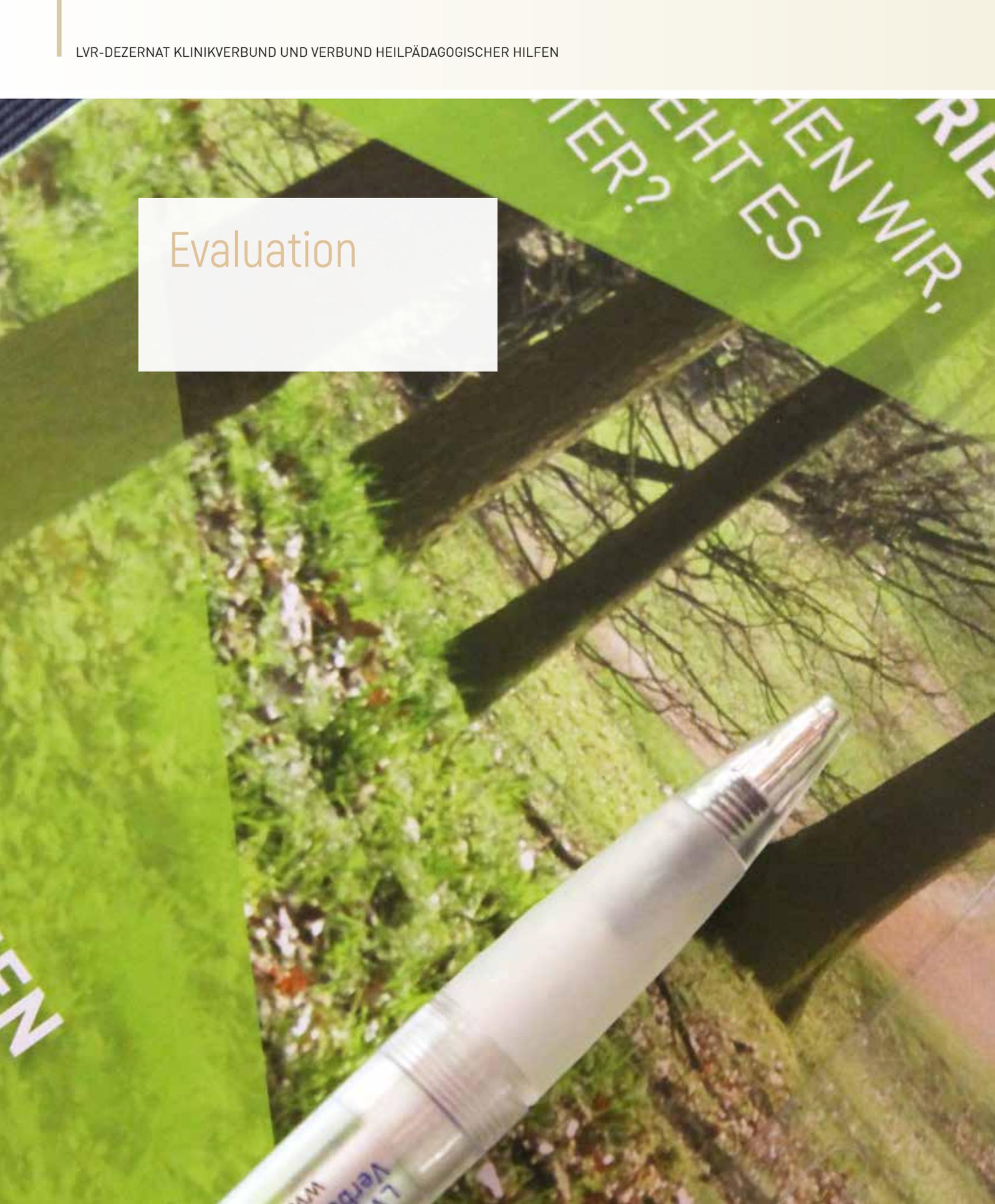
Menschen mit schweren psychischen Störungen hätten auch heute eine um durchschnittlich 15 bis 20 Jahre kürzere Lebenserwartung, sagte der Mediziner. Dies sei nicht allein auf Suizide zurückzuführen, sondern auch und gerade darauf, dass somatische Störungen von der psychischen Erkrankung „überschattet“ würden. „Das ist skandalös“, sagte Gaebel. Notwendig sei daher eine bessere Verzahnung von somatischer und psychiatrischer Medizin.

Das Fallmanagement bündeln

Der Düsseldorfer Psychiater stellte in der Domstadt das Modellprojekt eines „Community Mental Health Centers“ (CMHC) vor, mit dem der auch heute noch zu beobachtenden strukturellen Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen bei der Allokation gesellschaftlicher Ressourcen in der Versorgung begegnet werden soll. Diese speist sich aus unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Finanzierungsvorbehalten als Folge miteinander nur lose verbundener oder gar konkurrierender ambulanter und stationärer, kurativer und rehabilitativer Strukturen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Diese Zersplitterung soll mit einer Vernetzung aller Akteure durch das CMHC ein Ende finden; Kliniken, Niedergelassene, Pflegedienste, Anbieter betreuten Wohnens, Sozialpsychiatrische Zentren sowie Dienste der Kommunen und Reha-Träger sollen künftig im Sinne eines integrierten Fallmanagements bei gemeinsamem Budget kooperieren. Der LVR sieht dieses Modell auch als Alternative zu pauschalierten Entgelten in der stationären Psychiatrie, dem sogenannten PEPP-Modell.

Evaluation





LVR-Institut für Versorgungsforschung
Evaluation Tagung „40 Jahre Psychiatrie Enquete“
Köln, LVR-Haus, 4. Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Quantitative Auswertung	2
3. Qualitative Auswertung.....	5
4. Zusammenfassung	6
5. Anlage 1: Evaluationsbogen	7

*Kontakt: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank,
Direktorin des Institutes für Versorgungsforschung,
Telefon 0221 8993-668, Telefax 0221 8993-593,
IVF@lvr.de*

1. Einleitung

Das LVR-Institut für Versorgungsforschung (LVR-IVF) legt hiermit einen Bericht über die Analyse der von der Ärztekammer Nordrhein vorgesehenen Evaluationsbögen vor, die jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin der Tagung „40 Jahre Psychiatrie Enquete“ am 4. Dezember 2015 in Köln erhalten hatte. Die Evaluation ist Teil der Zertifizierungen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durch die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Die Veranstaltung war als zertifizierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltung anerkannt worden und war mit 5 Punkten für das ärztliche Fortbildungszertifikat bewertet worden.

Als Evaluationsinstrument wurden die von der Nordrheinischen Akademie für Fort- und Weiterbildung für zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen vorgeschriebenen Evaluationsbögen verwendet (s. Anlage 1). Die Bögen wurden nach der Veranstaltung am Registrierungsbereich gesammelt und im LVR-IVF analysiert. Die Bögen waren alle anonym und erhielten eine fortlaufende Registrierungsnummer (101-122).

2. Quantitative Auswertung

Bei ca. 200 Teilnehmern waren 22 Evaluationsbögen ausgefüllt nach Ende der Veranstaltung zurückgegeben worden. Dies entspricht einer **Rücklaufquote** von ca. 11%. Während der Veranstaltung verließen viele Besucher/Besucherinnen vorzeitig die Veranstaltung.

Der Evaluationsbogen ist in zwei Bereiche aufgeteilt: Im ersten Teil (dem eigentlichen Evaluationsteil) finden sich sieben Aussagen (Items) zur Qualität der Veranstaltung, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf einer sechsstufigen Likert-Skala nach dem Schulnoten-System evaluiert werden. Ein niedriger Zahlenwert bedeutet eine gute Bewertung.

Eine Besonderheit stellt das Item D mit seinen Unter-Items D1 und D2 dar, bei denen nicht nach dem Schulnoten-System evaluiert wird, sondern mit einer Skala von „1=vollständig“ bis „6=überhaupt nicht“ (die Zwischenwerte 2-5 werden nicht in verbaler Form auf dem Bogen dargestellt). Zu beachten ist, dass diese Items „negativ“ formuliert sind: Ein niedriger Zahlenwert der Evaluation bedeutet hier eine schlechte Bewertung.

Ferner wird mit einem Ankreuzfeld in diesem Teil des Bogens gefragt, ob eine Beeinflussung des Inhalts der Vorträge durch produkt- oder firmenbezogene Werbung feststellbar war.

Im zweiten Teil des Evaluationsbogens (Überschrift „Persönliche Daten“) werden freiwillige Angaben zum Beruf (Fachgebiet, Erfahrung), Geschlecht und Tätigkeitsbereich (Klinik, Niederlassung etc.) erbeten. Desweiteren werden auf der folgenden Seite Evaluationsfragen gestellt, die in 2.2. näher erläutert werden.

2.1. Analyse des Evaluationsteils des Evaluationsbogens

Dargestellt sind arithmetischer Mittelwert, Median und Range für jedes Item.



Item	Anzahl Bögen	Mittelwert	Median	Range	Anmerkung zur Verteilung
A Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen des Kurses haben sich erfüllt*	22	2,0	2	1-5	19 von 22 Bewertungen in den Bereichen 1 und 2
B Während des Kurses habe ich fachlich gelernt*	22	2,6	2	1-6	16 von 22 Bewertungen in den Bereichen „2“ und „3“
C Der Kurs hat meiner Meinung nach Relevanz für meine praktische ärztliche Tätigkeit*	20	2,6	3	1-6	16 der 20 Bewertungen im Bereich „1“-„3“
D1 Die vermittelten Inhalte wären mit gleichen Zeitaufwand zu erreichen gewesen durch Lektüre**	22	4,4	5	1-6	Breite Verteilung von 18 der 22 Bewertungen im Bereich „3“-„5“
D2 Die vermittelten Inhalte wären mit gleichen Zeitaufwand zu erreichen gewesen durch neue Medien**	17	3,9	4	1-6	Breite Verteilung von 14 der 17 Bewertungen im Bereich „3“-„5“
E Während des Kurses bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion, meine Fragen wurden beantwortet	22	2,5	2	1-6	15 der 22 Bewertungen im Bereich „1“-„2“
F Bitte beurteilen Sie Didaktik des/der Vortragenden, Eingängigkeit der visuellen Präsentation und Güte der Kursunterlagen	20	2,1	2	1-6	17 der 20 Bewertungen im Bereich „1“-„2“
G Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an diesem Kurs für mich gelohnt	22	2,0	2	1-6	18 der 22 Bewertungen im Bereich „1“-„2“

*Schulnoten-System 1-6. Je niedriger der Zahlenwert, desto besser die Bewertung.

** „1=vollständig“ bis „6=überhaupt nicht“. Je niedriger der Zahlenwert, desto schlechter die Bewertung.

Outlier-Analyse: Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin (121) bewertete alle Items auffallend schlechter als die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Der Range bis in die Bereiche „5“ und „6“ ist durch diesen Teilnehmer/diese Teilnehmerin bedingt.

Eine Beeinflussung der Vortragsinhalte durch produkt- oder firmenbezogene Werbung wurde von keinem Teilnehmer/keiner Teilnehmerin festgestellt (n=17 Bögen).

2.2. Analyse des Teils „Persönliche Daten“ sowie der weiteren Evaluationsfragen

Die Evaluationsbögen stammten zur Hälfte von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie (elf von 22, darunter auch zwei Ärztinnen/Ärzte mit Doppelfacharzt für Neurologie) sowie einem Nervenarzt/einer Nervenärztin, einem Arzt/einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, vier Fachärztinnen/Fachärztinnen ohne Fachangabe und einem Arzt/einer Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Es respondierten auch ein/eine Psychologe/Psychologin und zwei Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen. Vier Teilnehmende der Evaluation machten keine Angaben zum Beruf. 13 Evaluationsteilnehmende waren Klinikangestellte, zwei Angestellte im Öffentlichen Dienst, sechs Teilnehmende machten hierzu keine Angaben. Zehn Teilnehmende machten Angaben zum Approbationsjahr, welches zwischen 1979 und 2014 breit streute. Sieben Evaluationsteilnehmende waren männlich, neun weiblich und sechs machten hierzu keine Angabe.

Die an der Evaluation Teilnehmenden besuchen meist 1-2 Fortbildungsveranstaltungen pro Monat (n=8). Fünf Evaluations-Teilnehmerinnen und –Teilnehmer besuchen durchschnittlich weniger als eine Fortbildungsveranstaltung pro Monat, zwei besuchen 3-4 und einer/eine mehr als vier pro Monat. Fünf Teilnehmer/Teilnehmerinnen machten hierzu keine Angaben. Alle 17 Responder gaben an, die Fortbildungsveranstaltung wegen des Themas gezielt gewählt zu haben. Die Mehrzahl bemerkte, dass die behandelte Thematik in der eigenen ärztlichen Tätigkeit häufig (n=7) oder regelmäßig (n=8) vorkomme (1x „selten“, 0x „gar nicht“).

Bezüglich Diagnostik und Therapie der Thematik gab es bei sechs der Responder vor der Veranstaltung eine feste Gesamtstrategie und bei fünf keine Strategie, bei einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin offene Fragen. Durch die Veranstaltung fühlten sich sechs Teilnehmerinnen/Teilnehmer in ihrer Strategie bestätigt, einer/eine Teilnehmer/Teilnehmerin berichtete, er/sie habe durch die Veranstaltung keine einheitliche Strategie ableiten können.

Gefragt, ob aus der Sicht ihrer täglichen Praxis wichtige Aspekte der Thematik nicht erwähnt wurden, antworteten vier Teilnehmende mit „ja“ und acht mit „nein“. Die Frage, ob Aspekte zu kurz behandelt worden seien, beantworteten zwei Teilnehmer/Teilnehmerinnen mit „ja“ und neun mit „nein“. Die Frage nach der Überbewertung wichtiger Aspekte beantworteten zwei mit „Ja“ und zehn mit „nein“. Die Frage nach der Verständlichkeit beantworteten alle 15 Responder mit „auch für Nicht-Spezialisten verständlich“. Zur Frage der Notwendigkeit einer ausführlicheren Darstellung des Vortrages antworteten sieben von acht Respondern, dass die Darstellung ausreichend war und eine ausführlichere Darstellung nicht nötig erschien. Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin hätte gerne „zusätzliche Daten“ in der Darstellung gesehen.

Auf dem Evaluationsbogen findet sich eine Frage, die nur bei gleichzeitig durchgeführter Lernerfolgskontrolle zu beantworten war – diese Einschränkung wird auf dem Evaluationsbogen explizit genannt. Da keine Lernerfolgskontrolle durchgeführt wurde, wäre diese Frage also nicht zu



beantwortet gewesen. Dennoch kreuzten drei Teilnehmende (101, 107, 122) der Evaluation hier fälschlicherweise Antworten an, was auf eine mangelnde Sorgfalt bei der Beantwortung oder mangelndes Verständnis der Evaluationsfragen schließen lässt.

3. Qualitative Auswertung

Es fanden sich nur bei fünf der 17 retournierten Bögen entsprechend verwertbare Freitexteinträge, sodass hier nur eine Klassifizierung und deskriptive Wiedergabe der genannten Themen erfolgt:

3.1. Aspekte, die nicht behandelt wurden

- Zeit- und Arbeitskräftemangel/Überlastung des Personals
- Zunahme Arbeitsdichte
- Zunehmende Bürokratisierung
- Schutz der Mitarbeiter
- Regionales Budget
- Soteria
- Open Dialogue

3.2. Aspekte, die zu knapp abgehandelt wurden

- Zeit- und Arbeitskräftemangel/Überlastung des Personals
- Zunahme Arbeitsdichte
- Zunehmende Bürokratisierung
- Perspektivenentwicklung
- Soziotherapie

3.3. Aspekte, die überbewertet wurden

- Medien/Journalistenalltag

3.4. Beurteilung der Veranstaltung insgesamt

- Positiv:
 - vielseitig
 - gesellschaftlich relevant
- Negativ:
 - Bessere Informationen über Parkplätze gewünscht
 - Wenig Zeit für Diskussionen/weniger Zeit für Assistenzärzte, mehr für Gemeindepsychiatrie

The image shows a green-themed program for the event '40 JAHRE PSYCHIATRIE-ENQUÊTE'. At the top, logos for 'LVR-Obermer Klinikerbund und Verband Heilpädagogischer Hilfen', 'LVR-UNTERRICHTSBEREICH PSYCHIATRIE UND PSYCHOLOGIE', and 'LVR-Klinikerbund' are displayed. The main title is '40 JAHRE PSYCHIATRIE-ENQUÊTE' with the subtitle 'WO STEHEN WIR - WIE GEHT ES WEITER?' and the date '4. Dezember 2015 in Köln, Da Vinci Saal'. The moderator is 'Beate Kowolik (WDR 5), Köln'. The program includes:

- 10.00 Uhr: Begrüßung by Martina Wenzel-Jankowski, Köln (LVR-Dezernent Klinikerbund und Verband Heilpädagogischer Hilfen)
- 10.15 Uhr: Rainer Kukla, Mettmann: Prämissen der Psychiatrie-Enquete
- 10.45 Uhr: Martina Wenzel-Jankowski, Köln: Die Umsetzung der Psychiatrie-Enquete: Was ist erreicht, was ist noch offen, was ist nicht mehr aktuell?
- 11.05 Uhr: Jörg Helke, Düsseldorf: Planung und Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker in NRW
- 11.25 Uhr: Kaffeepause
- 11.40 Uhr: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf: Stigmatisierung im Wandel der Zeiten - Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquete - was hat sich verändert?
- 12.00 Uhr: Univ.-Prof. Dr. Andreas Reif, Frankfurt: Psychisch Kranke und die Medien - die Sicht des Psychiaters
- 12.20 Uhr: Mittagspause
- 13.15 Uhr: Petra Tabeling, Köln: Psychische Störungen und die Medien - die Sicht einer Journalistin
- 13.45 Uhr: Podiumsdiskussion (Moderation: Beate Kowolik) with speakers: Martina Wenzel-Jankowski, Univ. Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Dr. rer. nat. Joachim Brandenburg, Jörg Helke, Johannes Köhler, Rainer Kukla, Univ. Prof. Dr. Andreas Reif, Petra Tabeling

Small portraits of the speakers are shown on the right side of the program.

Aufgrund der geringen Anzahl der beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (n=5) dieses Teils der Auswertung sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für die Teilnehmenden an der Evaluation oder der Veranstaltung. Es zeigt sich auch keine Häufung von Meldungen zu bestimmten fehlenden oder überbetonten Themen. Die Beobachtung, dass nur ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin eine

Überbetonung des Themas „Journalistenalltags“ bemängelte mag darauf hinweisen, dass es gelungen ist, die Besucherinnen und Besucher auch für dieses in der Veranstaltung ja durchaus prominente Thema ausreichend zu interessieren.

4. Zusammenfassung

Die Auswertung der Evaluationsbögen ergab einen hohen Grad der Zufriedenheit der evaluierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in erster Linie aus klinisch erfahrener Fachpublikum bestanden. Konkrete Hinweise für inhaltliche oder organisatorische Optimierungsmaßnahmen künftiger Veranstaltungen lassen sich hieraus nicht ableiten. Die Veranstaltung hat offensichtlich die Bedürfnisse der Zielgruppe „Fachpublikum“ gut erfüllt. Negative Einzelbewertungen lassen sich auf einzelne Teilnehmende zurückführen. Einschränkend muss die mangelnde Repräsentativität der Evaluation aufgrund der geringen Rücklaufquote von 11% erwähnt werden. In zukünftigen Veranstaltungen sollte daher vom Moderator/der Moderatorin sowohl zu Anfang als auch am Ende der Veranstaltung auf die Notwendigkeit des Ausfüllens und der Abgabe der Evaluationsbögen hingewiesen werden, um die Rücklaufquote künftig deutlich zu erhöhen.

Ein Nachteil des verwendeten Evaluationsinstruments ist die Ausrichtung der Evaluationsthemen auf klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Dies war für die Zielgruppe dieser Veranstaltung zwar angemessen. Auch bei künftigen von der Ärztekammer zertifizierten Veranstaltungen muss dieser Bogen zum Einsatz kommen (Zertifizierungsbedingung). Jedoch sollte bei künftigen Veranstaltungen je nach Zielgruppe zusätzlich ein Bogen für andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer entwickelt, distribuiert und separat evaluiert werden.



40 JAHRE PSYCHIATRIE-ENQUÊTE



Anlage 1: Evaluationsbogen

Fortbildungsevaluation für anerkannte Veranstaltungen

Thema: 40 Jahre Psychiatrie - Enquete: Wo stehen wir, wie geht es weiter

Datum der Veranstaltung: 04.12.2015 Veranstaltungsnummer: 2760512015149820017

Sehr geehrte Teilnehmerin,
sehr geehrter Teilnehmer,

die von Ihnen besuchte Veranstaltung wurde durch die Ärztekammer Nordrhein für den Erwerb des Fortbildungszertifikates anerkannt. Bei diesen Veranstaltungen ist eine obligatorische Evaluation durch die Teilnehmer/innen vorgesehen. Bitte tragen Sie zur Qualitätssicherung der Fortbildung durch die Rückgabe des ausgefüllten Evaluationsbogens an die Veranstalter bei.

Für Ablauf und Inhalt der Veranstaltung ist der einladende Veranstalter verantwortlich.

Bitte bewerten Sie nach dem Schulnoten-System (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend usw.)

A. Meine Erwartungen hinsichtlich der Ziele und Themen des Kurses haben sich erfüllt	1	2	3	4	5	6
B. Während des Kurses habe ich fachlich gelernt	1	2	3	4	5	6
C. Der Kurs hat meiner Meinung nach Relevanz für meine praktische ärztliche Tätigkeit	1	2	3	4	5	6
D. Die vermittelten Inhalte wären mit gleichem Zeitaufwand zu erreichen gewesen durch						
1. Lektüre	1	2	3	4	5	6
(Skala: 1 = vollständig, 6 = überhaupt nicht) 2. neue Medien	1	2	3	4	5	6
E. Während des Kurses bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion, meine Fragen wurden beantwortet	1	2	3	4	5	6
F. Bitte beurteilen Sie Didaktik des/der Vortragenden, Eingängigkeit der visuellen Präsentation und Güte der Kursunterlagen	1	2	3	4	5	6
G. Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Teilnahme an diesem Kurs für mich gelohnt	1	2	3	4	5	6

Bitte beurteilen Sie, ob produkt- oder firmenbezogene Werbung den Inhalt der Vorträge beeinflusst hat:

Beeinflussung feststellbar keine Beeinflussung

Beurteilen Sie bitte in Stichworten kurz die Veranstaltung, ggfs. auf Rückseite dieses Bogens fortsetzen.

Persönliche Daten

Diese Angaben sind freiwillig. Sie dienen der Einschätzung, ob die angestrebte Zielgruppe erreicht wurde und der Vorbereitung neuer Veranstaltungen.

Fachärztin / Facharzt Ärztin / Arzt in Weiterbildung Fachgebiet _____
Geschlecht weiblich männlich Approbationsjahr _____

Erworbene Zusatzbezeichnungen _____

Niedergelassen
angestellt Klinik Öffentliches Gesundheitswesen
 Betriebsärztlicher Dienst Sonstige Arbeitgeber

Stand: Mai 2011



Fortbildungsveranstaltungen besuche ich durchschnittlich im Monat

- weniger als 1 mal 1 bis 2 mal 3 bis 4 mal mehr als 4 mal

Diese Fortbildungsveranstaltung habe ich wegen des Themas gezielt ausgewählt

- Ja Nein

Die behandelte Thematik kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit vor

- häufig regelmäßig selten gar nicht

Bezüglich Diagnostik und Therapie der Thematik gab es für mich vor der Veranstaltung

- eine feste Gesamtstrategie keine Strategie

noch offene Einzelprobleme (bitte benennen):

.....

Durch die Veranstaltung

- fühle ich mich in meiner Strategie bestätigt

habe ich meine Strategie verändert (bitte benennen):

.....

- habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet

- habe ich keine einheitliche Strategie ableiten können

Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte der Thematik

- a) nicht erwähnt? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte benennen)?

- b) zu knapp abgehandelt? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte benennen)?

- c) überbewertet? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte benennen)?

Verständlichkeit des Vortrages. Der Vortrag war

- nur für Spezialisten verständlich auch für Nicht-Spezialisten verständlich

Beantwortung der Fragen (nur bei gleichzeitig durchgeführter Lernerfolgskontrolle)

- Die Fragen lassen sich aus dem Vortrag allein beantworten

- Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme anderweitig erworbenen Wissens beantworten

Die Aussagen des Vortrages benötigen eine ausführlichere Darstellung

- zusätzlicher Daten

- von Befunden bildgebender Verfahren.

- Dies erscheint nicht nötig, die Darstellung ist ausreichend





LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Cologne Office Center (COC)
Siegburger Straße 203, 50679 Köln
www.klinikverbund.lvr.de