

# „Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“

Dokumentation des Regionaltreffens  
des  
Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.

am 23.08.2008  
im Friedrich-Spee-Haus  
in Neuwied



## **Begrüßung**

Frau Dr. Daniela Engelhardt (SWR 4), die die Moderation der Veranstaltung übernommen hat, begrüßt alle Teilnehmer und spricht ihnen ein Kompliment für den Mut aus, den es erfordere, sich dem Thema „Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“ anzunehmen.

„Genauer hinschauen“ erscheint ihr das richtige Motto für den folgenden Austausch zu sein, das die betroffenen Menschen in den Mittelpunkt rücke – ohne die Suche nach „Sündenböcken“ zu eröffnen.

Frau Monika Zindorf, Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz, begrüßt und dankt ihrerseits

- Frau Roswitha Beck, Kuratoriumsvorsitzende des Vereins für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V. für ihren steten Einsatz
- Frau Dr. Julia Kuschnerit, Psychiatriereferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, für die finanzielle Unterstützung und Beratung
- Herrn Reiner Kilgen, Bürgermeister der Stadt Neuwied, für seine Zusage und sein anstehendes Grußwort
- Frau Dr. Elisabeth Hopfmüller, Chefärztin im Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, für ihr folgendes Referat
- den Angehörigen Frau Helga Herbert, Frau Hedi P.<sup>1</sup> und Frau Elly S.<sup>2</sup> für ihre bevorstehenden Statements
- den übrigen Teilnehmern der folgenden Podiumsdiskussion
  - Herrn Peter Wilhelm Dröscher MdL, SPD-Landtagsfraktion
  - Herrn Dr. Fred-Holger Ludwig, Mitglied der CDU-Fraktion im Kreistag Südliche Weinstraße, Vorsitzender des Arbeitskreises Gesundheit in Rheinhessen und Mitglied im Bundesausschuss Gesundheit
  - Herrn Ottmar Miles-Paul, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz
  - Herrn Dr. Ulrich Kettler, Psychiatriekoordinator des Landkreises Neuwied, für die Unterstützung bei der Vorbereitung dieses Regionaltreffens

---

<sup>1</sup> und

<sup>2</sup> beide Angehörige sind Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker und dem Veranstalter persönlich bekannt.

- Herrn Holger Wytzes, Psychiatriekoordinator des Rhein-Hunsrück-Kreises
- Herrn Jörg Holke, Geschäftsführer der Aktion psychisch Kranker (ApK e.V.)
- Frau Leonore Julius, Geschäftsführerin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker
- Frau Anne Nick, Leiterin der Angehörigengruppe Neuwied
- Frau Arlette Mathoni-Welling, Vorstandsmitglied des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.
- Frau Dr. Daniela Engelhardt für die Übernahme der Moderation
- Frau Carmen Meurer für die Protokollierung
- Frau Hildegund Schönhals-Harder und Herrn Frank Schlotter von der Katholischen Familienbildungsstätte Neuwied e.V. für die Vorbereitungen im Friedrich-Spee-Haus
- der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) für die finanzielle Unterstützung
- der Presse (sofern anwesend) für eine gute Berichterstattung

und allen übrigen Anwesenden für die erwiesene Resonanz.

Herr Josef Winkler, MdB vom Bündnis 90/Die Grünen, und Herr Harald Diehl, Referatsleiter im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz und zuständig für Grundsatzfragen der Eingliederungshilfe, mussten aufgrund dringender Termine in Berlin ihre Teilnahme leider kurzfristig absagen.

Frau Zindorf erläutert die Hintergründe für das Thema der Veranstaltung:

*Immer wieder berichten mir Angehörige, dass es für ihre schwer chronisch psychisch kranken Angehörigen (Drehtürpatient, Systemsprenger, Verwahrlosung, Obdachlosigkeit) in der eigenen Gemeinde kein angemessenes Hilfsangebot gibt.*

*Wohin also mit diesen schwierigen Menschen?*

*Da es in Rheinland-Pfalz keine Heime oder Einrichtungen gibt, die ein enges Betreuungsangebot vorhalten, und es auch künftig keine geben soll, werden für die Betroffenen Therapieplätze in Oberbayern oder Thüringen, vielleicht auch noch anderswo gesucht und angeboten. Das ist für die Angehörigen sowie für die Betroffenen ein unhaltbarer Zustand und schwer auszuhalten.*

*Mit dieser Veranstaltung wollen Angehörige von psychisch kranken Menschen mit den Verantwortlichen ins Gespräch kommen und auf die Missstände aufmerksam machen. Die Kommunen sollen mit allen Beteiligten wohnortnahe Lösungen für diesen Personenkreis suchen und anbieten.*

Frau Zindorf ist gespannt auf die Ergebnisse dieser Veranstaltung und übergibt das Wort an Frau Roswitha Beck.

## **Grußworte**

### **Roswitha Beck**

Frau Beck begrüßt Frau Zindorf, Frau Dr. Kuschnereit, Herrn Kilgen, Herrn Dr. Ludwig, Herrn Kluck vom Förderverein gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Neuwied und alle weiteren Teilnehmer.

Sie dankt eingangs Frau Zindorf für die Einladung und das Engagement des Landesver-

bandes, der insbesondere in Form von spannenden Fachtagungen (die keine Schönwetter-Veranstaltungen darstellen) den Austausch von Professionellen, Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen fordert und fördert, um Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz zu erreichen.

Frau Beck skizziert die großen Fortschritte, die Rheinland-Pfalz in den letzten 15 Jahren erzielt hat. Während bis Anfang der 90er Jahre die psychiatrische Versorgung im Wesentlichen durch die drei großen psychiatrischen Kliniken in Klingenmünster, Alzey und Andernach geprägt war, hat sich dies in den letzten Jahren deutlich verändert. So wurden seither neun neue psychiatrische Abteilungen eingerichtet, sechs neue Fachkliniken haben den Pflichtversorgungsauftrag für ihre Region übernommen und 23 neue Tageskliniken wurden eröffnet.

Ein Prozess der Dezentralisierung führte dazu, dass die medizinische Behandlung am Wohnort stattfinden kann. Frau Beck betont, dass es nun vor allem im Bereich der komplementären Hilfen auf weitere Angebote und eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten ankomme – nach einem Klinikaufenthalt seien die Betroffenen insbesondere auf Unterstützung in den Bereichen Wohnen und Arbeit angewiesen. Tagesstätten für schwer chronisch psychisch kranke Menschen sollten weiter verstärkt an der Verhinderung des „Drehtüreffekts“ arbeiten.

Frau Beck betont, dass es trotz aller Fortschritte noch Lücken zu schließen gebe und dass ihr Verein versuche, als kräftiger Motor mitzuwirken.

In vielen Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen sei ihr oft geschildert worden, wie lange die Suche nach adäquaten Hilfen für besonders schwierige Patienten dauern könne – die Unterbringung in Einrichtungen anderer Bundesländer sei keine Maßnahme, mit der man sich abfinden dürfe. Die Lösung könne nur die konsequentere Umsetzung der Psychiatriereform sein.

Frau Beck wünscht sich, mit Klaus Dörner gesprochen, dass mit den Schwächsten angefangen werde. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände müssten analog der Kliniken regionale Versorgungsverpflichtungen übernehmen und diese flächendeckend umsetzen – sich also zuständig fühlen und entsprechend handeln.

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Beck für ihren Einsatz und übergibt das Wort an Frau Dr. Kuschnereit.

### **Dr. Julia Kuschnereit**

Frau Dr. Kuschnereit begrüßt Frau Beck und dankt Frau Zindorf für die Einladung.

„Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“ – ein schwieriges, heikles und auch im Ministerium immer wieder präsent Thema. Frau Dr. Kuschnereit freut sich auf die Diskussion und die gemeinsame Suche nach Lösungen.

Von den von Frau Beck skizzierten Erfolgen der Psychiatriereform haben viele Betroffene profitieren können – aber noch immer würden nicht alle einen Platz in der Gemeindepsychiatrie finden. Keinen Platz zu finden bedeute oft, nach langen Odysseen zu scheitern.

Die einzige Lösung für diese Fälle bestehe in der konsequenten Umsetzung einer regionalen Versorgungsverpflichtung des komplementären Bereichs. In vielen Gemeindepsychiatrischen Verbänden sei diese Verpflichtung bereits Bestandteil des Selbstverständnisses. Das Persönliche Budget, individuelle Teilhabepflege und Teilhabekonferenzen, in denen alle Beteiligten schwierige Fälle miteinander beraten, seien wichtige Instrumente, um einer Versorgungsverpflichtung in der Gemeinde gerecht zu werden.

Frau Dr. Kuschnerleit betont, dass das Land Rheinland-Pfalz bereit sei, auch die Finanzierung eines „Mehr“ an Hilfebedarf, sprich individuelle und kreative Lösungen, zu unterstützen – Bsp.: ein Wohncontainer für einen Mann, der in konventionellen Wohnformen scheiterte. Sie kündigt ein Modellprojekt des Landes namens „Mobile Fachteams“ an, das den Professionellen Unterstützung in besonders schwierigen Fällen anbieten werde. Sie räumt ein, dass die bestehenden Angebote nicht immer ausreichend seien und erklärt, dass das Land bereit sei, an einem notwendigen Ausbau mitzuwirken.

Geschlossene Heime als Lösung für besonders schwierige Klienten hingegen lehne das Land definitiv ab – Freiheitsentzug als Ultima ratio müsse in bestehenden Einrichtungen gewährleistet werden.

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Dr. Kuschnerleit für ihre klare Positionierung und übergibt das Wort an Herrn Kilgen.

## **Reiner Kilgen**

Herr Kilgen heißt Frau Zindorf, Frau Beck, Frau Dr. Kuschnerleit und die übrigen Teilnehmer willkommen in Neuwied.

Er dankt dem Landesverband für die Wahl des Veranstaltungsortes Neuwied – die „Stadt der Schulen“ und auch die der sozialen Einrichtungen: so sind unter anderem die Landesschule für Blinde und Sehbehinderte, die Landesschule für Gehörlose und Schwerhörige und das Heinrich-Haus der Josefs-Gesellschaft in Neuwied ansässig.

Die Förderung der gemeindenahen Psychiatrie spiele in Neuwied eine große Rolle und habe seit 1995 zahlreiche Verbesserungen hervorgebracht. Ein wichtiges Angebot stelle z.B. das Krisentelefon dar, das seit zehn Jahren Menschen mit seelischen Problemen und deren Angehörigen in Krisensituationen Beratung anbietet.

Des Weiteren haben Selbsthilfe- und Angehörigengruppen in der Stadt und im Kreis Neuwied seit vielen Jahren Tradition: so findet jährlich der „Neuwieder Selbsthilfegruppentag“ statt, bei dem in diesem Jahr 41 Gruppen aus der Stadt Neuwied, 43 aus dem Kreis Neuwied und 11 Gruppen von außerhalb, die Menschen aus Neuwied betreuen, also rund 100 aktive Gruppen, vertreten waren.

Die Nekis, die Neuwieder Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, und insbesondere die Angehörigengruppe Neuwied leisteten im Bereich der psychiatrischen Versorgung wichtige Arbeit und auch das Ehrenamt sei in diesem Zusammenhang nicht zu vergessen.

Herr Kilgen dankt den Anwesenden für ihre Aufmerksamkeit und wünscht allen einen guten Verlauf der Veranstaltung.

Frau Dr. Engelhardt dankt Herrn Kilgen für sein Grußwort und erwähnt überleitend zum anstehenden Referat von Frau Dr. Hopfmüller Untersuchungen, nach denen die Psychiatriereform offenkundig vor allem an chronisch psychisch Kranken mehr oder weniger folgenlos vorbeigegangen sei, ihre Versorgung sich gar als schlechter als vor 20 Jahren darstelle. Insbesondere viele schizophren erkrankte Menschen lebten entweder schlecht oder gar nicht versorgt zu Hause. Es gebe sie also – die „Verlierer der Gemeindepsychiatrie“.

**„Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“**  
**Referat von Dr. Elisabeth Hopfmüller**

*Das Referat kann mit einem separaten Link heruntergeladen werden.*

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Dr. Hopfmüller für ihren eindrucksvollen Bericht und bittet die Teilnehmer um Fragen hierzu.

**Fragen und Antworten zum Referat von Frau Dr. Hopfmüller**

- Frage: Wie werden die Hilfen für diese betreuungsintensiven Einzelfälle finanziert?
- Dr. Hopfmüller: Immer in Form einer Mischfinanzierung. So hatte z.B. Frau A die Pflegestufe 3 (heute 2), bekam häusliche Pflege (Medikamentengabe) ärztlich verordnet und ambulante Ergotherapie als Kassenleistung. Leider wird bei uns Ergotherapie für über 60-jährige nicht mehr über die Eingliederungshilfe finanziert. Herr B erhielt ambulante Ergotherapie und über die Eingliederungshilfe ambulante Betreuung im Schlüssel 1:6 und Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.
- Frage: Wer übernimmt die Koordination und trägt die Verantwortung?
- Dr. Hopfmüller: Die Libero-Funktion übernehmen die Krankenhausmitarbeiter.
- Frage: Entstehen keine Probleme bei der Vermischung klinischer Arbeit mit ambulanten Leistungen?
- Dr. Hopfmüller: Wir leisten diese ambulanten Hilfen im Rahmen unserer Psychiatrischen Institutsambulanz, die dezentral organisiert ist – jeder Mitarbeiter der Klinik ist auch Mitarbeiter der PIA.
- Frage: Wie groß ist das Gebiet, das Sie versorgen?
- Dr. Hopfmüller: Es handelt sich um ein ländliches Gebiet – um einen Landkreis mit rund 190.000 Einwohnern, das von verschiedenen Trägern (u.a. Die Brücke, Der Anker, Arbeit nach Maß) versorgt wird. Wir selbst halten 50 vollstationäre Betten, 31 tagesklinische Plätze und die PIA vor.
- Frage: Wie schätzen Sie die Aussichten von Frau K ein?
- Dr. Hopfmüller: Da sie nun in der Forensik untergebracht ist, haben wir leider keinen direkten Einfluss mehr. Dennoch bemühen wir uns, weiter den Kontakt zu ihr z.B. über Besuche zu halten. Die Bereitschaft, sie wieder zu übernehmen, ist in jedem Fall gegeben.
- Frage: Wie funktioniert bei Ihnen Teilhabeplanung?
- Dr. Hopfmüller: Wir stellen einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim Sozialpsychiatrischen Dienst, woraufhin eine Konferenz zur Hilfeplanung bzw. zur Feststellung des Hilfebedarfs stattfindet. Wir nutzen eine Art „selbstgemachten“ IBRP, der dem Kostenträger (der bei der Konferenz lei-

der nicht vertreten ist) vorgelegt wird.

Frage: Was genau ist das von Ihnen erwähnte regionale Psychriatriebudget?

Dr. Hopfmüller: Es handelt sich hierbei um ein Budget für krankenkassenfinanzierte Leistungen, also die der Klinik, der PIA und der ambulanten Ergotherapie – für die Leistungen der Eingliederungshilfe gibt es ein solches Budget nicht.

Frage: Wie stärken Sie Ihre Mitarbeiter für die jahrelange Arbeit mit besonders schwierigen Patienten?

Dr. Hopfmüller: Ich denke, es kommt hierbei weniger auf reine Wissensvermittlung, sondern vielmehr auf die Vermittlung von „skills“ an. Wir nutzen vor allem Fallkonferenzen, in denen viel Kreativität freigesetzt wird und beschäftigen uns dort sehr intensiv mit den Lebensgeschichten der Betroffenen – dadurch schärft sich unser Blick für die Ressourcen des einzelnen Menschen. Diese Herangehensweise gibt Kraft und schafft eine Haltung, die sich als gute Burnout-Prophylaxe bewährt hat.

Frage: Wie schaffen Sie es, dass Nachbarschaftshilfe wirklich zustande kommt?

Dr. Hopfmüller: Man muss sich und auch den betroffenen Nachbarn eines klarmachen: störendes Verhalten anderer gehört einfach zum Lebensrisiko. Wir suchen den Kontakt zu den Nachbarn allerdings nicht im Vorfeld, sondern erst beim Einzug unserer Klienten. Es hat sich gezeigt, dass Nachbarn gegenüber Einzelpersonen viel mehr Toleranz an den Tag legen als gegenüber Einrichtungen. Allerdings muss man manchmal auch Umzüge der Klienten in Kauf nehmen, um Eskalationen zu verhindern.

Frage: Wie gehen Sie mit „jungen Doppeldiagnosen“ um?

Dr. Hopfmüller: Als Beispiel fällt mir hierzu ein junger Mann ein, der drogenabhängig war und an einer multiplen chronischen Psychose leidet. Er zeigte keinerlei Krankheitseinsicht und wir haben mit ihm in der Klinik lange einen klaren Kopf mittels Medikamenteneinnahme „geprobt“. Schließlich wurde ihm eine Wohnung in Kliniknähe besorgt. Wir betreuten ihn weiter und er drehte einige Ehrenrunden – allerdings kam er immer häufiger freiwillig zu uns. Derzeit wartet er auf einen Platz in der Langzeittherapie, nimmt seine Medikamente und ist seit einem Dreivierteljahr abstinent.

Frage: Die Lösungen für die von Ihnen geschilderten Fälle sind sehr eindrucksvoll – aber hierfür müssen Ihre Personalressourcen sehr hoch und/oder Ihre Finanzierungsmöglichkeiten enorm sein.

Dr. Hopfmüller: Ich denke, dass der Aufwand am Anfang sehr hoch ist – hierfür nutzen wir vor allem die krankenkassenfinanzierten Leistungen. Aber der Aufwand lässt nach.

Frage: Was kostet eine solch intensive Betreuung?

Dr. Hopfmüller: Am Beispiel von Herrn B: er erhält eine Arbeitsmaßnahme, die einen

Tagessatz von 35 € kostet, die teilstationäre Eingliederungshilfe kostet rund 800 € pro Monat, hinzu kommt die ambulante Pflege und die Kosten für die Betreuung durch die PIA, die ihn in den ersten vier Wochen täglich besuchte und dies schließlich alle drei Monate tut. Die Gesamtkosten müssten wir separat einmal ausrechnen.

Frage: Gibt es bei Ihnen das Resümee „austherapiert“?

Dr. Hopfmüller: Nein – nach Ende des Behandlungsauftrages der Klinik gilt es immer, weitere Hilfen zu organisieren.

– Pause –

Eine kurze Umfrage von Dr. Engelhardt zeigt, dass sich der Teilnehmerkreis der heutigen Veranstaltung etwa pari-pari aus Professionellen und Angehörigen zusammensetzt, und leitet zu den Statements der Angehörigen über – denn wenn es Verlierer der Gemeindepsychiatrie gibt, dann verlieren auch immer deren Familien.

## **Statements von Angehörigen**

### **Helga Herbert**

Mein Name ist Helga Herbert. Ich bin Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker und Mutter eines psychisch kranken Sohnes.

Ich leite seit 12 Jahren eine Angehörigengruppe im Raum Alzey-Worms. Aus dieser möchte ich heute kurz über Erfahrungen berichten, die unsere Gruppenmitglieder und ihre Kranken bisher mit der Gemeindepsychiatrie gemacht haben.

Dabei habe ich, der Anschaulichkeit halber, eine Einteilung in 3 Gruppen vorgenommen, deren Übergänge fließend sind.

Beginnen werde ich mit den positiven Rückmeldungen aus der Gruppe 1:

Diejenigen unserer Mitglieder, deren kranke Angehörige in der Lage sind zu kooperieren, wohngruppenfähig und krankheitseinsichtig sind und noch über ein gewisses Potential an gesunden Anteilen verfügen, berichten über Erleichterungen, Fortschritte und Erfolge, die ihre Patienten mit der Gemeindepsychiatrie erfahren.

Betreutes Wohnen, Persönliches Budget, Hilfe nach Maß und Teilhabekonferenzen tragen hier in vielen Fällen zu gutem Gelingen bei.

Anders sieht es bei Menschen mit schwerer chronischer Schizophrenie aus, die ich in Gruppe 2 zusammengefasst habe:

Viele von ihnen, so wird uns berichtet, wohnen noch bei den Eltern (oft selbst schon ältere Menschen) oder allein in einer eigenen Wohnung, zum großen Teil ohne angemessene Behandlung, ohne Reha-Maßnahmen und ohne Perspektiven.

Häufige Klinikaufenthalte mit vorzeitiger Entlassung (nur noch Krisenintervention) wechseln sich ab mit Rückfällen und oft viel zu späten Wiedereinweisungen. In diesem Zusammenhang hören wir häufig Klagen über

- Richter, die Beschlüsse nicht erlassen oder nicht verlängern und im Namen der Freiheit den Kranken noch mehr Schaden zufügen
- Betreuer, die sich nicht genug für ihre Schützlinge einsetzen

- Missachtung der Tatsache, dass fehlende Krankheitseinsicht und das Nicht-annehmen-können der Hilfsangebote letztendlich Krankheitssymptome sind und hier Hilfe zur Hilfeannahme geleistet werden müsste.

Besonders geklagt wird darüber, dass es trotz flächendeckenden gemeindepsychiatrischen Strukturen für diese schwer Kranken keine besonders beschützten Einrichtungen (Tag- und Nachtbetreuung) gibt. Diese fehlende Schutzfunktion wurde früher von den mittel- und langfristigen Abteilungen der Kliniken geboten. Eine Alternative im Sinne der Gemeindenahen Psychiatrie wird bis heute schmerzlich vermisst. Den kranken Menschen geht es damit schlecht.

Nun komme ich zur Gruppe Nr. 3:

Dies ist eine kleine Gruppe, die durch alle Systeme fällt, die besonders gefährdet ist, straffällig und obdachlos zu werden und oft aus Mangel an adäquaten Einrichtungen in andere Bundesländer weitergereicht wird.

Hier geht es um chronisch schizophrene Menschen mit Suchterkrankung (Alkohol / Drogen)

- Patienten mit besonders schwieriger Problematik
- mit gestörtem Sozialverhalten
- nicht integrierbar (halten sich nicht an Regeln)
- impulsiv/aggressiv
- manipulierend und belästigend
- krankheitsuneinsichtig
- therapieresistent und so weit heruntergekommen, dass es kaum jemand mit ihnen aushält
- so sind sie meist beziehungslos, obwohl gerade sie Beziehung am allernötigsten bräuchten

Bestehende Einrichtungen bezeichnen sich als nicht geeignet und in ihren Möglichkeiten überfordert. Sie sehen sich unter den derzeitigen Bedingungen außerstande, den Bedürfnissen dieser Kranken gerecht zu werden bzw. sie überhaupt in ihrer Einrichtung aufzunehmen. Abgesehen davon sind sie meistens überbelegt.

Auch für solche schweren Fälle bot die Klinik früher Asyl und Schutzraum, um wenigstens das Überleben dieser Menschen zu sichern und das orientierungslose Herumirren in der Obdachlosigkeit sowie das Abtriften in die Forensik zu verhindern.

Wo ist hier die gemeindepsychiatrische Alternative?

Lösungen werden sowohl von Angehörigen als auch von ihren Kranken sehnlichst erwartet, dringend gebraucht und sollten nicht mehr auf die lange Bank geschoben werden.

## **Elly S.**

Mein Name ist Elly S. Ich bin Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker.

Ich bin Mutter eines 28-jährigen Sohnes, der im Alter von 17¾ Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie erkrankte. Bis heute hat mein Sohn vierzehn Zwangseinweisungen, sechs teilstationäre Aufenthalte und eine abgebrochene Reha-Maßnahme durchlebt. (Heute besteht der Verdacht, dass die zur Verfügung stehenden Medikamente nur unzureichend verstoffwechselt werden können). Er gilt als „Systemsprenger“.

Als mich Frau Zindorf vor einiger Zeit fragte, ob ich meinen Sohn hier als Fallbeispiel darstellen würde, sah die Welt für uns so aus:

- die Krankenhausaufenthalte dauerten immer länger
- die Entlassungen erfolgten, ohne dass sich ein nennenswerter Erfolg eingestellt hätte
- nach den Entlassungen gab es keine weiteren Hilfsangebote.

Zu Hause angekommen verlor mein Sohn sehr schnell die Tagesstruktur:

- er begann wieder von Kaffee und Zigaretten zu leben
- er vergaß seine Medikamente
- er verdunkelte wieder die Wohnung
- sein Geld war gleich fort
- die Tür zur Realität war bald wieder zu
- seine Aggressionen wurden wieder unkontrollierbar.

Die Hoffnung auf eine Teilnahme am Leben schwand gänzlich. Zeitweise war ich die Einzige, die in seine Wohnung durfte. Bis meine Kräfte versagten – ich wog nur noch 46 kg und bekam schwere Asthmaanfälle.

Ich fragte bei allen helfenden Einrichtungen nach:

- die Mitarbeiter der Sozialstation hatten Angst vor ihm und kamen bald nicht mehr
- bei schweren Panikattacken kam der Hausarzt nicht
- der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes hörte mir zwar immer wohlwollend zu, unterstützte meine Vorschläge zur Integration, kam auch sporadisch ins Haus – meistens beschränkte man sich aber auf die Vorbereitung einer Einweisung.

Um die Situation zu deeskalieren, schlug man mir eine gesetzliche Betreuung für meinen Sohn vor. Im Rückblick war das ein großer Fehler. Ich konnte nun nur noch gehört werden. Alle Schritte musste der Betreuer machen – der aber machte nichts. Es kamen Aussagen wie:

- Was wollen Sie denn, der hat doch alles
- Tagesstruktur! Er geht ja doch nicht aus dem Haus
- Wenn er kein Geld hat, soll er zur „Tafel“ fahren
- Erhöhung des Schwerbehindertengrades! Was nützt ihm das?
- Merkzeichen? Wozu braucht er die?
- Persönliche Assistenz? Frau Sauvageau, Sie sprengen den Rahmen!

Nur durch massives penetrantes schriftliches und telefonisches Nachhaken über Wochen hinweg kam es vor drei Monaten zu einem unglaublichen Glücksfall.

Das Persönliche Budget machte es möglich, dass ein äußerst erfahrener Diplom-Psychologe mit langjähriger Erfahrung in der Begleitung von psychiatrischen Klienten jetzt für zwei mal zwei Stunden pro Woche meinen Sohn aufsucht.

Hier kam ein Mensch, der ein persönliches Interesse am Leben eines schwer kranken Menschen hat – für ihn ist mein Sohn kein „Fall“. Es ist unglaublich, welche Veränderungen sich derzeit bei uns einstellen. Mein Sohn

- verlässt seine Wohnung wieder
- gewinnt zunehmend wieder Interesse am Leben
- traut sich wieder etwas zu
- beginnt finanziell zu wirtschaften (er führt ein Haushaltsbuch!)
- nimmt seine Medikamente.

Seine Aggressionen nehmen rapide ab, seine sozialen Beziehungen werden gerettet / neu aufgebaut und Entwicklungsdefizite werden aufgearbeitet. Er konnte in den letzten drei Monaten eine funktionierende Tagesstruktur aufbauen – so besucht er für einige Stunden am Tag einen Weinbaubetrieb in seiner Ursprungsgemeinde.

Ein Leben kehrt zurück!

Ich bin mir sicher – wäre es nicht zu dieser Begegnung gekommen, wäre mein Sohn schon wieder in der Klinik gelandet und anschließend noch ein Stückchen weiter in der Isolation von seiner Umwelt.

Wir sind sehr dankbar für die letzten Monate.

## **Hedi P.**

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Meine Tochter, 37 Jahre alt, ist seit mehreren Jahren an einer paranoiden Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankt. Die schwer chronisch psychische Erkrankung sowie das selbstgefährdende Verhalten meiner Tochter führten im September 2007 dazu, dass Klinikarzt und gesetzliche Betreuerin entschieden, meine Tochter in einem geschlossenen Heim unterzubringen.

Da RheinlandPfalz es leider nicht als nötig erachtet, für schwer psychisch kranke Bürger solch einen schützenden und therapeutischen Raum anzubieten, befindet sich meine Tochter seit November 2007 in Bayern. Das „Haus Maximilian“, eine sozialtherapeutische Langzeiteinrichtung für psychisch Kranke, Suchtkranke und behinderte Menschen, liegt in Niedertaufkirchen bei Neumarkt-St.Veit, im Kreis Mühldorf am Inn.

Gemeindenaher Psychiatrie? Gemeindenah heißt für meine Tochter: 500 km von ihrem Lebensmittelpunkt entfernt zu sein. Der Kontakt zu den Eltern lässt sich nur noch durch Telefonanrufe herstellen.

Eine große Sorge meiner Tochter ist: Wie finanziere ich die Fahrkarte, sollte es mir einmal erlaubt werden nach Hause zu fahren? Der Kostenträger, die Kreisverwaltung, wird sicher nicht dazu verpflichtet sein, mehrere Fahrten im Jahr zu bezahlen.

Auch uns Eltern hindert die große Distanz, unsere Tochter regelmäßig zu besuchen. Zehn Stunden Autofahrt sind kein Sonntagsausflug mehr. In der Regel können wir unsere Tochter dann auch nur für ein bis zwei Stunden sehen. Der finanzielle Aufwand für zwei Stunden Zusammensein entspricht den Kosten eines Kurzurlaubs. Ein Betrag von 150 bis 200 Euro lässt sich nicht monatlich aus der Haushaltskasse finanzieren.

Ein weiterer Aspekt, bei dem der „ausgesiedelte Kranke“ das Nachsehen hat, ist die Betreuung durch den gesetzlich bestimmten Betreuer.

Die Betreuerin hat in den neun Monaten keinen Kontakt zu meiner Tochter aufgenommen. Man könnte annehmen, in dem der schwer kranke Mensch seine Gemeindenähe verliert, verliert er auch das Recht auf persönliche Betreuung. Es reicht, ihn als Akte zu verwalten.

Ich stelle Ihnen in Kurzform den Verlauf der Krankheitsgeschichte meiner Tochter vor:

Die ersten Symptome der Krankheit zeigten sich bereits Ende der 80-er, Anfang der 90-er Jahre. Ein dreimonatiger Aufenthalt 1993 in der Uniklinik Mainz (psychosomatische Abteilung) blieb ohne Diagnose. Die Ärzte forderten meine Tochter auf, ihr Studium fortzusetzen.

Im Anschluss an den Klinikaufenthalt begab sich meine Tochter in psychotherapeutische Behandlung. Aber auch jetzt erkannte der Arzt nicht die Krankheit.

Die Fehlwahrnehmungen verstärkten sich und veränderten ihr Verhalten. 1999 die erste Zwangseinweisung; jetzt lautete die Diagnose: Borderline!

Nach drei Monaten wurde meine Tochter aus der Psychiatrie entlassen, ohne jede weitere medizinisch-therapeutische und sozialpsychiatrische Begleitung. Innerhalb weniger Monate kam es erneut zu psychotischen Episoden, so dass 2002 die zweite Zwangseinweisung stattfand. Dieses Mal lautete die Diagnose: paranoide Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Der Klinikaufenthalt dauerte sechs Monate; es wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt, psychosoziale Einzelfallhilfe bewilligt. Es folgte eine Phase, die von einer gewissen Ruhe und Stabilität geprägt war. Das allmähliche Reduzieren und schließlich das Absetzen der Medikamente (im Einvernehmen mit dem Arzt) führten zu einem erneuten und massiven Ausbruch der Krankheit.

2006 und 2007 ist meine Tochter „Drehtürpatient“. Die Medikamente zeigten keine Wirkung mehr, die Einsicht in die Krankheit sowie für die Notwendigkeit der Medikation fehlt.

Die Qualen des chronischen Krankheitsverlaufs (Angst vor bakterieller Infektion, Schlangen in der Toilette, Blutegeln in der Wohnung, Verfolgung und Vergiftung) wurden für die Kranke unerträglich, und sie unternimmt im August 2007 einen Selbstmordversuch. Der Selbstmordversuch scheitert; wieder Zwangseinweisung, drei Monate später bringt man die Kranke nach Bayern, weil in Rheinland-Pfalz für schwer chronisch psychisch Kranke kein Platz vorhanden ist.

Meine Tochter ist im „Haus Maximilian“ untergebracht. Heimleiter und Betreiber der Einrichtung ist das Ehepaar Steinweber-Merkl. Frau Steinweber-Merkl ist gelernte Krankenschwesternhelferin in der Psychiatrie. Herr Merkl ist gelernter Fernmeldetechniker. Er hat eine Zusatzausbildung als Qualitätsmanager im Sozial- und Gesundheitswesen und schrieb für die eigene Einrichtung ein Qualitätsmanagement-Handbuch. Ein Suchtberater, Sozialpädagogen, Krankenschwestern bzw. -pfleger, Hausmeister und Schreiner unterstützen das Ehepaar bei seiner Arbeit.

Sicher gibt es Gründe, meine Tochter in einem beschützten Raum unterzubringen. Allerdings ist es fraglich, ob das im „Haus Maximilian“ angewandte Therapiekonzept den Grundsätzen entspricht, die in Rheinland-Pfalz bei der Behandlung psychisch kranker Menschen gelten sollen. Meine Sorge ist: Meine Tochter wurde in einem Heim untergebracht, das sie vor Selbstgefährdung schützen soll, das aber, meines Erachtens, über keine geeigneten Mittel zur Behandlung ihrer Psychose verfügt.

Warum gibt es in Rheinland-Pfalz keine Einrichtung, die meine psychotisch kranke Tochter schützt, ihr aber zugleich durch individuelle Therapie hilft, aus ihrer Krankheit herauszukommen?

Frau Dr. Engelhardt dankt den Angehörigen für ihre bewegenden Schilderungen und leitet direkt über zur Podiumsdiskussion.

### **Podiumsdiskussion**

Frau Dr. Engelhardt stellt die Teilnehmer der Podiumsdiskussion vor (siehe oben: Begrüßung durch Frau Zindorf) und stellt eingangs die Frage nach den Chancen, die das Persönliche Budget für den besprochenen Personenkreis bietet und nach den Erfahrungen, die man damit bisher gesammelt habe – zunächst wendet sie sich in diesem Zusammenhang an Frau Dr. Kuschner mit der Bitte, die Haltung des Landes Rheinland-Pfalz zu beschreiben.

Frau Dr. Kuschnereit möchte vorher noch den Angehörigen für ihre Statements danken – insbesondere das Schicksal der nunmehr in Bayern untergebrachten Tochter von Frau P. hat sie sehr berührt und sie bittet Frau P. um eine gesonderte Kontaktaufnahme. Sie bietet ihre Unterstützung an, diese Unterbringung zusammen mit der Kommune rückgängig zu machen – im Rahmen einer Teilhabekonferenz müsse nach anderen Lösungen, gegebenenfalls über ein Persönliches Budget, gesucht werden.

- Dr. Kuschnereit: Von den mittlerweile rund 2000 Nutzern des Persönlichen Budgets in Rheinland-Pfalz sind ca. 40 % psychisch kranke Menschen. Das Persönliche Budget ermöglicht maßgeschneiderte Lösungen – keine „von der Stange“. Zur Zukunft des persönlichen Budgets stehen demnächst Gespräche mit der Ministerin an.
- Dr. Engelhardt: Am Anfang gab es ja viele Widerstände – macht die Gewährung des Persönlichen Budgets noch Probleme?
- Dr. Kettler: Es gibt mittlerweile ja nicht nur das Persönliche, sondern auch das Integrierte und das Pflegebudget. Zunächst war der Fokus vor allem auf körperliche und geistige Behinderungen gerichtet – dies hat sich gewandelt. Das Persönliche Budget ist stark verbreitet und weitaus akzeptierter als zu Beginn.
- Herr Wytzes: Insbesondere um Versorgungslücken zwischen Betreutem Wohnen und Wohnheim zu schließen, bietet sich das Persönliche Budget an. Die Qualität der damit finanzierten Leistungen hängt allerdings von der Qualifikation der Betreuer ab – in ländlich strukturierten Landkreisen wie dem meinen gestaltet sich die Anbietersuche bzw. jene nach Fachkräften oft als schwierig. Dennoch halte ich das Persönliche Budget für einen guten Weg.
- Dr. Engelhardt: Für wie viel Prozent der psychisch Kranken ist das Persönliche Budget überhaupt geeignet – nicht für jeden, oder?
- Herr Holke: Die APK, als Fachvereinigung von Profis und Politikern, die sich vor allem auch als Lobby für die Betroffenen versteht, hatte seinerzeit viele Chancen im Persönlichen Budget gesehen. Insbesondere im Bereich des trägerübergreifenden Budgets gibt es allerdings noch viele Mankos. Die Koordination komplexer Hilfen ist an sich komplex – und muss entsprechend finanziert werden.
- Frau Julius: Viele Budgetnehmer berichten über sehr positive Erfahrungen. Eine Gefahr sehe ich allerdings in dem Markt, den das Persönliche Budget eröffnet – auf den z.B. gewerbliche Anbieter als so genannte „Budget-Berater“ drängen. Außerdem zeigt das Beispiel von Frau S., dass es bei der Durchsetzung des Persönlichen Budgets oft auf ein außerordentliches Engagement ankommt.
- Herr Miles-Paul: Ich kann das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Als sehbehinderter Mensch nutze ich eine Assistenz am Arbeitsplatz, die ich als vertrauensbildendes Instrument empfinde

und als sehr positiv beurteile.

Als Landesbeauftragter für behinderte Menschen kann ich sagen, dass das Persönliche Budget einen Wechsel des Blickwinkels begünstigt hat – auch wenn es kein „Allheilmittel“ darstellt und die Betroffenen lernen müssen, damit umzugehen.

Die zehnjährige Erfahrung, auf die Rheinland-Pfalz zurückblicken kann, zeigt, dass es sich um ein Instrument handelt, das wächst. Es bringt finanzielle Mittel konzentriert auf die betroffene Person und erfordert die entsprechende Organisation der benötigten Hilfen.

Auch wenn vielmals die Vermutung „der kann das nicht“ aufkommt, zeigt die Realität, dass oft viel mehr möglich ist, als ursprünglich angenommen.

- Herr Dröscher: Ich sehe das Persönliche Budget, wie auch die Zielvereinbarung „Wohnen wo ich will“, als Teil einer Gesamtkonzeption des Landes Rheinland-Pfalz geeignet, das Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit aufzulösen und damit als Riesenchance. Sicherlich gibt es Menschen, die Angebote mit einer Schutz- und Asylfunktion brauchen – es stellt sich daher die Frage, wo es Nachgestaltungsbedarf gibt.
- Dr. Ludwig: Meiner Meinung nach wurde beim sogenannten „Paradigmenwechsel“ vergessen, den psychisch Kranken und die Bevölkerung mitzunehmen. Das Persönliche Budget sollte immer in ein Gesamtkonzept eingebettet sein – wie soll das gelingen, wenn es immer weniger Nervenärzte und Psychotherapeuten gibt? Aus meiner Arbeit im Selbsthilfetreff Pfalz e.V. weiß ich, dass die Last der Versorgung oft an Laien abgegeben wird.
- Dr. Kuschnerreit: Hinsichtlich der Mitnahme der Bevölkerung kann ich sagen, dass die Regionalisierung nur in einem Fall zu einer entsprechenden Beschwerde geführt hat. Das Problem der Sicherstellung der medizinischen Versorgung hingegen liegt im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung – nicht in dem des Landes. Im Übrigen hat das Land Rheinland-Pfalz eine Gesetzesinitiative für die Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen eingereicht.
- Dr. Engelhardt: Gibt es Lösungen für den Wunsch nach „geschützten Einrichtungen“?
- Dr. Kettler: Wir brauchen keine geschlossenen Heime – vielmehr müssen Konzepte und Mitarbeiter der bestehenden Einrichtungen in den Blick genommen werden.
- Herr Wytzes: Zwischen den Psychiatriekoordinatoren herrscht ein steter Austausch – in Einzelfällen kann es auch zu Unterbringungen in Nachbarkommunen kommen, die beschützte Wohnformen mit erfahrenen Betreuern anbieten. Prinzipiell kann eine Lösung der Problematik nur darin bestehen, dass sich größere Einrichtungen der besonderen Aufgabe stellen.

- Frau P.: Ich habe meinen Unmut bei der gesetzlichen Betreuerin meiner Tochter durchaus zum Ausdruck gebracht. Ihrer Aussage nach hat sie sich ohne Erfolg um gemeindenahe Lösungen für meine Tochter bemüht.  
Bei dieser Suche waren wir als Eltern aber total ausgeschlossen – die behandelnde Ärztin hat alles zusammen mit der gesetzlichen Betreuerin ausgemacht.
- Dr. Hopfmüller: Meiner Meinung nach bedarf es keiner geschlossenen Plätze mittels einer geschlossenen Tür – eine 1:1 Betreuung ist absolut ausreichend.
- Publikumsfrage: Gibt es im komplementären Bereich keine Aufnahmeverpflichtung?
- Frau Odenwald<sup>3</sup>: Doch – im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Verbände.
- Dr. Kuschnerreit: Mittels entsprechender Kooperationsverträge funktioniert dies in der Regel auch.
- Publikumsbeitrag: Der Ruf nach geschlossenen Einrichtungen ist nicht der der Betroffenen! Letztendlich ist alles nur eine Frage des zur Verfügung stehenden Personals.
- Herr Ackermann<sup>4</sup>: Wenn man zulässt, dass das Persönliche Budget Kreativität und den Mut quer zu denken freisetzt, entsteht ein sich weitendes System, das nicht mehr „gesprengt“ werden kann - und damit auch die Integration von jetzigen Systemsprengern ermöglicht.
- Herr Holke: Nur im SGB V ist eine regionale Versorgungsverpflichtung gesetzlich festgeschrieben – im SGB XII gibt es eine solche nicht, allerdings ist dort ein Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe zu finden. Darüber hinaus gewährleistet das SGB XII die sogenannten Wunsch- und Wahlrechte.  
Eine regionale Verantwortung zu übernehmen heißt alle Leistungen zu beachten - eine unter Umständen hohe Betreuungsdichte erfordert mithin eine entsprechende koordinierende Bezugsperson, die finanziert werden muss.
- Herr Holler<sup>5</sup>: Ich habe 2003 die Leitung einer Einrichtung für chronisch psychisch Kranke übernommen, in der die Fehlbelegung bei rund 50% lag. 2/3 davon konnten mit Hilfe des Persönlichen Budgets ambulant untergebracht werden.  
Die erste Verhandlung hat gute 16 Stunden gedauert, während die Gewährung heute fast via Zuruf funktioniert.  
Ich möchte dafür plädieren, nicht zu früh aufzugeben, den „passenden Schuh“ für Systemsprenger zu finden.  
Dennoch kann eine geschlossene Unterbringung im Einzelfall notwendig sein – wenn auch für eine weitaus kleinere Gruppe als gefordert und oftmals nur vorübergehend.
- Frau Herbert: Die Frage ist doch, wie man „Systemsprenger“ definiert – meinen

<sup>3</sup> Psychiatriekoordinatorin Mainz

<sup>4</sup> Psychiatriekoordinator Trier-Saarburg

<sup>5</sup> Psychologe des Sohnes von Frau S.

Sohn jedenfalls wollte seinerzeit keiner haben.

- Dr. Engelhardt: Geht es nicht vielmehr um die Haltung der Professionellen? Eine engmaschige Betreuung muss doch nicht gleichbedeutend mit „geschlossen“ sein.
- Frau Herbert: Wir werden in einem entsprechenden Arbeitskreis zu ermitteln versuchen, wie viele „Einzelfälle“ es gibt.
- Herr Miles-Paul: Die Suche nach entsprechenden Lücken im System ist oft mühsam – und erfordert es, personenbezogen genauer hinzuschauen. „Systemsprenger“? Vielleicht muss das System ja auch gesprengt werden, um neue Türen zu öffnen...
- Herr Dröscher: Lebenschancen bergen auch immer Lebensrisiken in sich – eine Gesellschaft muss beides tragen und aushalten können. Davon zu trennen sind die Probleme der Angehörigen und der Professionellen im Umgang mit den besonders schwierigen Klienten. Aber es gibt Institutionen und Menschen, die sich engagieren – vielleicht muss einfach der Austausch zwischen ihnen stärker gefördert werden. Hinsichtlich der Probleme mit gesetzlichen Betreuern kann ich aus meiner Bürgersprechstunde berichten, dass es oft monatelang keine Kontakte zwischen Betreuer und Klient gibt – dass die Qualität leidet, wenn ein Anwalt mehr als 100 Fälle betreut, kann nicht wirklich verwundern. Aber es ist möglich, bei großer Unzufriedenheit den gesetzlichen Betreuer zu wechseln – ich kann nur raten, sich an den Petitionsausschuss zu wenden, wenn hierbei Probleme auftreten.
- Herr Titz<sup>6</sup>: Das Grundproblem der gesetzlichen Betreuung bildet die vor drei Jahren veränderte Vergütungsstruktur.
- Dr. Ludwig: Ich selbst habe im Fall meiner an einer Alterspsychose leidenden 90-jährigen Mutter erlebt, welch eine Lawine von Untersuchungen und Gesprächen einem von mir gewünschten Ortswechsel für sie vorangehen musste. Hinsichtlich des Persönlichen Budgets plädiere ich dafür, es in eine „Psycho-Indikations-Vergütung“ einfließen zu lassen.
- Herr Wytzes: Es gibt viele Ansprechpartner und auch entsprechende Veranstaltungen vor Ort, die helfen können und wollen – aber dies scheint nicht immer bekannt zu sein. Ich verweise in diesem Zusammenhang z.B. auf die Flyer der Psychiatriekoordinatoren und die Psychoseseminare. Ich empfinde es übrigens als großes Problem, dass die gesetzlichen Betreuer nicht an den Teilhabekonferenzen teilnehmen.
- Frau Julius: Ich möchte noch einmal klarstellen, dass es den Angehörigen nicht darum geht, möglichst viele Heime mit möglichst hohen Mauern zu fordern. Aber engmaschige Betreuungen, wie die von Frau S. geschilderten

---

<sup>6</sup> Rechtsanwalt und Mitglied der Besuchskommission

zwei mal zwei Stunden pro Woche, muss es geben.

Ich bemängele, dass es zuwenig Hilfe zur Hilfeannahme gibt – es gibt eben Menschen, die vorhandene Angebote nicht von sich aus annehmen können.

Aus vielen Anrufen von Angehörigen geht hervor, dass Verwahrlosungen und Obdachlosigkeit zunehmen und dass viele Betroffene aus der Gemeindepsychiatrie in die Forensik abgeschoben werden. Es ist oft die Rede vom Burnout der Professionellen, die max. 40 Stunden pro Woche investieren – aber wer spricht über das Burnout der Familien, die rund 160 Stunden mit ihren schwer psychisch kranken Angehörigen verbringen?

Im Übrigen möchte ich darauf hinweisen, dass man die Suizide nicht vergessen darf – auch das sind die Verlierer der Gemeindepsychiatrie.

- Dr. Engelhardt: Ein besonderes Problem der Unterbringungen in der Forensik ist doch die mangelnde „Rückholbarkeit“?
- Dr. Kuschnerreit: Der Vorwurf, dass die Gemeindepsychiatrie in die Forensik abschiebe, ist bekannt. Es lässt sich auch nicht leugnen, dass die Gemeindepsychiatrie oft ein Problem im Umgang mit Gewalt hat, was sicherlich eine Ursache für das heute diskutierte Thema bildet. Allerdings passiert auch nach der Forensik etwas – so ist der Aufbau von forensischen Ambulanzen vorgesehen, um eine effektive Nachbetreuung zu gewährleisten.
- Herr Titz: Problematisch ist allerdings, dass die Ärzte in der Forensik die für eine Entlassung notwendigen Gutachten selbst schreiben.
- Dr. Kuschnerreit: Auch hier ist eine Änderung in Sicht.
- Dr. Kettler: Um eher entlassen zu können, melden auch die forensischen Kliniken einen Bedarf an geschlossenen Wohnformen an. Generell ist aber die Ermittlung der Bedarfshöhe Aufgabe der Psychiatriekoordinatoren – dies müssen nicht die Angehörigen tun. Problematisch hierbei ist, dass mehr Angebote auch immer ein Mehr an Bedarf nach sich zieht. Um wie viele Plätze geht es? Drei bis vier pro Kommune? Man sollte lieber niedriger als höher anfangen.
- Frau Herbert: Der von mir erwähnte Arbeitskreis arbeitet natürlich mit der Psychiatriekoordination zusammen.
- Publikumsbeitrag: Auch Forensiker werden oft viel zu weit von ihrer Familie entfernt untergebracht.
- Publikumsbeitrag: Ich habe den Eindruck, dass besonders psychisch Kranke viel Hilfe brauchen, um Hilfe annehmen zu können. Um einen Drehtüreffekt zu verhindern, müssen auch die Ärzte mehr ins Boot genommen werden – nicht nur die gesetzlichen Betreuer, die oft nicht genügend psychiatrisches Wissen aufweisen.
- Herr Holke: An dieser Stelle möchte ich auf die Soziotherapie verweisen, die nach erforderlichen Nachbesserungen ein geeignetes Instrument sein kann.

- Dr. Hopfmüller: Ein Problem der Soziotherapie sind allerdings die viel zu geringen Stundensätze.
- Frau Fixemer<sup>7</sup>: Eine konsequentere Einbeziehung der Angehörigen durch die Professionellen kann die Bereitschaft der Klienten, angebotene Hilfen auch anzunehmen, erhöhen.  
Die Einrichtungen müssen sich dem mehr öffnen – ihre Angebote nach dem Menschen und seinem Umfeld ausrichten und nicht umgekehrt.
- Publikumsbeitrag: Mir hat der von Frau Dr. Hopfmüller beschriebene Ansatz bei der Lebensgeschichte des Betroffenen sehr gefallen. Hierfür müssen die Leistungserbringer sensibler werden, genauer hinschauen und auch die Angehörigen stärken.

Frau Zindorf dankt allen Teilnehmern des Regionaltreffens und schließt die Veranstaltung mit der Feststellung, dass letzten Endes immer die Haltung der Schlüssel zur Lösung bestehender Probleme ist.

Dokumentation: Carmen Meurer

---

<sup>7</sup> Leiterin des Wohnheimes „Haus am Landwehrweg“ nebst psychosozialer Ambulanz, Mainz