

Können forensische Klienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund versorgt werden?

Von Udo Frank, Michael Konrad

Die Autoren widmen den nachfolgenden Beitrag Dr. Ulrich Jockusch als langjährigem ehemaligen Leiter der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau

I. Einleitung

Die Betreuung ehemaliger forensischer Patienten im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote ist trotz nachhaltiger Anmahnungen (z.B. Rosemann 2003) noch immer keine Selbstverständlichkeit. Der Maßregelvollzug (MRV) wird nach wie vor als abgespaltenes Ressort der psychiatrischen Versorgung verstanden. In den letzten Jahren ist dieser Aspekt sogar wieder stärker in den Vordergrund getreten. Angesichts von steigenden Fallzahlen in den forensischen Abteilungen und einer verstärkten Aufnahme von Klienten, die bereits im Rahmen der Allgemeinpsychiatrischen Versorgung behandelt wurden, trat der Begriff der Forensifizierung psychiatrischer Patienten in die fachliche Diskussion (z.B. Frank 2007, Weig 2009). Bei Autoren, die gemeindepsychiatrischen Ansätzen kritisch gegenüber stehen, wird die zunehmende Forensifizierung als Beweis herangezogen, dass die Verlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde nicht funktioniert oder zumindest übertrieben wurde. Fakten über die Hintergründe für den Belegungsanstieg in den forensischen Kliniken liegen allerdings v.a. in der englischsprachigen Literatur vor (Hodgins et al 2006).

Unabhängig von den ideologischen Debatten kann das Schattendasein der forensischen Psychiatrie durchaus als Fakt betrachtet werden. Schmidt-Quernheim (2007) hat diese in seinem kriti-

schen Essay über das schwierige Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug aus der Sicht der forensischen Psychiatrie beleuchtet. Er attestiert der Gemeindepsychiatrie „ein gebrochenes Verhältnis...zu psychisch Kranken, sofern diese gewalttätig geworden sind“ (ebd., S.218). Aus seiner Sicht kann von einem Vergessen der forensischen Psychiatrie durch die Sozialpsychiatrie gesprochen werden, die auf der Ebene der Mitarbeiter(innen) v.a. damit zusammenhänge, dass diese den reglementierenden Umgang mit psychisch kranken Menschen ablehnten. Dies führe dazu, dass „bestimmte Patienten ausgegrenzt werden, die nicht in das Raster von Freiwilligkeit bzw. ‚Verhandeln statt Behandeln‘ passen“ (Ebd., S.220). Schmidt-Quernheim sieht einen Bedarf an weiterer Qualifizierung der Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie und macht die Phase des Übergangs von der Forensischen Abteilung nach „draußen“ als besonders sensible Phase fest. Für ihn besteht ein Bedarf an „einer speziellen sichernden Begleitung und Nachbetreuung“ (ebd. S. 221) wobei durch kleinschrittige Übergänge ein sich langsam nach außen erweiterndes Setting aufgebaut wird.

Allerdings beruhen die Aussagen und Forderungen Schmidt-Quernheims nicht auf empirischen Daten. Auch dürfte sich die Lage regional teilweise sehr unterschiedlich darstellen. Fakt ist auch: Für die Nachsorge von Patienten, die aus einer Maßregelunterbringung im psychiatrischen Krankenhaus entlassen werden, gibt es keine einheitlichen Standards. Entsprechend weit gespannt ist das Spektrum zwischen der Überleitung in eine langjährige ambulante Kriminaltherapie unter unbefristeter Führungsaufsicht bis hin zu einer alleinigen Entlassung in

das allgemeine Hilfesystem ohne spezifische forensische Weiterbetreuung. Die deutschsprachige Literatur zum Thema Nachsorge für forensische Patienten fokussiert überwiegend auf erforderliche Maßnahmen zur Reduktion des Deliktrückfallrisikos. Die Perspektive der Einrichtungen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds ist hingegen kaum vertreten. Eine systematische Auswertung der Erfahrungen mit entlassener Maßregelvollzugs-Klientel schließlich ist uns nicht bekannt.

In der Region Bodensee-Oberschwaben (Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis) ist die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Rahmen des jeweiligen Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) seit Jahren eine Selbstverständlichkeit. Den strukturellen Rahmen bildet die jeweilige GPV-Vereinbarung, in der sich alle Träger zu der Versorgung aller psychisch kranken Menschen des jeweiligen Landkreises unabhängig von der Schwere der Erkrankung verpflichten. Forensische Patienten sind in dieser Vereinbarung explizit eingeschlossen mit dem Zusatz, dass Klienten mit Herkunft außerhalb der beiden Landkreise versorgt werden, wenn die Rückkehr in die Heimatregion nicht als sinnvoll betrachtet wird. Die Einigung auf eine Pflichtversorgung im komplementären Bereich wird erleichtert durch eine gute Kooperation mit der psychiatrischen Klinik, der die Pflichtversorgung für die Behandlung psychisch kranker Menschen obliegt.

In den GPV des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises ist die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung gelungen und wird seit 2005 mithilfe einer eigens konstruierten Basisdokumentation erfasst und



Udo Frank
Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Forensische Psychiatrie (LÄK, DGPPN), Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Suchtmedizin
Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau des ZfP Südwürttemberg,
Email: udo.frank@zfp-zentrum.de



Michael Konrad, Dr., Dipl. Psych., Leiter des Wohn- und Pflegeheims Ravensburg-Bodensee im ZfP Südwürttemberg und Sprecher der Trägergemeinschaft GPV des Landkreises Ravensburg. Email: michael.konrad@zfp-zentrum.de.

in regelmäßigen Jahresberichten dokumentiert. Für das Jahr 2008 sind nunmehr erstmalig die entsprechenden Items aufgenommen und ausgewertet worden, die die Erfahrungen aus der Nachsorge forensischer Patienten im GPV darstellen.

II. Nachsorge nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug

Die Entlassung aus dem psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB erfolgt, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67 d StGB). Kraft Gesetzes tritt Führungsaufsicht ein, es werden Bewährungsaufgaben für einen Zeitraum von ein bis fünf Jahren ausgesprochen.

Regional bestehen beachtliche Unterschiede bei den forensischen Nachsorgekonzepten, insbesondere hinsichtlich Art, Dauer und Intensität eines spezifisch auf die forensischen Belange zugeschnittenen Angebots. Als Grund können Unterschiede hinsichtlich Deliktverständnis und Interventions-Philosophien angenommen werden. Der Forderung nach einer möglichst langfristigen ambulanten Kriminaltherapie liegt die Annahme eines dauerhaft hohen Wiederholungsrisikos zugrunde. Eine weitgehend unbegleitete Überführung in das allgemeine Hilfesystem versteht die Anlassdelinquenz führend als Symptom der Erkrankung, so dass bei adäquater psychosozialer Stabilisierung bereits eine ausreichende Rückfallprävention erreicht ist. Diese Differenz ist auch Ausdruck des Fehlens ausreichend belastbarer Daten zu den Fragen, ob, in welchem Umfang und bei welchen Fällen die Nachbetreuung entlassener Maßregelpatienten ausschließlich durch Therapeuten bzw. Einrichtungen erfolgen soll, die über spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von Rechtsbrechern verfügen.

Durch das Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht wurden 2007 die Möglichkeiten einer unbefristeten Verlängerung der Führungsaufsicht erweitert. Außerdem legt das Reformgesetz den Bundesländern nahe, flächendeckend Forensische

Nachsorgeambulanzen einzurichten. Solche Ambulanzen bestehen zwischenzeitlich in der Mehrzahl der Bundesländer, teilweise mit erheblichen Unterschieden hinsichtlich Leistungsauftrag und -spektrum, Finanzierung und Organisationsform. Diese Ambulanzen ersetzen betreute Wohn- und Arbeitsformen nicht, in die laut Seifert (2005) derzeit etwa 70 % der Maßregelpatienten entlassen werden. Sie übernehmen vielmehr eine wesentliche Rolle bei der Einschätzung und Minimierung etwaiger Rückfallrisiken.

Die Ist-Situation für die Nachsorge psychisch kranker Straftäter stellt sich nach Rehse (2003) wie folgt dar:

- Die durchaus positive Entwicklung im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem hat nicht überall automatisch zu mehr Bereitschaft in der Versorgung von psychisch kranken Straftätern geführt. Es bestehen Berührungsängste, teils bis hin zu gänzlicher Ablehnung der Klientel.
- Die sozialpsychiatrischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben nicht automatisch zu mehr Qualität in der Versorgung psychisch kranker Straftäter geführt. Insbesondere die Unterscheidung zwischen störungs- bzw. nicht-störungsbedingten Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer forensischen Relevanz, aber auch die Risiko-Prognoseeinschätzung und die Zuführung zu einer qualifizierten Behandlung bereiten teilweise Schwierigkeiten.
- Gegen die Ausschöpfung direkter Möglichkeiten, z.B. in Bezug auf eine medikamentöse Behandlung oder die erneute stationäre Einweisung, bestehen im allgemeinen Hilfesystem nicht selten Bedenken.

Anders als in dieser Situationsbeschreibung hat sich in einigen Regionen Deutschlands, unter anderem in der Region Bodensee-Oberschwaben seit bereits mehr als zehn Jahren eine enge Kooperation zwischen den dortigen Gemeindepsychiatrischen Verbänden und der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau des ZfP Südwürttemberg entwickelt. Hierdurch konnten Aufenthaltszeiten im Maßregelvollzug begrenzt, Entlas-

sungsvorbereitungen strukturiert eingeleitet, der forensische Sozialdienst in die Hilfeplankonferenzen integriert, eine Beziehung forensischen Fachwissens im Bedarfsfall zeitnah sichergestellt und eine weit reichende Eingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher in das allgemeine Hilfesystem erreicht werden. Dies belegt auch die Auswertung der Bado-Daten der beiden GPV¹

III. Auswertungsergebnisse

2008 wurden in den Einrichtungen im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis 107 ehemals forensisch untergebrachte Klienten betreut (detaillierte Angaben in Konrad, Frank & Flammer 2010). Das entspricht 5% der Gesamtzahl der Klienten, die in den Einrichtungen der GPV betreut wurden. 65% der Klienten erhalten Hilfen im Rahmen des ambulant oder stationär betreuten Wohnens. 64% sind an einer schizophrenen Psychose erkrankt, während dies bei den im GPV betreuten Klienten ohne forensische Unterbringung nur bei 52% der Fall ist. Bei der Diagnosegruppe, die vorwiegend Hilfen in Einrichtungen des GPV erhalten, nämlich den an einer Psychose erkrankten Klienten, ist die Erkrankungsdauer der Klienten aus dem MRV um 2 Jahre länger.

Der Vergleich zwischen den beiden Gruppen zeigt, dass Fremdaggression kein exklusives Verhaltensmerkmal von forensischen Klienten ist. Die Mehrzahl der fremdaggressiven Handlungen in den Einrichtungen des GPV werden von Klienten begangen, die nicht forensisch untergebracht waren. 13 fremdaggressive Handlungen von forensischen Klienten stehen 34 von nicht forensisch untergebrachten Klienten entgegen. Die Schwere der Handlungen liegt in beiden Gruppen vergleichbar in einem unteren bis moderaten Bereich. Die forensische Vorgeschichte wirkt sich nicht auf die Zahl der stationären Einweisungen aus. Bei Psychosekranken ist der Anteil gleich, bei Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist der Anteil der ehemaligen forensischen Klienten geringer. Daraus kann in Verbindung mit dem unterschiedlichen

Anteil an Fremdaggressionen der Schluss gezogen werden, dass die Notwendigkeit stationärer Behandlung nicht gekoppelt ist an Fremdaggressionen, sondern eher an Krankheitssymptome oder individuellen Hilfebedarf

IV. Schlussfolgerungen:

Die Auswertung der Basisdokumentation der Gemeindepsychiatrischen Verbände im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis konnte den Nachweis erbringen, dass forensische Patienten in das System der gemeindepsychiatrischen Angebote integriert werden können. In den letzten 10 Jahren musste kein in den GPV entlassener forensischer Patient wegen erheblicher Rückfalldelinquenz in den MRV zurückgeführt werden. Hierzu trägt seit April 2007 auch die Möglichkeit der befristeten Wiedereinsetzung der MRV-Unterbringung bei. Durch die damit mögliche Krisenintervention (§ 67 h StGB) kann die Integration in die Gemeinde zusätzlich zur Möglichkeit allgemeinspsychiatrischer Krankenhausaufenthalte unterstützt werden. Ein GPV, der sich auch für die forensischen Klienten verantwortlich fühlt, leistet – wie bereits Rosemann (2003) postuliert hat – eine wirksame Unterstützung forensischer Klienten in seinen Regelangeboten.

Die Angebote des gemeindepsychiatrischen Verbundes erweisen sich dabei als flexible und lernende Systeme. Durch die gemeinsame Versorgungsverantwortung haben die Einrichtungen eine offene Perspektive und ziehen sich nicht auf die Belegung und den reibungslosen Ablauf ihrer eigenen Einrichtung zurück. Die grundsätzlichen Vorbehalte gegenüber der Integration forensischer Klienten, die auch in unserer Region in den Einrichtungen verbreitet war, können in einer solchen Atmosphäre angegangen und sukzessive abgebaut werden. Eine entscheidende Erfahrung dabei ist, dass mit den (vermeintlich) spezifischen Problemen der forensischen Klienten ebenso aktiv umgegangen werden kann wie mit Problemen nicht forensischer Klienten. Im Laufe der Zeit setzt sich in der Regel die Erkenntnis durch, dass

die Probleme nicht spezifisch für die forensische Klientel sind.

Eine spezifische Qualifikation der Mitarbeiter in den Einrichtungen des GPV erscheint nicht notwendig. In den GPV der Region Bodensee-Oberschwaben verfügt kein Mitarbeiter über eine forensische Zusatzqualifikation. Der Anteil der Mitarbeiter mit sozialpsychiatrischer Zusatzqualifikation ist allerdings auch bei den pflegerischen Mitarbeitern relativ hoch. Der entscheidende Faktor für die erfolgreiche Integration ehemaliger forensischer Patienten scheint jedoch die schriftliche Vereinbarung der Träger im gemeindepsychiatrischen Verbund zu sein, diese Klientel nicht auszuschließen. Den adäquaten Umgang mit den Klienten erarbeiten sich die Teams angesichts der Vorgabe zur Versorgungsverantwortung selbst. Bemerkenswert ist die gelegentliche Äußerung von Teammitgliedern, die ehemaligen forensischen Klienten seien besonders gut zu integrieren.

Spezielle Angebote, wie ein forensisch-spezifisches Nachsorgeteaming, sind aufgrund der hiesigen Erfahrungen für die Integration in die Einrichtungen des GPV nicht zwingend erforderlich. Es ist daran zu erinnern, dass in der hiesigen Region zahlenmäßig die Eingliederung von Menschen mit Psychosen dabei ganz im Vordergrund steht. In anderen Regionen mit einem hohen Anteil an MRV-Patienten mit F6-Diagnosen können andere Notwendigkeiten bestehen. In jedem Fall wichtig sind folgende drei Voraussetzungen seitens der forensischen Klinik: 1. die Bereitschaft und das Vertrauen, den Klienten an die Einrichtungen des GPV abzugeben. 2. eine gute, auf Verhandlung mit dem Klienten basierende Vorbereitung und 3. die zeitnahe und unbürokratische Unterstützung der GPV-Einrichtungen beim Auftauchen von Problemen, bis hin zur Krisenintervention (wie oben beschrieben). Hinsichtlich diesem dritten Aspekt, aber auch der Beratung der GPV-Einrichtungen zum Umgang mit Aggressionsvorfällen und Risikoeinschätzungen, können forensische Ambulanzen einen entsprechenden Beitrag leisten.

Der Umgang mit forensischen Klienten setzt Lernprozesse bei den Einrichtungen in Gang, die sich konstruktiv auf die Betreuung nicht forensischer Klienten auswirken (vgl. auch Rosemann 2003). Offensichtlich hat die Integration ehemaliger forensischer Patienten einen deutlichen Effekt auf den professionelleren Umgang mit dem Thema Fremdaggression. Die insgesamt niedrige Rate an Fremdaggressionen in der Gesamterhebung ist ein Hinweis auf diesen Effekt. Noch gewichtiger ist die Tatsache, dass sich kein statistischer Zusammenhang in der Gesamterhebung zwischen aggressivem Verhalten und Klinikweisung zur Krisenintervention zeigt. Wissenschaftlich ist das mit unserer Erhebung zwar nicht nachweisbar, fallspezifisch bei der Besprechung von Einzelfällen drängt sich jedoch der Eindruck auf, dass das Thema Aggression bis zu einem gewissen Ausmaß als Phänomen betrachtet wird, mit dem der Mitarbeiter bzw. das Team umgehen kann. Gleichzeitig hat sich die Toleranz gegenüber körperlicher Gewalt seitens der Klienten eher verringert. D.h., den Klienten wird für deutliche Grenzüberschreitungen in diesem Bereich kein Krankheitsbonus mehr zugebilligt. Übergriffe werden entsprechend üblicher gesellschaftlicher Konvention zur Anzeige gebracht und dementsprechend strafrechtlich verfolgt.

Trotz dieser konsequenten Haltung ist der Anteil von Klienten, die aus Wohneinrichtungen der GPV in der Region Bodensee-Oberschwaben forensisch untergebracht werden, sehr gering. In den letzten fünf Jahren war es im Schnitt weniger als ein Klient pro Jahr. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass mit einem differenzierten gemeindepsychiatrischen Angebot ein Beitrag zur Prävention der Straffälligkeit und damit einer Forensifizierung psychisch kranker Menschen geleistet wird. Der hohe Anteil von ehemals forensisch untergebrachten Patienten in der stationären Wohnversorgung muss dabei als eindeutiger Hinweis verstanden werden, dass eine intensive personelle Betreuung beim Übergang aus der forensischen Abteilung einen wesentlichen Anteil an der

erfolgreichen Integration in das gesellschaftliche Leben leistet. Dementsprechend dürfte auch bei der Prävention von Straffälligkeit die intensive personelle Betreuung entscheidend sein, auch wenn der Hilfebedarf nicht in erster Linie auf der Ebene der lebenspraktischen Fähigkeiten besteht.

Versorgungspolitisch wird durch die Angebote des GPV in Kombination mit direktiven Vorgaben seitens der Justiz in Form von Bewährungsaufgaben zum Teil erstmalig ein stabiles Lebensumfeld für hochbelastete psychisch kranke Menschen geschaffen und zugleich der ethische Auftrag erfüllt, auch für diesen Personenkreis ein am Bedarf orientiertes Angebot bereit zu stellen. Schließlich trägt die aktiv betriebene, konsequente Reinteg-

ration von MRV-Patienten in den GPV dazu bei, den justiziell veranlassten Freiheitsentzug zeitlich zu begrenzen und resultiert damit in moderaten durchschnittlichen Verweildauern in der MRV-Einrichtung. Dies zeigt sich auch in einer niedrigen Bettenmessennummer im Bundes- und Landesvergleich, verhindert, dass MRV-Einrichtungen zu „Lebensversickerungsanstalten“ (W. Rasch) werden und mildert die doppelte Stigmatisierung der Betroffenen als psychisch krank und Rechtsbrecher. ●

Anmerkung

1 Wir danken Erich Flammer und Peter Schmid für die spezifische Auswertung der GPV-Bado-Daten.

Literatur

Frank U.: Hilfe wider Willen – Ethische Konflikte bei zwangsweiser Behandlung. Kerbe 2007, 25: 17-19
Hodgins, Müller-Isberner R., Allaire J.-F.: Attempting to understand the increase in the

number of forensic beds in Europe: a multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services. International Journal of forensic Mental Health 2006, 5 (2): 173-184

Seifert D.: Gefährlichkeitsprognosen im psychiatrischen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. Habilitationsschrift, Essen. 2005

Rasch, W., zitiert nach Rückert, S.: In der Lebensversicherungsanstalt. Die Zeit, 11.12.2008, Nr. 51

Weig W.: Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. Der Nervenarzt 2009; 80, 847-854

Freese R.: Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Pabst, Lengerich. 2003

Friedhelm Schmidt-Quernheim, Rheinische Kliniken Düren, Bibliografie DOI 10.1055/s-2006-951971 Psychiat. Prax. 2007; 34: 218 - 222 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, ISSN 0303-4259

Matthias Rosemann, Integration forensischer Patienten in die gemeindepsychiatrische Versorgung; Erheblich erweiterte Fassung eines Kurzbeitrags zur Tagung „Psychisch Kranke in Maßregel- und Justizvollzug“ der Aktion Psychisch Kranke e.V. am 30.10.2002 in Fulda

Konrad M., Frank U., Flammer E.: Die Versorgung ehemaliger forensischer Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Eine empirische Untersuchung. Unveröffentlichtes Manuskript, 2010

Gedenken der Opfer der NS-Psychiatrie – warum das auch heute noch wichtig ist

Rahmenprogramm zur Gedenkveranstaltung „Gleichstellung der Opfer jetzt“
3.-4.9.2010 in Berlin

Alljährlich gedenken Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige und Tätige in der Psychiatrie der Verbrechen an Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen in der Zeit des Nationalsozialismus. Dazu treffen wir uns jedes Jahr am ersten Samstag im September an der Stelle, an der einst die Zentrale der Täter gestanden hat in der Tiergartenstr. 4 in Berlin.

Die Verbände, die sich im Kontaktgespräch Psychiatrie organisiert haben, wollen mit einer Rahmenveranstaltung den Bogen spannen, der heute erforderlich ist, um zu verstehen, warum das Gedenken auch heute noch notwendig ist. Dazu gehören verschiedene Elemente: Erinnern, Wissen und Verstehen. Erfassen und Begreifen. Beziehen auf uns und heute. Dazu werden am 3. und 4. September vor der eigentlichen Gedenkstunde einige Veranstaltungen dienen.

Aus dem Programm:

Freitag, 3.9.2010,
Vorträge zur Geschichte der Psychiatrie im Nationalsozialismus und zur Bedeutung für psychiatrisch Tätige heute.
Kino Babylon, Film „Himmel und mehr“ von Alexandra Pohlmeier über und mit Dorothea Buck.
Samstag, 4.9.2010,
Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik
Führung durch die Ausstellung „Totgeschwiegen“.
Gedenkveranstaltung unter dem Oberthema „Gleichstellung der Opfer jetzt“

Nähere Informationen mit dem vollständigen Programm und den Anmeldeöglichkeiten finden Sie auf den Internetseiten der Verbände sowie unter www.psychiatrie.de

Veranstalter: Kontaktgespräch Psychiatrie (Aktion Psychisch Kranke, AWO Bundesverband, BAG GPV, Bundesverband der Angehörigen, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, DV Gemeindepsychiatrie, Diakonisches Werk der EKD, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Paritätischer Gesamtverband)

Einladung zur Mitarbeit im Arbeitsbereich: „Transkulturelle psychosoziale und therapeutische Versorgung“

Auf dem 3. Kongress Transkulturelle Psychiatrie vom 9.-11.09.2009 in Zürich hat sich der Arbeitsbereich „Transkulturelle psychosoziale und therapeutische Versorgung“ des Dachverbandes der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. gebildet. Erste Ziele sind, gemeindepsychiatrische und andere ambulante psychosozial und therapeutisch tätige Akteure mit besonderem transkulturellem Engagement überregional miteinander zu vernetzen, Erfahrungsaustausch zu organisieren und den zentralen Stellenwert lebensweltnaher Angebote in der Versorgung psychisch erkrankter Migranten hervorzuheben. Das nächste Treffen des Arbeitsbereiches: Dezember 2010 (4. Kongress Transkulturelle Psychiatrie in Düsseldorf).

Nähere Informationen:

Martin Vedder, Leiter des Fachbereiches (martin.vedder@ptv-solingen.de) und unter <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/Arbeitsbereiche/>