

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

Protokoll

Datum: Mittwoch, 07.02.2018
Ort: Bildungszentrum Erbacher Hof, Ketteler Saal, Mainz
Beginn: 10:30 Uhr
Ende: 14:35 Uhr
Protokollantin: Frederike Duschl
Teilnehmer: ca. 190 Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Thema: Wir haben eine soziale Verantwortung im psychiatrischen Geschehen

Monika Zindorf eröffnet die Tagung und begrüßt herzlich die zahlreichen Teilnehmer. Sie ist erfreut über die vielen Anmeldungen von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen sowie Unterstützern und hofft, dass alle die Veranstaltung positiv beenden können. Die Vielzahl der Anmeldungen zeigt das Interesse an dem Thema. Psychiatrie muss bei dem Schwächsten beginnen, Ziel muss eine gute Psychiatrie sein. Die wichtigste Forderung, die Angehörige daher an die Politik und Kommunen richten, sind bezahlbare Wohnungen für ihre erkrankten Angehörigen.

Frau Zindorf begrüßt vor allem Frau Dr. Julia Schwaben, Leiterin des Referats Psychiatrie und Maßregelvollzug im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz, und ganz herzlich Dr. Eckart Lensch, Sozialdezernent der Stadt Mainz, und stellt das Programm der Fachtagung sowie die Referenten vor. Anschließend stellt sie kurz den Landesverband Angehörige psychisch Kranker vor. Dieser wurde 1995 gegründet und ist sehr aktiv, organisiert beispielsweise Fortbildungsveranstaltungen und berät Angehörige, die in Not geraten sind. Ebenso benennt er Missstände, unterstützt Reformverfahren und setzt sich für die Verbesserung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ein. Sie lädt die Teilnehmer ein, sich gerne zu beteiligen und bedankt sich für die Aufmerksamkeit.

Jessica Odenwald, Moderatorin der Fachtagung, bedankt sich bei Frau Zindorf für die Organisation und das Auswählen spannender Themen, die alle in der Praxis betreffen. Sie übergibt das Wort an Frau Dr. Schwaben.

Dr. Schwaben freut sich sehr, wieder bei der Fachtagung dabei sein zu können und überbringt Grüße der Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Sie betont, dass das Land sehr dankbar für die Arbeit des Landesverbands ist. Dieser sei Sprachrohr und hilfreicher Hinweisgeber sowie Anlaufstelle für Angehörige und veranstaltet interessante Tagungen wie die heutige. Daher gelte ihm ein besonderer Dank von Seiten des Landes für dieses Engagement.

Sie geht der Frage nach, was es heißt, soziale Verantwortung in der Psychiatrie zu übernehmen. Deutschland - und Rheinland-Pfalz im Speziellen – habe ein gut ausgebautes Hilfenetz mit ambulanten Hilfen, Tageskliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Kliniken sowie die Angebote zum Wohnen und Arbeiten in der Gemeindepsychiatrie. Schwierig sei es jedoch für Menschen, die sich ihrer Krankheit nicht bewusst sind bzw. die aus diversen Gründen nicht in der Lage sind, Hilfe einzufordern. Daher sei es um so wichtiger, für diese Menschen Verantwortung zu übernehmen. Laut Bundesteilhabegesetz tragen die Kommunen die Verantwortung, aber sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer seien ebenfalls in der Verantwortung. Daher sollten wir alle die Verantwortung gemeinsam übernehmen.

Dr. Lensch berichtet, dass der Umgang mit psychisch Kranken aus der Aufklärung stamme und in der Medizin noch zu den neueren Fachgebieten zähle. Da es hierbei um die Frage geht, wie die Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht, hatte es aber schon immer eine stark politische Dimension. Dabei sind es besonders die Angehörigen, die spüren, wie grundsätzlich mit der sozialen Verantwortung in der Gesellschaft umgegangen wird. Laut

Lensch sei es eine politische Dauerarbeit, die der Fachverband leistet und dankt Frau Zindorf hierfür herzlich. Er stellt die guten Rahmenbedingungen im psychiatrischen Bereich in Mainz vor und betont, dass es trotzdem noch an bestimmten Angeboten wie ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie und Wohnraum für psychisch Kranke fehle. Daher sei das Projekt „Unterkunft Plus“ aufgelegt worden. Fehlende Krankheitseinsicht führe aber auch zu einer schwierigen Balance zwischen Autonomie und Fremd- bzw. Selbstgefährdung. Lensch wünscht sich, dass aus der heutigen Veranstaltung einige konkrete Ideen und Impulse für den Umgang mit diesen Betroffenen hervorgehen und wünscht allen eine schöne Veranstaltung.

Esther Herrmann, Angehörige und stellvertretende Vorsitzende im Landesverband, freut sich über die bunte Mischung des Publikums. Heute geht es um die Frage, wie die Menschen erreicht werden können, die aus unterschiedlichen Gründen aus dem System fallen. Sie stellt zwei Fälle aus der Praxis und die Forderungen der Angehörigen an das Hilfesystem vor. Fall 1: Die Familie als Versorgungsstation für den Erkrankten. Fall 2: Alleinlebend und mit der psychischen Erkrankung alt gewordenen. Die beiden Fälle seien keine Einzelfälle, daher gelte die Forderung des Landesverbandes: Gerade bei Menschen mit schweren, chronisch psychischen Erkrankung sind die Zugangsschwellen zu Hilfen zu senken, Leistungsanspruch müsse auch ohne Mitwirkung des/der Betroffenen möglich sein, Schutzräume/-angebote müssen regelfinanziert sein. Aufsuchende Hilfen sollten rechtzeitig, beharrlich, behutsam und engmaschig stattfinden. Der Landesverband fordert Mut zum Experiment und Vertrauen sowohl in den Erkrankten als auch in die im System tätigen Menschen, die meisten hochmotiviert und engagiert sind. Herrmann schließt mit den Worten von Hermann Hesse: Man muss das Unmögliche versuchen, um das Mögliche zu erreichen.

Hierzu kommt ein Impuls aus dem Publikum: In der Öffentlichkeit bestünden Denkbarrieren, denn so genannte „Systemsprenger“, die in ihrem Umfeld als stark angesehen werden, werden von der Öffentlichkeit als schwach wahrgenommen. Außerdem müsse auch bedacht werden, dass Angebote der aufsuchenden Hilfe von Betroffenen häufig als Zwang wahrgenommen werden. Die Erkrankung sei eine Zumutung sowohl für den Erkrankten als auch für Angehörige, die nur aufgelöst werden kann, wenn wir uns das als Gesellschaft auch zumuten. Der Drang nach persönlicher Freiheit wohnt in den Betroffenen inne, dies gehe zuwider mit einer Zwangsmedikation.

Robert Jacobs, Vorsitzender des Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, ergänzt, dass man sich die Frage stellen muss, was ein Schlüssel zu den niederschweligen Angeboten, die es ja zahlreich gibt, sein kann. Er schlägt vor, die EX-IN Begleitung stärker in die Behandlung der Betroffenen und in den Umgang mit den Angehörigen einzubinden.

Andrea Melville-Drewes, Leiterin der Abteilung Sozialpsychiatrie des Gesundheitsamtes Düsseldorf, dankt herzlich für die Einladung. Es ist ihr ein großes Anliegen, schwer psychisch Kranke zu versorgen. Gerade bei Obdachlosen sei die Quote an schweren psychischen Erkrankungen sehr hoch. Sie stellt sich die Fragen: Was braucht ein Hilfesystem? Was passiert mit den Menschen, die den Weg in das Hilfesystem nicht schaffen? Und sagt: Es gibt keine Gesundheit, ohne psychische Gesundheit! Ziel der Stadt Düsseldorf ist es daher, die Zahl der nicht-übertragbare Erkrankungen zu reduzieren – mit Beteiligung der Angehörigen, Selbsthilfe und anderen Netzwerken. Sie betreuen im Schnitt 3.000-3.500 Menschen im Jahr und nur ca. zehn Prozent von ihnen kommen selbständig zu ihnen, der Rest wird von unterschiedlichen Stellen gemeldet.

Der Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) bietet Hilfe und Beratung in Krisensituationen sowie vorbeugende Hilfen an und ist auch explizit für Angehörige zuständig. In Nordrhein-Westfalen muss jede Kommune einen SpDi vorhalten. Es wird stadtteilbezogen in einem multiprofessionellen Team gearbeitet. Der SpDi arbeitet aufsuchend und die Mitarbeiter drängen sich auf, weil die Menschen den Kontakt in der Regel nicht wollen („fürsorgliche Belagerung“). Dabei ist der Datenschutz häufig ein Problem, der die Arbeit in Deutschland deutlich erschwert. Häufig würde unterschätzt, dass ein Viertel der Menschen, die ihre

Wohnung verlieren, an einer Depression leiden. Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besagen, dass 2030 Depression die häufigste Erkrankung sein wird.

In Düsseldorf haben sie nur ca. 90 PsychKG Fälle im Jahr. Dabei fragt sie sich immer, ob es irgendeine andere Möglichkeit gibt, den Betroffenen zu schützen. Es sei schwierig, dem sozialen Umfeld eines psychisch Erkrankten die Grenzen ihres Wirkens aufzuzeigen. Häufig sei es ein Ringen mit der Entscheidung. Sie hat den Eindruck, die Gesellschaft halte immer weniger aus. Wohnungslosenhilfe sei oft sehr hochschwellig.

Es gibt in Deutschland keine verlässlichen Zahlen zu Obdachlosen, einzig in Nordrhein-Westfalen werden sie dokumentiert. Die Zahl der Obdachlosen ist angestiegen, dadurch auch mehr psychisch kranke Obdachlose (25.000 Menschen in NRW). Daher haben sie das Konzept „Obdach Plus“ als Kooperation zwischen Gesundheitsamt und dem Amt für Migration und Integration entwickelt. Dies hat zum Ziel, schwer psychisch kranken obdachlosen Menschen ein neues Zuhause zu geben und sie behutsam an weiterführende Hilfen heranzuführen. Dies soll durch individuelles Wohnen in „abgeschlossenen“ Wohneinheiten und eine individuelle Unterstützung durch eine engmaschige Betreuung und Begleitung erreicht werden. Sie haben derzeit nur 21 Plätze, wollen diese in der Zukunft aber ausbauen. Der größte Teil der Obdachlosen, die das Angebot wahrnehmen sind Menschen mit einer Psychose. Ziel ist es, dass sie es nach drei Jahren schaffen, in einen eigenen Wohnraum zu kommen, was jedoch kaum möglich ist.

Abschließend formuliert Melville-Drewes einige Kernempfehlungen: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln, die Behandlung muss auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus, nachgehend und aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld erfolgen, im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, sollen stationäre Behandlungen vermieden werden. Sie ist jedoch der Meinung, dass Deutschland bei diesen Themen leider noch hinterherhinkt.

Sie stellt eine Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim vor, zur „Verbesserung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Risikogruppen vor dem Abrutschen in die Wohnungslosigkeit“. Hieraus werden Konsequenzen für Klinik und Praxis gezogen, dass eine bessere Vernetzung hilft, die unbehandelten Menschen zu erreichen. Für Düsseldorf heißt das, dass sie versuchen, die Menschen früher zu erreichen. Hierbei bedarf es an speziellen Angebote für Frauen und Tagesaufenthalte, mehr Einzelzimmer in den Obdachern und eine andere Form der psychiatrischen Angebote in der Kommune. Sie nennt es „Homelesstreatment“, bei dem es mehr eine „Geh-Struktur“ statt einer „Komm-Struktur“ geben muss. Hierfür benötigen sie mehr Plätze für das Obdach-Plus sowie mehr Personal für den SpDi. Melville-Drewes bedankt sich für die Aufmerksamkeit und schließt ihren Vortrag mit der Botschaft „Man muss für die Richtigen, das Richtige richtig tun“.

Die Nachfrage eines Teilnehmers nach der Finanzierung des Angebots beantwortet Melville-Drewes, dass es von der Kommune getragen wird und im Haushalt verankert ist.

Ein weiterer Teilnehmer möchte wissen, wie die Überleitung in medizinische Versorgung ohne Krankenversicherung funktioniert? Melville-Drewes antwortet, dass es eine medizinische Hilfe für Obdachlose gibt. Ziel sei es, diese Menschen in die Versicherung zu bekommen. In Düsseldorf gibt es ein kleines Budget für Nichtversicherte. Eine „Nicht-Versicherten“-Sprechstunde (nicht nur für Obdachlose) sei in Planung.

Frank Müller, Pflegedirektor und Heimleiter der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, bedankt sich ganz herzlich für die Einladung und stellt kurz die Rheinhessen Fachklinik vor. Bei der Gründung galt der ursprüngliche Grundsatz, dass psychisch kranke Menschen in die Heilanstalt einziehen und anschließend für immer dort bleiben. Heute sehen sie ihren Auftrag in der Sozialpsychiatrie und übernehmen die Pflichtversorgung für ca. 500.000 Menschen. Beispielhaft stellt er zwei ambulante Angebote vor: Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist rein aufsuchend tätig und wendet sich an psychisch kranke Menschen, die durch die Art und Schwere ihrer Erkrankung in einer psychiatrischen Praxis nicht angemessen behandelt

werden können. Die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) ist ein gemeindeorientiertes Versorgungsangebot mit Aufgabe des Entlassmanagements, also der Übergabe der Patienten an den niedergelassenen Facharzt mit dem Ziel stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Psychiatrische Behandlung zuhause, ist kein weiteres **ambulant**es Angebot, sondern eine Behandlung im häuslichen Umfeld, die gleichwertig einer stationären Versorgung entspricht. In seiner Intensität soll es einer stationären Behandlung entsprechen, aber im gewohnten Umfeld der Patienten. Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich den Rahmen hierfür im SGB V geschaffen. Neuer Baustein: „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht“. Äquivalent = gleichwertig! Diese Behandlungsform kommt ausschließlich für Personen in Betracht, die einer stationären Behandlung bedürfen. => klare Abgrenzung zu ambulanten Angeboten. In dem Behandlungsteam müssen alle Professionen vertreten sein (geleitet durch den Facharzt).

Zwischenbemerkung eines Teilnehmers: Auch die Angehörigen müssen damit einverstanden sein, dass diese Behandlung zu Hause stattfindet. In dem Team sollten außerdem auch EX-IN Begleiter beteiligt sein. Dem stimmt Müller zu, die Einbindung sollte an allen Stellen stattfinden, es muss allerdings auch finanziell geregelt werden.

In Alzey haben sie für das Modellprojekt zur Erprobung stationärer Behandlungsleistungen im häuslichen Umfeld eine Pilotstation ausgesucht. Das Casemanagement muss sich von Beginn an mit dem Facharzt austauschen und die PIA muss miteingebunden werden. Der erste Ast nach draußen ist die APP. Es ist eine Herausforderung, das Projekt aus der Theorie in die Praxis zu überführen. Sie wollen den individuellen Bedarf entsprechend die stationäre Qualität nach Hause zu überführen. Ziel ist es, stationäre Aufenthalte auf eine möglichst kurze Phase einzugrenzen. Dabei haben sie erste gute Erfahrungen mit dem „**statt**krankenhaus“-Projekt gemacht, das sowohl von Patienten als auch vom Personal (Bereicherung der Arbeit) gut angenommen wird. Hier konnten viele alltagsrelevante Probleme gelöst werden, die sich auf einer Station so nicht gezeigt hätten.

Müllers Fazit: Die Verlagerung der stationären psychiatrischen Behandlung ins private / häusliche Umfeld stellt für viele Patientinnen und Patienten eine Chance in der psychiatrischen Behandlung dar. In Alzey sind sie gut organisiert und haben Erfahrungen gemacht, die ihnen helfen. Daher wollen sie sich den Herausforderungen stellen. Allerdings müssen noch einige Fragen geklärt werden (finanziell, strukturell und leistungsrechtlich). Er ist aber positiv gestimmt, dass alles gelingen wird.

Frau Odenwald fragt, welche Rolle die Angehörigen in diesem Modellprojekt spielen? Sie fragt auch das Publikum nach Erfahrungen von Angehörigen, die jedoch bei keinem Teilnehmer vorhanden. Sie interessiert außerdem wie sich die beteiligten Mitarbeiter vorbereitet haben. Müller antwortet, dass sie durch ihre Angebote in der PIA (seit 1997) und APP (seit 10 Jahren) auf gute Erfahrungen zurückgreifen konnten, die eine gute Basis dargestellt haben. Dennoch stellt dies eine Herausforderung für die Mitarbeiter dar, die bisher nur stationär tätig waren. Es läge aber ein hohes Interesse und Engagement der Kollegen vor.

Ein Teilnehmer berichtet von gemischten Erfahrungen aus Frankfurt. Dort existieren vier Kliniken, die die Pflichtversorgung übernehmen. Die Klinik, die Hometreatment anbiete, ist dort jedoch nicht angeschlossen, was zu mehrwöchigen Wartezeiten führt, was keiner Akutbehandlung mehr entspricht. Er berichtet aber trotzdem auch von positiven Erfahrungen.

Ein weiterer Teilnehmer möchte wissen, ob das vorgestellte Modell rein theoretisch oder schon in der Praxis erprobt sei? Er wirft außerdem ein, dass die Angehörigen das Angebot mittragen müssen und fragt, ob dies auch finanziert wird?

*Müller antwortet zur Vergütung, dass derzeit ein Umbruch in der Finanzierung in der Psychiatrie stattfindet. Daher stamme auch der Impuls zum Hometreatment. Nun sind alle gespannt, was letztendlich rauskommt, es gäbe aber Gesprächsspielraum mit den Kostenträgern. Das Angebot „**statt**krankenhaus“ gibt es schon seit längerer Zeit, es ist also*

kein theoretisches Konstrukt, sondern ein gelebtes, auf das jetzt aufgebaut wird. Angehörige werden von Beginn an (bereits bei der stationären Aufnahme) miteinbezogen, um anschließend den Weg gemeinsam zu gehen.

Mittagspause bis 13:35 Uhr

Frau Odenwald begrüßt Prof. Dr. med. Arno Deister, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als ersten Sozialpsychiater auf dem Posten des DGPPN-Präsidenten.

Prof. Deister ist froh hier zu sein, obwohl es ein schwieriges Thema ist. Aber es ist besonders wichtig, weil viele Themen, die man eigentlich dachte überwunden zu haben nicht einfacher, sondern eher schwieriger geworden sind. Das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Gesellschaft ist sehr spannungsreich. So existieren unterschiedliche Spannungsfelder wie beispielsweise zwischen ethischem Anspruch und ökonomischer Realität, zwischen Schutz der Autonomie und notwendiger Sicherung, zwischen schwerer psychischer Krankheit und kriminellen und terroristischem Verhalten, zwischen Stigmatisierung und Diskriminierung und dem Streben nach Inklusion. Die Erwartungen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik sind vielfältig und häufig völlig widersprüchlich. Es ist immer die Gefahr gegeben, dass die Psychiatrie für andere Zwecke instrumentalisiert wird, für Probleme die die Gesellschaft nicht lösen kann (die Psychiatrie aber auch nicht) oder nicht versteht. Psychiatrie und Psychotherapie hat eine doppelte Funktion: sie ist dem individuellen Patientenwohl verpflichtet, aber auch mit gesellschaftlichen und ordnungspolitischen Aufgaben betraut. Zentrale Aufgabe ist es, die Verantwortung gegenüber dem Patienten in den Vordergrund zu stellen. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Krankheiten und betreffen alle Altersgruppen, sozialen Schichten und Lebenssituationen. Jeder dritte bis vierte Erwachsene erfüllt innerhalb eines Jahres zumindest zeitweise die Kriterien einer psychischen Erkrankung – was nicht heißt, dass er psychisch erkrankt ist. Psychische Erkrankungen haben häufig komplexe Ursachen und entstehen durch Wechselwirkungen einzelner Faktoren. Manchen psychisch Erkrankten fällt es schwer, Hilfe oder gesellschaftliche Unterstützung einzufordern. Entgegen einiger Diskussionen sind psychische Störungen in den vergangenen Jahren nicht häufiger geworden. Allerdings hat sich die Wahrnehmung und der Umgang mit diesen verändert. Es war schon immer so, dass ein bestimmter Teil der Bevölkerung psychisch erkrankt ist, dies wurde jedoch früher seltener als heute diagnostiziert oder manchmal auch bewusst verschwiegen, um Stigmatisierung und andere negative soziale Folgen zu vermeiden. Folgende Faktoren haben Einfluss auf die Häufigkeit und den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen: Bedeutung von Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit für die seelische Gesundheit, der Umgang mit Migration und der Zusammenhang von Armut und psychischer Erkrankung.

Die Frage, ob Arbeit krank macht, ist nicht einfach zu beantworten. Arbeit zu haben und eine Struktur zu haben ist vorteilhaft, aber wenn sie unter problematischen Rahmenbedingungen stattfindet, kann sie krank machen. Eine Kette von Maßnahmen ist wichtig, von der Prävention über die Behandlung bis zur Reha. Daraus folgt, dass wir ein integratives Denken brauchen. Bei der Bedeutung von Migration muss man sich die Frage stellen, wie es gelingen kann, diesen Menschen gerecht zu werden, die häufig ein hohes Maß an Traumatisierung erlebt haben. Der Umgang mit diesen Menschen bedarf ein hohes Maß an Kultursensibilität. Außerdem ist die Gruppe der Geflüchteten keine homogene Gruppe! Ein weiterer wesentlicher Faktor, der Einfluss auf die psychische Gesundheit nimmt ist die Bedeutung von Armut. Es gibt bisher jedoch keine Erklärungsmodelle, warum Armut zu psychischen Erkrankungen führen kann. Die ärmsten Bevölkerungsgruppen sind besonders stark von psychiatrischer Unterversorgung betroffen. Daher brauchen wir ein Versorgungssystem, das sehr niederschwellig ist, was in der Regel noch nicht der Fall ist.

Deister stellt die Frage, was eigentlich eine psychische Erkrankung ist und beruft sich auf Karl Jaspers, der sagte, dass das was krank ist, weniger vom Arzt, sondern von der Einstellung und Erwartungen des Patienten und von kulturellen und gesellschaftlichen Aspekten, also wie die davon betroffenen Menschen damit umgehen. Laut der Definition der WHO ist Gesundheit

ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Die Frage, was Krankheit ist, ist sehr individuell. Die heutige Diagnostik nach vorgegeben Kriterien schützt die Patienten vor Willkür und vor dem Missbrauch zu politischen Zwecken. Daher braucht es klare Regeln, was Krankheit und was Gesundheit bedeutet.

Diese Frage spielt gerade heute eine wesentliche Rolle. Psychische Erkrankungen werden wieder in die Nähe von kriminelle Verhalten gerückt, wodurch das Stigma wieder begünstigt wird. Natürlich gibt es diese Erkrankungen, bei denen es zu mehr Aggression kommt, aber die Gesamtgruppe der psychisch Erkrankten ist nicht häufiger von Gewalt betroffen als der Rest der Bevölkerung. Hier müssen Grenzen gezogen werden, was wirklich psychisch krank bedeutet.

Deister bringt ein Zitat der Psychiatrie Enquete von 1975 an, das die soziale Verantwortung, die die Gesellschaft gegenüber psychischen Erkrankungen hat beschreibt und noch immer aktuell ist: „Auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel Mittel sie aufbringen will, um das Leid von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.“ Autonomie und Partizipation kommt heute eine deutlich größere Rolle zu – ebenso wie die Ressourcenverteilung. Man muss sich die Frage stellen, wie man es schaffen kann, dass die Ressourcen den Personen zukommen, die sie wirklich brauchen: Recht auf Zugang zu der erforderlichen Gesundheitsversorgung. Psychische Krankheiten werden jedoch immer wieder noch als selbstverschuldet angesehen, weshalb den Betroffenen die notwendigen Ressourcen verweigert werden.

Psychisch Erkrankte sind oft nur begrenzt in der Lage, das, was ihnen als notwendige Gesundheitsversorgung zustünde, einzufordern. Prävention ist teuer und man sieht nicht, was man gewinnt. Ökonomische Folgen von psychischen Erkrankungen werden unterschätzt, so Deister. Auf die direkten Kosten kommt noch mal das Doppelte an indirekten Kosten, beispielsweise wenn Mütter von erwachsenen Kindern nicht arbeiten gehen können, weil sie ihre psychisch kranken Kinder versorgen müssen. Laut Schätzungen der OECD kosten psychische Erkrankungen ca. 120 Millionen Euro pro Jahr, was vier Prozent des Bruttoinlandsproduktes entspricht. Nach dem Global Burden of Disease liegen psychische Erkrankungen in Europa an zweiter Stelle mit deutlicher Tendenz zur Steigerung der Bedeutung.

Aktuell wird häufig die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens dieskutiert. Dabei wird Rationalisierung verlangt, also wie schaffe ich es mit möglichst geringen Aufwand einen möglichst großen Effekt zu erreichen. Dies ist auch ethisch nicht problematisch. Gemeint ist häufig aber Rationierung, also Beschränkung der Leistungen, obwohl sie eigentlich erforderlich wären. Man sollte in einem offenen Diskurs darüber reden, was sich die Gesellschaft leisten will. Die Zeit des Nationalsozialismus muss uns immer daran erinnern, welche Verantwortung wir haben. Dies ist heute wieder Thema – auch in der Gesundheitspolitik.

Deister blickt in die Geschichte der Psychiatrie, denn früher galt sie als „verwahrende Anstaltspsychiatrie“, teilweise mit bis zu 4.000 Betten und einer Verweildauer von 250 Tagen im Durchschnitt. Die damalige gesellschaftliche Verantwortung wurde so gesehen, dass man Patienten fernab der Stadt hinter hohen Klinikmauer verbannt hat. Dies änderte sich in den 1970er Jahren durch die Psychiatrie-Enquete, mit der Aspekte der Partizipation und der Integration der Menschen mit psychischen Erkrankungen immer mehr in den Vordergrund getreten sind. Seit dem ist die Verweildauer deutlich weniger geworden -> De-Hospitalisierung. In den 2000er Jahren kam es wiederum zu Veränderungen, da die Abläufe nun möglichst ökonomisch gestalten werden sollten. Mit Sicherheit hab es Prozesse, die verbessert werden konnten und mussten, hiermit wurden jedoch massive Fehlanreize gesetzt.

Seit einigen Jahren ergeben sich jetzt deutliche Veränderungen, die das Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft direkt und grundsätzlich beeinflussen können. Die nächste Phase beschreibt die Individualisierung und Personalisierung der Behandlung. Es existiert ein Veränderungsbedarf in der Integration und Überwindung unterschiedlicher Finanzierungsformen sowie der Behandlungs- und Beziehungskontinuität. Die Versorgung sollte nicht mehr von der Seite der Institution, sondern von der Seite der Betroffenen gesehen werden. Deister betont aber auch, dass dies in der Psychiatrie nicht immer leicht ist,

durchzuhalten. Auf der einen Seite steht die Autonomie des Patienten, auf der anderen Seite stehen Zwangsmaßnahmen, also Maßnahmen, denen der Patient häufig nicht zustimmen kann. Dies sind Ausnahmesituation und müssen es auch bleiben – greifen aber gravierend in die Grundrechte der Betroffenen ein. Die Behandler stehen somit im Spannungsfeld des therapeutischen Anspruchs und der Erwartung der Gesellschaft nach Sicherheit. Eine Lösung gibt es nicht. Das Einzige, was es rechtfertigt, sich über die Selbstbestimmung hinwegzusetzen, ist, dass durch psychische Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit aufgehoben werden kann. Die einzige ethische Rechtfertigung ist, die Selbstbestimmung schnellstmöglich wiederherzustellen. Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist wichtig und in Deutschland geltendes Recht, sie gibt den Maßstab vor. Dies entbindet die Ärzte nicht, sich mit der individuellen Situation des Patienten zu beschäftigen. Beziehungsarbeit ist ein ganz wesentlicher Aspekt, daher braucht man vor allem Zeit im Umgang mit psychisch Erkrankten, aber auch mit den Angehörigen etc. Es braucht laut Deister einen Wechsel in der Sichtweise, das System muss flexibler und personalisierter werden, die Angebote müssen stärker vernetzen werden und es braucht die notwendigen Ressourcen hierfür. Diese sollten sich dabei nicht an Parametern der Behandlung, wie zum Beispiel Behandlungstagen, Behandlungsfällen oder erbrachten Einzelleistungen orientieren, sondern an der zu bewältigenden Aufgabe. Hometreatment lässt sich im Rahmen der regionalen Budgets finanzieren. Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen zu einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft befähigt werden. Deister schließt seine Rede mit der Aufforderung, dass alle, die in dem psychiatrischen Feld arbeiten, eine soziale Verantwortung haben.

Diskussionsrunde:

Deister geht auf die Forderungen der Angehörigen ein, Hilfen müssen niederschwellig sein, Leistungsanspruch sollte auch ohne Mithilfe der Erkrankten möglich sein, rechtzeitige Einbindung der Angehörigen, Mut zum Experiment und Vertrauen in die Erkrankten und die Institutionen: Hometreatment heißt, sie fahren tatsächlich zum Patienten hin – dies wird bereits seit 15 Jahren praktiziert. Es ist ein Lernprozess, denn die Mitarbeiter haben andere Aufgaben. Sie sehen zwei Gruppen an Patienten: die die nicht in die Klinik gehen, weil sie den Weg nicht schaffen und die, die im Übergang von Klinik ins häusliche Umfeld sind. Mit Hometreatment erreicht man eine Gruppe von Menschen, die man ansonsten nicht erreichen würde. Außerdem kommen die Therapeuten in eine andere Situation, denn sie sind auf einmal Gäste bei den Patienten. Finanziert wird das Hometreatment von den Krankenversicherungen. Der Therapeut muss hierfür 3,5 Std pro Tag im Heim des Patienten verbringen, dies führt auch schon mal zum Protest der Angehörigen.

Müller ergänzt: Es gibt einen großen Personenkreis von Menschen, die keine Angehörigen haben, die sich um sie kümmern können. Daher muss man Lösungen finden, Wohnraum für psychisch Erkrankte zu schaffen.

Ein Teilnehmer fragt nach, ob vor dem Hometreatment eine Diagnose erstellt sein muss. Deister: Eine Diagnose spielt keine Rolle, vielmehr entscheidet der konkrete Hilfebedarf. Die Diagnose ist bestenfalls das Ergebnis. Häufig werden seine Mitarbeiter von Angehörigen oder vom SpDi verständigt oder sie werden anderweitig auffällig.

Ein Teilnehmer richtet eine Frage an Frau Dr. Schwaben: Wie Prof. Deister in seinem Vortrag erwähnt hat, ist Psychiatrie Beziehungsarbeit, aber es mangelt an Zeit und Geld. Was macht es der Politik so schwierig, die Gesellschaft da mitzunehmen und zu überzeugen? Dr. Schwaben: Der Einfluss der Politik sei doch eher begrenzt darin, wie die Gesellschaft psychische Erkrankungen sieht. Hier spielten Medien eine riesige Rolle. Häufig fände eine Verknüpfung mit Gewalt statt, die Diskriminierung hat nicht abgenommen. Ziel der Politik ist es, Anti-Stigmatisierungsarbeit zu betreiben, beispielsweise auch durch die Finanzierung der EX-IN Ausbildung. Betroffenen müssten mehr in Erscheinung treten, um Verständnis zu wecken werden, und Empathie zu fördern. Das sei die Basis für die Politik, um dann Geld in diesen Bereich zu stecken.

Ein Teilnehmer merkt an, dass wenn der Patient im Mittelpunkt steht, auch das soziale Umfeld mehr wahrgenommen werden muss. Dies funktioniert im Alltag jedoch nicht ausreichend. Daher fordert er einen früheren und intensiveren Einbezug der Angehörigen. Er ist kritisch gegenüber der Gegenwart, beispielsweise beim Thema De-Hospitalisierung. Bei allem, was wir heute machen, müsse man sich selbstkritisch hinterfragen, ob es wirklich das Beste ist. Vor allem, ob es auch in 30 Jahren noch gut ist, was wir heute entscheiden.

Frage aus dem Publikum: Angehörige sind häufig einer Dauerbelastung ausgesetzt, wie können sie entlastet werden? Frau Odenwald: Es gibt Kuren für pflegende Angehörige. Aber es muss auch Aufgabe der Kostenträger sein, hier Angebote zu schaffen. Häufig sei es aber ein Problem, dass viele Angehörige die Angebote aus unterschiedlichen Gründen nicht annehmen wollen. Man muss ihnen zwar Angebote zur Entlastung machen, aber die Pflege darf ihnen nicht ausgedreht werden.

Ergänzend hierzu wird gefragt, wie es mit der Finanzierung für Angehörige aussieht? Es wird geantwortet, dass es Hauskrankenpflege gibt sowie kleinere Angebote der Kassen zur Entlastung. Es wird jedoch zugegeben, dass es nicht einfach ist, zu vermitteln, was für eine psychische Belastung eine solche Situation für einen Haushalt bedeutet.

Eine Betroffene und Angehörige aus dem Publikum merkt an, dass man aus der gesellschaftlichen Sicht von den Begriffen „psychischen Erkrankungen“ und „psychische Störung“ wegkommen müsse. Sie selbst bezeichnet sich als psychisch beeinträchtigt bzw. behindert. Sie fragt sich außerdem, wie es gehen soll, dass psychische Erkrankungen die Selbstbestimmung aufheben können.

Deister: nicht die Selbstbestimmung wird aufgehoben, sondern die Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Es gibt Erkrankungen, die die Realität ausblenden. Wenn man sich in der einen Realität bewegt, kann man nicht in der anderen Realität Entscheidungen treffen. Der Weg muss dahin gehen, dass Betroffenen beide Realitäten anerkennen.

Ein Teilnehmer fragt, ob man Patienten, die keine Krankheitseinsicht haben, mit einem aufsuchenden Ansatz erreichen kann und wenn ja, wie?

Müller: Das Konzept sei so gedacht, dass die Phase der stationären Krankenhausbehandlung vorweggeschaltet ist, um anschließend die Behandlung zu Hause fortzusetzen. Hierbei wird die Problematik der Beziehungsabbrüche umgangen, denn die gleichen Personen aus dem stationären Setting, betreuen den Patienten später im häuslichen Umfeld weiter.

Deister unterstützt dies, denn Psychiatrie sei in vielen Fällen Beziehungsmedizin und wenn bereits eine Beziehung besteht, ist dies gut, um den Betroffenen mit den Angeboten zusammenzubringen.

Eine Frage kommt zum Thema „sich aufdrängen“ auf und wie man frühzeitig an die Menschen herandringen kann, die es eigentlich nicht wollen. Mellville-Drewes berichtet, dass dies ein mehrstufiges Verfahren sei. Sie versuchen zuerst einen Fuß in die Tür zu bekommen und bleiben dann am Ball, sind hartnäckig und versuchen den Menschen ins Hilfesystem zu bringen und begleiten ihn zu den notwendigen Stellen. Dr. Schwaben ergänzt, dass es auch in Rheinland-Pfalz SpDis und PIAs gibt, die aufsuchend arbeiten.

Eine Teilnehmerin berichtet, sie höre immer wieder, Leute seien „beziehungsresistent“ und will wissen, woher das kommt und ob es das gibt. In anderen Ländern seien die Ärzte viel näher am Patienten und es wäre doch auch gut, wenn das auch in Deutschlandginge. Vielleicht würden sich Patienten auch eher von sich aus beim Arzt melden, warum ist das in Deutschland nicht möglich?

Mellville-Drewes berichtet, dass sie auch nicht jeden erreichen und sie dies irgendwann akzeptieren müssen. Allerdings besteht jederzeit die Möglichkeit, mit ihnen in Kontakt zu treten. Sie ist aber der Meinung, dass man es auch aushalten können muss, dass nicht jeder den Kontakt zu ihnen will.

Deister ergänzt, dass es auch innerhalb des Systems Möglichkeiten gibt, das vorhandene Geld besser einzusetzen. Beziehungsresistent gibt es aus seiner Sicht nicht.

Odenwald merkt an, dass alle Angebote, die heute vorgestellt worden sind, aus dem öffentlichen Bereich kommen, keine Leistungserbringer. Sie fragt sich, ob das an der Finanzierung liegt und ob es hier ein Finanzierungsproblem gibt.

Mellville-Drewes antwortet darauf, dass Einzelverträge mit Kostenträgern existieren und dass es hier ein breites Spektrum gibt, man muss es jedoch gut verhandeln.

Ein Teilnehmer aus dem Publikum findet, dass es nicht sein kann, dass Ökonomie vor die Humanität gestellt wird. Medizinische Hilfen, die ein Mensch in der Forensik braucht, werden vom Staat bezahlt.

Dr. Schwaben bestätigt, dass das Land für den Maßregelvollzug der Finanzierer ist, das auch eine Weiterbehandlung durch die forensisch psychiatrische Ambulanz finanziert.

Deister sieht das Problem hier richtig beschrieben. Denn dies liegt in der Unterschiedlichkeit der Systeme. Der Maßregelvollzug ist völlig anders als der Bereich der Krankenversicherung. Was völlig absurd ist, weil es sich an die gleichen Menschen richtet. Dies führt zu Brüchen und – noch schlimmer – zu Abbrüchen von Kontinuität. Deshalb muss man von der Seite der Patienten denken.

Dr. Schwaben: Es ist Aufgabe der Kliniken, die Entlassung ordentlich vorzubereiten, was zunehmend auch erfolgt. Hierdurch kann der Übergang sauber gestaltet werden, obwohl es zwei Systeme sind.

Ein Teilnehmer fragt, ob er es richtig verstanden hat, dass Zwangsbehandlung nur in Frage kommen darf, um die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Denn Zwangsbehandlungen wollen alle so gut wie möglich verhindern. Stattdessen rückt die Autonomie immer stärker in den Fokus, das heißt, der kranke Patient bekommt mehr Verantwortung.

Deister ist der Meinung, dass es noch zu viele Zwangsmaßnahmen gibt und es zu wenig getan wird, um wirkliche Alternativen umzusetzen. Er ist aber auch der Meinung, dass es sie immer geben wird. Es gibt Erkrankungen, wie Demenzen, bei denen dies jedoch nicht möglich ist, hier müssen andere Wege gefunden werden. Eine Zwangsbehandlung muss Aussicht auf Erfolg haben, ansonsten darf sie nicht angewendet werden (laut BGB). Er gibt zu, dass dies in schwierige Situationen führt.

Frau Odenwald bedankt sich herzlich für die Aufmerksamkeit und Geduld. Sie dankt den Angehörigen für die Bereitschaft, sich zu beteiligen und für eine lebhaftere Veranstaltung.

Zum Abschluss der Fachtagung dankt Frau Zindorf dem Podium und allen Gästen für ihre Teilnahme. Sie freut sich auf ein Wiedersehen bei der nächsten Veranstaltung.