

Landestreffen des Landesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz e.V.

Protokoll

Datum: Donnerstag, 07.07.2016
Ort: Bildungszentrum Erbacher Hof, Ketteler Saal, Mainz
Beginn: 10:05 Uhr
Ende: 15:05 Uhr
Protokollantin: Frederike Duschl
Teilnehmer: ca. 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Thema: *Aufsuchende Hilfe stärken – Zwangseinweisungen vermeiden.*
„Es muss endlich etwas passieren!“

Monika Zindorf eröffnet die Tagung und begrüßt die zahlreichen Teilnehmer. Als Angehörige ist sie über die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie der letzten 20 Jahre und über die mittlerweile vielfältigen Angebote sehr dankbar. Das psychiatrische Versorgungssystem weist jedoch noch immer gravierende Lücken auf. Insbesondere schwerkranke Menschen, die ihre Hilfsbedürftigkeit nicht erkennen oder nicht in der Lage sind, Hilfen anzunehmen, werden vom Versorgungssystem nicht erreicht. Als Grund wird unter anderem angeführt, dass es nicht möglich sei, ohne die Zustimmung des Kranken eine Behandlung zu veranlassen. Seine Autonomie sei unbedingt zu respektieren. Nicht selten kommt es als Folge fehlender Behandlung zu Zwangseinweisungen, Einweisungen in die Forensik sowie schweren Beeinträchtigungen der materiellen oder sozialen Situation des betroffenen Menschen. Der Respekt vor der Autonomie eines psychisch erkrankten Menschen darf keine Entschuldigung für Untätigkeit sein. Angehörige fordern daher, aufsuchende Hilfsangebote deutlich auszubauen und zu fördern und diese Angebote so zu gestalten, dass schwer erkrankte Menschen sie annehmen können. Zindorf fordert eigene und menschenwürdige Wohnungen für die Erkrankten. Für Angehörige stelle dies ein Grundbedürfnis dar, um so in Kontakt mit den Familienmitgliedern treten zu können. Der Landesverband fordert u.a. aufsuchende Hilfen, Beziehungsaufbau und Austausch mit allen im Prozess beteiligten Personen und niederschwellige Notfallaufnahmen mit 24h-Betreuung. Alles andere sei unterlassene Hilfeleistung und nicht wie häufig angeführt Selbstgestaltung.

Leider, so Monika Zindorf, seien die Kernforderungen der Psychiatrie Enquete noch längst nicht erfüllt. Daher steht das Landestreffen unter dem Thema: **Aufsuchende Hilfe stärken – Zwangseinweisungen vermeiden. „Es muss endlich etwas passieren!“** Frau Zindorf freut sich, mit allen in Austausch und in Diskussion zu diesem Thema zu treten. Sie begrüßt Frau Dr. Julia Schwaben, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz, und freut sich, dass sie sich die Zeit genommen hat, an dieser Veranstaltung teilzunehmen.

Sie dankt auch Herrn Dr. Hans Jochim Meyer, dass er spontan zugesagt hat, die Veranstaltung zu unterstützen. Dr. Meyer ist Angehöriger und Vorsitzender des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Hamburg und beschäftigt sich schon seit längerer Zeit mit dem heute vorgestellten Thema.

Auch Frau Dr. Barbara Klinger-Krausnick, Oberärztin der Psychiatrischen Institutsambulanz der GPS Mainz, und Herrn Dr. Rüdiger Münzer, Leitender Oberarzt Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie Klingenmünster, heißt Zindorf herzlich willkommen und begrüßt, dass beide bei dem Landestreffen dabei sind.

Außerdem dankt sie Frau Jessica Odenwald, Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie für die Stadt Mainz, dass sie sich gerne wieder bereit erklärt hat, die Moderation der Veranstaltung zu übernehmen.

Abschließend bedankt sie sich für die finanzielle Unterstützung durch die IKK Südwest und KKH Kaufmännische Krankenkasse, ohne die diese Veranstaltung nicht möglich wäre.

Sie wünscht den Teilnehmern viele fruchtbare Erkenntnisse und hofft auf Ergebnisse, mit denen alle weiterarbeiten können.

Auch Frau Odenwald begrüßt alle Gäste und gibt das Wort an Frau Dr. Schwaben weiter. Frau Dr. Schwaben bedankt sich für die Vorstellung und freut sich, Gast bei Fachtagungen sein zu dürfen. Die große Resonanz findet sie positiv, stimmt sie gleichzeitig aber auch nachdenklich und sorgenvoll, weil aus Ihrer Sicht das heutige Thema eigentlich kein Thema mehr sein sollte. Leider ist es jedoch noch immer Realität, dass psychisch kranke Menschen keine oder erst zu spät Hilfe finden. Häufig betrifft dies junge Männer mit Sucht- oder psychotischen Erkrankungen sowie ältere, alleinlebende Menschen mit Altersdepressionen oder Demenzen. Ihrer Einschätzung nach werden viele der heute Anwesenden diesen Leidensweg, dass ein Angehöriger die angebotene Hilfe nicht annehmen kann, kennen bzw. hinter sich haben. Aus Sicht von Frau Schwaben muss sich diese Situation verändern und dies kann auch gelingen, denn jeder der Teilnehmer weiß, was Angehörige und Kranke brauchen bzw. sich wünschen.

Sie berichtet von der Empfehlung des Landespsychiatrierates für die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs), durch die Zwangseinweisungen verhindert werden sollen. Allerdings konnten die vorhandenen Instrumente, sowohl in Rheinland-Pfalz als auch in Deutschland, noch nicht flächendeckend verwirklicht werden. Als Vorbilder gelten für sie England und die skandinavischen Länder, die Home Treatment bereits erfolgreich praktizieren. Ihre Hoffnung liegt im neuen Entgeltsystem für Psychiatrien, mit dem eine Sektor übergreifende Behandlung unterstützt werden soll. Es brauche jedoch Menschen, die unter diesen Rahmenbedingungen den Menschen die Hilfsmöglichkeiten aufzeigen. Dies erfordert jedoch mehr Eigeninitiative. **Und es braucht Menschen, die den Mut haben, den Gedanken der Fürsorge und des Schutzes wieder mehr in den Fokus zu stellen.** Dies sei im Moment im Hintergrund geraten, da Autonomie und Selbstschutz der Betroffenen zu sehr betont werden. Die heutige Tagung sei ein guter Beitrag zu dieser Diskussion!

Frau Odenwald begrüßt, dass sich die Teilnehmer so vielfältig aus allen Bereichen zusammensetzen. Auch für sie ist die Kombination von Autonomie und Hilfeleistung schwierig. Sie berichtet, dass es in Frankfurt bereits vor 20 Jahren ein Modellprojekt für Home Treatment gab und bedauert, dass sich dieses Konzept noch immer nicht weiter durchgesetzt hat. Daher begrüßt sie herzlich den ersten Referenten, Dr. Hans Jochim Meyer, der einen bundesweiten Aufruf gestartet und eine Resolution verfasst hat, mit dem der Bundesverband und alle Landesverbände der Angehörigen die Schaffung von aufsuchenden Hilfsangeboten fordert. Denn, Rechtslage und Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, damit dies in den Einrichtungen umgesetzt werden kann.

Aufsuchende Hilfen stärken – Zwangseinweisungen vermeiden

Dr. Hans Jochim Meyer, Angehöriger und Vorsitzender des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Hamburg

Zum Einstieg erläutert Dr. Meyer, dass seine Forderungen nicht nur aus persönlichen Erfahrungen, sondern auch aus zahlreichen Gesprächen mit Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen entstanden sind.

In den vergangenen Jahren seien zwar erhebliche Erfolge erzielt worden in dem Bemühen, die Situation psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familien zu verbessern, dennoch bestünden immer noch erhebliche Lücken in der aufsuchenden häuslichen Versorgung. Schwerst psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage oder nicht einsichtig, sich Hilfe zu suchen. Im derzeitigen System existiert jedoch keine Möglichkeit, zu Hause Hilfe zu bekommen, daher muss der Betroffene im Zweifelsfall über eine Zwangseinweisung in die Klinik gebracht werden.

Dr. Meyer beschreibt, dass Angehörige nicht ernst genommen werden, sondern beim Versuch Hilfe zu organisieren eher noch belehrt werden: solange keine akute Fremd- oder Selbstgefährdung vorliege, gebe es keinen Handlungsgrund, denn die Autonomie sei zu respektieren, er gebe ein **„Recht auf Krankheit“**. Für die Angehörigen sei diese Aussage reiner Zynismus. Angehörige müssen die Verschlechterung des Zustands miterleben, bis das PsychKG greift. Die Folge ist, dass alle Beteiligten leiden. Die Freiheitsrechte würden zu stark betont, es kann nicht sein, dass nur tatenlos zugeschaut wird! Gerade schwerstkranken Menschen, die nicht in der Lage oder nicht krankheitseinsichtig sind, würden Hilfsangebote verweigert. Der zu große Respekt vor der Autonomie führt daher zur Zwangsbehandlung. Dr. Meyer betont, dass es so nicht weitergehen kann und darf! Seine Hoffnungen lagen auf dem UN-Folterbericht, aber auch hier sei eine Diskussion nicht in Gang gekommen.

Meyer fordert in seinem Vortrag, eine breite Diskussion über Respektierung des freien Willens einerseits und der aufsuchenden Hilfsangebote andererseits. Er stellt die Frage, ob es ethisch vertretbar sei, einen kranken Menschen sich selbst zu überlassen und tatenlos zu zusehen, dass sich der Kranke weiter selbst schädigt. Daher fordert er frühzeitige Hilfsangebote, um die Anwendung von Zwang zu vermeiden. Er ist der festen Überzeugung, dass sanfter Druck bis an die Grenzen der Belästigung menschlicher ist und zu weniger Zwangsmaßnahmen führt. Denn, woher würde das Recht genommen werden, Menschen in Krankheit sich selbst zu überlassen? Allgemeines Ziel muss die Wiederherstellung eines eigenbestimmten Lebens in Würde sein.

Der Begriff „Freiheit zur Krankheit“ wird vom Bundesverfassungsgericht zur Anwendung zu Zwangsmaßnahmen verwendet: in gewissen Grenzen dürfe sich jeder Mensch unvernünftig verhalten. Laut Dr. Meyer verbietet dies jedoch nicht, dem psychisch Kranken Behandlungsangebote zu machen und den Versuch zu unternehmen, eine freiwillige Zustimmung zu Behandlung bekommen. Es sei kein Argument, untätig zu bleiben und psychisch Kranke sich selbst zu überlassen! Er schildert, dass es in Deutschland ein differenziertes Angebot für mittelschwer psychisch erkrankte Menschen gibt, jedoch nicht für schwerst Erkrankte. Wer seine Hilfsbedürftigkeit erkennt, bekommt staatliche Hilfe, wer dies nicht erkennt, ist auf sich selbst angewiesen.

Die UN-Behindertenkonvention fordert Schutz für psychisch Kranke, Zwangsmaßnahmen seien jedoch das Gegenteil von Respekt. Hier klaffe eine gewaltige Lücke. Daher fordert er eine frühzeitige Unterstützung – auch wenn Kranke dies selbst nicht einfordern würden. Hierzu muss eine breite Diskussion geführt werden, Strukturen müssen sich ändern und vor allem muss eine selbstkritische Prüfung der in psychiatrischen Einrichtungen Tätigen stattfinden (der Frage nachgehen, warum sie sich verhalten, wie sie sich verhalten).

Dr. Meyer verweist auf die im Suchtbereich existierenden Streetworker und fragt sich, warum es diese zum einen nicht auch bei anderen Diagnosen gibt und warum sie nicht auch in der eigenen Wohnung des Erkrankten tätig werden können. Um Zwangsbehandlung oder Obdachlosigkeit vorzubeugen, benötigen psychisch kranke Menschen Fürsorge. Es muss

ein Versuch stattfinden, eine Beziehung herzustellen, ansonsten sei unterlassene Hilfeleistung angezeigt.

Abschließend ruft Dr. Meyer nochmals dazu auf, dass in den Köpfen professioneller Akteure ein anderes Denken stattfinden muss, um das Versorgungssystem weiterzuentwickeln und um somit die notwendigen Strukturen für aufsuchende Hilfsangebote zu schaffen. Ziel muss es sein, ohne Zwang die Zustimmung zu einer Behandlung von einem psychisch Kranken zu erwirken. Daher haben die Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen einen gemeinsamen Aufruf „*Menschenwürde wahren, Zwangseinweisung vermeiden, aufsuchende Hilfen stärken*“ veröffentlicht. Unterstützt wird dieser Aufruf bereits von vielen Fachgesellschaften und Berufsverbänden (wie DGPPN, APK, DGSP, BAPP etc.). Er bittet alle Angehörigen, den Aufruf und die Resolution zu unterstützen und weiterzuverbreiten, die Fachleute mit fachlicher Expertise zu unterstützen, die Politik und Verwaltung das Thema auf ihre Agenda zu nehmen.

Odenwald dankt Herrn Dr. Meyer. Bei ihr habe sich Betroffenheit breitgemacht und sie stellt sich die Frage, was sie in ihrer Arbeit gemacht hat, um diesen Personenkreis zu unterstützen.

Fragen aus dem Publikum:

Eine Teilnehmerin bedankt sich für den Vortrag und freut sich heute hier zu sein. Sie berichtet von einem massiven Polizeieinsatz gegen ihren Sohn und fragt sich, was man gegen so etwas machen kann. Bei vorherigen Einsätzen war ein speziell geschulter Polizist anwesend, der auf den Sohn einreden konnte und ihn zum Mitgehen überzeugen konnte. Zuvor habe der Sohn alles abgelehnt und nicht eingesehen, dass er krank ist. Leider war dieser letzte Einsatz wesentlich schwieriger.

Ein Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) Mainz erzählt aus der Praxis, dass sie bereits versuchen, wie vorab von Herrn Dr. Meyer gefordert, zu arbeiten. Er berichtet von Patienten, die die Tür einfach nicht aufmachen, egal wie oft sie kommen. Der SpDi kann die Tür jedoch nicht gegen den Willen öffnen, den Mitarbeitern sind hier die Hände gebunden. Er habe außerdem die Erfahrung gemacht, dass durch einen Klinikaufenthalt häufig ein Beginn für einen Beziehungsaufbau stattfinden kann.

Eine Teilnehmerin geht davon aus, dass die meisten Angehörigen mit diesen Diensten zusammenarbeiten würden und beispielsweise als Türöffner fungieren könnten. Sie wünsche sich von den Profis mehr **Mut zur Fürsorge**, denn sie glaubt, dass ihr Sohn z.B. nicht wollen kann.

Ein Besucher informiert über ein 3-jähriges Modellprojekt zur aufsuchenden Behandlung aus Darmstadt (Netzwerk Open Dialogue), das von der Techniker Krankenkasse grundfinanziert und von der Caritas durchgeführt wird (ähnliches gibt es in Offenbach durch das Lebenswerk). Obwohl mit diesem Vorgehen positive Erfahrungen gesammelt worden seien, wird es ansonsten leider kaum praktiziert. Er stellt die Qualität der Krankenhausbehandlung (z.B. den Einsatz der Medikation) in Frage. Frau Odenwald berichtet daraufhin, dass diese Erfahrungen allerdings sehr ortsabhängig seien. Im Gegensatz dazu schildert eine Teilnehmerin aus Frankfurt, dass hier noch nicht mal geklingelt werden dürfe. Man müsse sich mit Juristen zusammensetzen, damit die Angehörigen nicht falsch verstanden werden. Kritik am Referentenentwurf: Die Katastrophe ist am werden.

Aufsuchende Behandlung durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) – Möglichkeiten und Grenzen.

Dr. Barbara Klingler-Krausnick, Oberärztin der Psychiatrischen Institutsambulanz der GPS Mainz

Dr. Klingler-Krausnick stellt zum Einstieg die Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit (GPS) vor. Diese bietet u.a. häusliche Pflege, mobile Krankengymnastik und ein Wohnheim für Menschen mit seelischer Behinderung an. Angegliedert ist eine psychosoziale Ambulanz und es werden zwei Tageskliniken betrieben. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) wurde 2001 gegründet, da ein Bedarf an zusätzlichen Angeboten zwischen voll- und teilstationären Krankenhausangeboten auf der einen Seite und ambulanter Behandlungsangebote auf der anderen Seite offensichtlich wurde. Klassische PIA-Patienten sind meist mit schwersten und chronischen Verlaufsformen der verschiedenen psychischen Erkrankungen, bei denen eine kontinuierliche Behandlung notwendig ist und bei denen eine aufsuchende und nachgehende (nachstationär) Behandlungsweise erfolgen sollte. Ziel der PIA ist u.a. die Vermeidung und Verkürzung der Krankenhausbehandlung. Dies wird u.a. durch Komplexleistung, ein multiprofessionelles Behandlungsteam und Behandlungskontinuität erreicht. Das Leistungsspektrum reicht von diagnostischer Abklärung komplexer Störungsbilder und ambulanter Untersuchung bzw. Behandlung zur Vorbeugung von Rückfällen bis hin zur ambulanten Notfallbehandlung.

Das Diagnosespektrum umfasst Schizophrenien, affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten (meist mit Komorbidität), Verhaltensstörungen durch Minderbegabung und gerontopsychiatrische Krankheiten (Depressionen, Demenzen). Mögliche Indikationen/Kriterien, um in der PIA behandelt werden zu können sind: zwei oder mehr psychiatrische Diagnosen, der chronischer Zustand der Erkrankung, wiederholte stationäre Behandlungen, mangelnde Krankheitseinsicht, Notfallsituation (Selbst- oder Fremdgefährdung), somatische Multimorbidität. Wichtige Voraussetzung ist, dass die Mitarbeiter auch hier grundsätzlich immer auf die Zustimmung des Patienten zur Behandlung angewiesen sind. Dr. Klingler-Krausnick berichtet, dass sie aber auch bereit sind, sich auf eher unkonventionelle Kontaktmöglichkeiten einzulassen.

Die Überweisung erfolgt in der Regel durch Hausärzte, kann aber vereinzelt auch durch Fachärzte erfolgen sowie per Zuweisung aus den psychiatrischen Kliniken. Laut Dr. Klingler-Krausnick arbeitet die PIA zu 85% aufsuchend, was für alle Berufsgruppen (auch für die Ärzte) gilt. Ihre Mitarbeiter lassen es nicht einfach auf sich beruhen, wenn der Patient Termine nicht mehr wahrnimmt. Die PIA lebt eine integrierte Versorgung und arbeitet u.a. mit komplementären Einrichtungen, mit den niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, mit gesetzlichen Betreuern, mit den Kontakt- und Beratungsstellen und mit dem SpDi zusammen.

Das Bestreben ist es, ein Patienten- und Angehörigen-orientiertes, individuell zugeschnittenes Versorgungssystem anzubieten, um somit diejenigen Patienten einer Behandlung zuzuführen, die möglicherweise früher nicht dazu bereit waren. Hierdurch können u.a. stationäre Aufenthalte vermieden werden.

Fragen aus dem Publikum:

Ein Teilnehmer fragt, ob es auch ein Teil der PIA-Aufgaben sei, Medikamente unter Umständen zu reduzieren? Dr. Klingler-Krausnick antwortet, dass sowohl die Einstellung als auch Umstellung und Reduktion der Medikation Ziele ihrer Arbeit sind. Die Ziele und Maßnahmen, die die Pharmakotherapie betreffen sind jedoch sehr Patienten-abhängig.

Es wird die Frage gestellt, ob die aufsuchende Hilfe auch Hilfe in der Familie bedeutet. Die Teilnehmerin berichtet von ihrer Erfahrung in Baden-Württemberg, dass dies hier meistens nicht gemeint, sondern nur Hilfe in der eigenen Wohnung des psychisch Kranken oder in Wohnheimen. Dr. Klingler-Krausnick erzählt, dass dies in Mainz nicht so sei, sie gehen überall hin, auch in die Familien oder Obdachlosenheime etc.

Mittagspause von 12:15 bis 13:15 Uhr

Wie kann Hometreatment in das stationäre Versorgungsangebot integriert und umgesetzt werden?

Dr. Rüdiger Münzer, Leitender Oberarzt Abhängigkeitserkrankungen, Klinik für Psychiatrie Klingenmünster

Dr. Münzer berichtet über das neue Entgeltgesetz in der Psychiatrie (PEPP) zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung in der Psychiatrie. Der Gesetzentwurf zielt auf eine sektorübergreifende Behandlung, Transparenz der Leistungen und eine Leistungsorientierung ab. Bisher gab es so genannte Tagesgleiche Behandlungssätze/ Pflegesätze sowie Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und dem Leistungserbringer. Dies führte unter Umständen dazu, dass Patienten länger stationär behandelt werden und nur wenige ambulante Angebote existieren (weil bisher schlechter vergütet). Unter PEPP wird es zukünftig so genannte Fallgruppen geben. Dies bedeutet für die Kliniken einen erheblich höheren Dokumentationsaufwand. Die Fallpauschale (bspw. Depression, über 64 Jahre und mit hohem Therapieaufwand) versucht, Patienten mit ähnlichen Voraussetzungen in gleiche Gruppe einzuteilen. Neu sind nun Tagespauschalen, ergänzende Tagesentgelte, Zusatzentgelte, Fallzusammenführungen, vollstationäre/ teilstationäre und stationsäquivalente/stationsersetzende Leistungen und dass Behandlungen im häuslichen Umfeld möglich sind. Stationsäquivalente Behandlung bedeutet quasi stationäre Behandlung, jedoch nicht im Krankenhaus, sondern im häuslichen Umfeld. Ein multiprofessionelles Stationsteam für nicht-stationäre Patienten sucht die Patienten für die Behandlung zu Hause auf und diese ist ähnlich komplex wie im stationären Bereich.

Das PEPP soll einen leistungsbezogenen Vergleich zwischen Krankenhäusern ermöglichen, um Transparenz für die Patienten zu gewährleisten. Dr. Münzer berichtet, dass die Änderungen und Ergänzungen im Gesetzentwurf auch auf die Anregungen der Fach- und Interessensverbänden zurück zu führen sind. Die Chancen sieht Dr. Münzer in der zunehmenden Transparenz der Behandlung und der besseren Vergleichbarkeit für eine gute Psychiatrie sowie den engeren Bezug auf die Leitlinien. Die Risiken liegen in dem massiv erhöhten Dokumentationsaufwand, den stark angestiegenen MDK-Prüfungen und darin, dass eine Defizit-orientierter Blick gefördert wird anstatt eines Ressourcen-orientierten Blicks.

Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld stellt eine gute Alternative zur stationären Behandlung dar, die durch Home Treatment verkürzt oder ganz vermieden werden soll. Dr. Münzer betont, dass dies jedoch nicht für alle Patienten geeignet sei, sondern für eine kleine Gruppe psychisch schwer Erkrankter (mit Psychosen oder Bipolaren Störungen) und bisher beispielsweise nicht für Suchtpatienten. Ziel ist die Betreuung im gewohnten Umfeld. Wichtig ist, dass das mobile Behandlungsteam aber auch die Verantwortung und Kompetenz hat, eine notwendige stationäre Aufnahme zu steuern.

Dr. Münzer stellt im Folgenden das Projekt „stattkrankenhaus“ in Speyer vor. Dabei handelt es sich um ein Projekt des Pfalzkrankenhauses, des Landeskrankenhauses und der DAK Rheinland-Pfalz, das seit 2010 für Patienten mit Psychosen und Bipolaren Störungen besteht. Der Bezugstherapeut stellt das Zentrum des Psychose-Netzwerks des Pfalzkrankenhauses dar. Behandlungsziel ist u.a. die Verbesserung der Versorgung der Patienten (bisher ein Modellprojekt und nur für eine ausgewählte Patientengruppe). Die Behandlung erfolgt überwiegend aufsuchend (bei den Betroffenen zu Hause), wobei möglichst viele bereits bestehende Angebote eingebunden werden. Das „stattkrankenhaus“ betreibt Krisenintervention vor Ort, wodurch eine Reduktion der stationären Behandlungstage und eine Verbesserung des Behandlungsverlaufs erreicht werden. Die Erfolgskriterien sind eine bedarfsgerechte Behandlung, die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten, der Einbezug des sozialen Netzwerks und der Angehörigen und Bezugspersonen, die Unterstützung und Begleitung der medikamentösen Behandlung sowie die Sicherstellung

einer entsprechenden Nachsorge. Aus seiner Sicht ist es wichtig, eine bedarfsgerechte Behandlung durchzuführen und zu vergüten, also darauf zu schauen, was der Patient wirklich braucht!

Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ geben Hinweise auf international erprobte Modelle der Versorgung, wie das Home Treatment oder Assertive Community Treatment (ACT). Die Wirksamkeit ist in zahlreichen Studien belegt worden. Bei den Patienten ist zu beobachten, dass die Behandlungszufriedenheit höher ist, es kommt zu weniger Behandlungsabbrüchen, es entsteht eine gute Zusammenarbeit und soziale Inklusion durch die Behandlung im gewohnten Umfeld. Er gibt starke Empfehlungen für den Einsatz multiprofessioneller Gemeindepyschiatrischer Teams in definierten Regionen zur Versorgung psychisch Kranker und plädiert dafür, eine ambulante Behandlung einer stationären vorzuziehen. Zusätzlich ließe sich durch Prävention die Behandlungsnotwendigkeit vermeiden. Home Treatment stellt laut Dr. Münzer eine effektive Ergänzung bestehender Behandlungsangebote dar.

Fragen aus dem Publikum:

Ein Betroffener findet diese Umgangsweise sehr interessant und wünscht sich, dass EX-IN Mitarbeiter (Psychiatrie-Erfarene, die zu bezahlten Fachkräften im psychiatrischen System ausgebildet wurden) in das beschriebene multiprofessionelle Team aufgenommen werden. Dabei stellt er sich die Frage, wie der EX-IN Gedanke in PEPP integriert werden könne. Dr. Münzer antwortet, dass die Finanzierung der EX-IN'ler bisher noch nicht geklärt sei, was häufig zu Diskussionen im Team führt. Zum Teil werden sie über geringfügige Beschäftigungsverhältnisse bezahlt, was jedoch keine dauerhafte Lösung darstelle. Er glaubt, dass das Ehrenamt, wie im Suchtbereich, keine Lösung ist und dass dieser Personenkreis ins PEPP aufgenommen werden müsste. Eine ähnliche Diskussion kommt beim Home Treatment auf, ob auch Angehörige finanziert werden.

Eine Teilnehmerin plädiert für Einbeziehung der Selbsthilfegruppen in die Behandlungsteams zu bestimmten Problemen und wünscht sich eine öffentliche Förderung.

Dr. Meyer ergänzt, dass es in Hamburg durch ACT nur noch 4% Zwangseinweisungen gebe, anstelle der vorherigen 20%. Er beglückwünscht aber auch Rheinland-Pfalz, das – so sein Eindruck nach der heutigen Tagung – an vielen Stellen weiter sei als Hamburg. Er betont noch mal, dass mit Home Treatment auch die Rolle des Arztes verändert wird. Die Hausbesuche seien nicht immer harmonisch, sondern auch problematisch, da die Wohnsituationen der Betroffenen nicht immer einfach seien. Dadurch, dass der Arzt nun in die Wohnung des Patienten geht, lernt er auch das Lebensumfeld kennen und bekommt einen anderen Blick auf den Betroffenen (wenn es gelingt, es gibt auch Fälle, in denen es nicht gelingt).

Frau Odenwald fragt sich, warum die Community Health Care Center noch nicht flächendeckend umgesetzt werden. Dr. Schwaben antwortet hierzu, dass sowohl die Finanzierungsform als auch die Strukturen noch nicht vorhanden seien. Daher sei das neue Entgeltsystem so wichtig. Sie sagt, dass die Anwesenden wissen, wie es gehen sollte, es aber Personen und Institutionen braucht, die bereit sind, diese neuen Wege zu gehen.

Auf die Frage, was nötig wäre, um die Situation für die PIAs zu erleichtern, antwortet Dr. Klingler-Krausnick, dass ihrer Meinung nach schon viel auf den Weg gebracht wurde. Die Grenzen liegen häufig in der Wirtschaftlichkeit. Sie würde sich wünschen, dass sie für Patienten, die mehr Kontakte über einen längeren Zeitraum oder eine engmaschigere Betreuung brauchen, mehr möglich machen könnte. Es brauche Möglichkeiten zwischen dem Home Treatment und der ambulanten Betreuung.

Aus dem Publikum kommt der Hinweis, dass Home Treatment im Rahmen des PEPP eine klinische Leistung sei und es wird die Frage aufgeworfen, wie der Zugang erfolgen könne. Außerdem fragt er sich, ob dadurch tatsächlich die Zahlen der Zwangseinweisungen reduziert werden könnten. Er merkt an, dass es bereits so viele vorhandene Strukturen in

unterschiedlichsten Ausprägungen gebe, die keinen Fortschritt bringen. Es wird auf den Beitrag von Dr. Meyer verwiesen, der über die sinkenden Zwangseinweisungen aus Hamburg referiert hat.

Ein Teilnehmer berichtet, dass die Hürden, um an die Leistungen zu kommen für Betroffene immer höher werden. Er würde sich wünschen, dass diese wieder heruntergefahren werden, um einen niederschweligen Zugang zu ambulanten Angeboten zu erleichtern. Psychisch Kranke müssen die Leistungen über schriftliche Verfahren beantragen, die für die meisten Betroffenen nicht zu bewältigen seien. Leichter wäre es, wenn sie jemanden zur Seite hätten, diese Möglichkeiten seien jedoch begrenzt. Odenwald bestätigt, dass das Antragsverfahren sehr komplex ist und verweist auf die Psychiatrie-Koordinatoren vor Ort, um sich über Verfahrensvereinfachungen auszutauschen. Anwesende berichten, dass leider nicht in allen Landkreisen Psychiatrie-Koordinatoren existieren, was sehr schwierig sei. Dr. Schwaben berichtet daraufhin, dass das Ministerium die Kommunen nicht anweisen kann, diese Position einzurichten, sie können nur das Gespräch suchen und versuchen, etwas zu bewirken.

Eine Teilnehmerin merkt an, dass beispielsweise betreute Wohnformen nicht positiv evaluiert seien und dass die einzige Form, die positiv evaluiert sei ACT (also die Behandlung mit einem multiprofessionellen Team) sei, durch die zu Hause immer wieder in den Dialog getreten wird. Sie plädiert daher dafür, dies als Angehörige im Krankenhaus einzufordern. Bei dem Open Dialogue gehe es darum, eine menschliche Umgangsform mit der psychischen Erkrankung zu lernen und den Ausgang offen zu lassen. Diese Netzwerkkulturtechnik sei, im Gegensatz zu Heimen und betreuten Wohnen, wissenschaftlich evaluiert und habe den besten Outcome.

Frau Odenwald ist frustriert darüber, dass sie immer wieder auf dieselben Fragen der Angehörigen keine Lösungen hat. Weiß, dass vieles Budget-abhängig ist und wünscht sich, dass es anders laufen würde.

Dr. Münzer nimmt mit, dass Vieles ein gesellschaftliches Problem ist und dass das Home Treatment dies auch nicht lösen wird. Aus seiner Sicht ist es wichtig, die Sektorisierung zu überwinden. Er nimmt aus der heutigen Veranstaltung mit, dass es immer wieder sehr wertvoll ist, mit den Betroffenen zu sprechen und glaubt, dass mit der Öffnung durch das Home Treatment hier auch ein Impuls gegeben werden kann.

Frau Odenwald dankt Frau Zindorf abschließend für die Organisation der Veranstaltung sowie bei allen Referenten und dem interessierten Publikum.

Zum Abschluss bedankt sich Zindorf für die aufregende Diskussion. Sie ist sehr angetan von der Veranstaltung. Ihr Dank gilt auch dem kompletten Vorstand, mit dem sie gemeinsam das Landestreffen organisiert hat. Nun wünscht allen gute Nachhause-Weg und freut sich bereits jetzt auf die Veranstaltung im nächsten Jahr.