

**„Chronisch psychisch krank - chronisch schlecht versorgt?
Was hat die Psychiatriereform für chronisch Kranke gebracht?“**

Dokumentation des Regionaltreffens des
Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.
am 17.10.2009
in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey



Begrüßung

Frau Dr. Daniela Engelhardt (SWR 4), die die Moderation der Veranstaltung übernommen hat, begrüßt alle Anwesenden im Namen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz zur Veranstaltung mit dem provokanten Titel „Chronisch psychisch krank - chronisch schlecht versorgt?“.

Ob die aufgeworfene Frage angebracht sei, werde sich zeigen - die hohe Teilnehmerzahl lasse jedoch vermuten, dass es sich nicht um ein „Exoten -Thema“ handle.

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Zindorf für die Organisation der Veranstaltung und übergibt ihr das Wort.

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

- Frau Dr. Julia Kuschnereit, Psychiatriereferentin im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, und ihren Mitarbeitern für die finanzielle Unterstützung, stets freundliche Beratung und ihr folgendes Grußwort nebst Teilnahme an der Podiumsdiskussion
- Herrn Dr. med. Wolfgang Guth, ärztlicher Direktor der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, für die organisatorische Unterstützung dieser Veranstaltung und sein bevorstehendes Grußwort
- Herrn Prof. Dr. Hartmut Berger, ärztlicher Direktor des Vitos Philipppshospitals (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) für seine Zusage und sein folgendes Referat, auf das man sehr gespannt sei
- den Angehörigen Frau Helga Herbert, Frau Hedi P.¹ und Frau Elly S.² für ihre bevorstehenden Statements
- den übrigen Teilnehmern der folgenden Podiumsdiskussion
 - Frau Kathrin Anklam-Trapp, SPD-Landtagsfraktion
 - Frau Hedi Thelen, CDU-Landtagsfraktion
 - Frau Anita Haas, Koordinierungsstelle für Psychiatrie im Landkreis Alzey-Worms

¹ und

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

- Frau Leonore Julius, Geschäftsführerin des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker
 - Frau Dr. Daniela Engelhardt für die Übernahme der Moderation
 - Frau Carmen Meurer für die Protokollierung
 - Frau Stellwagen, Hauswirtschaftsmeisterin in der Rheinhessen-Fachklinik, und ihren Kolleginnen für die gute Vorbereitung der Tagung
 - den Krankenkassen für die finanzielle Unterstützung
 - der Presse (sofern anwesend) für eine gute Berichterstattung
- und allen übrigen Anwesenden für die erwiesene Resonanz.

Frau Roswitha Beck, Kuratoriumsvorsitzende des Vereins für Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V., hat sich wegen Urlaubs entschuldigt - Frau Zindorf wünscht ihr an dieser Stelle gute Erholung und neue Tatkraft für ihre engagierte und wichtige Arbeit..

Krankheitsbedingt musste leider auch die angefragte Vertretung der FDP-Landtagsfraktion, Frau Uta Schellhaaß, ihre Teilnahme absagen.

Frau Zindorf erläutert die Hintergründe des Themas der heutigen Veranstaltung, dem sich der Landesverband erstmals in einem Regionaltreffen am 23.08.2008 unter dem Motto „Die Verlierer der Gemeindepsychiatrie“ gewidmet hat.

Mit In-Kraft-Treten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen im Jahr 1996 hat sich die Versorgungsstruktur grundlegend gewandelt - große psychiatrische Einrichtungen wurden schrittweise verkleinert und zahlreiche differenzierte Hilfeangebote geschaffen.

Dennoch scheint es eine Personengruppe zu geben, denen die Gemeindepsychiatrie nicht adäquat begegnen kann:

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 erläutert, dass sich Professionelle oft hilflos zeigen, wenn Patienten Hilfeangebote nicht annehmen können oder wollen.

Die Betreuung des beschriebenen Personenkreises sei äußerst aufwendig und fordere die betroffenen Angehörigen enorm - doch was geschehe mit jenen Menschen, die keine Angehörigen haben, die ihnen zur Seite stehen?

Sie ist gespannt auf die Ergebnisse dieser 2. Veranstaltung zum Thema und betont, dass die Angehörigen erst dann zufrieden sein könnten, wenn für alle Betroffenen bestmögliche (= wohnortnahe und individuelle) Lösungen gefunden werden.

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Zindorf für ihr hartnäckiges Engagement und übergibt das Wort an Frau Dr. Kuschnerleit.

Grußworte

Dr. Julia Kuschnerleit

Frau Dr. Kuschnerleit dankt Frau Zindorf für die Einladung und begrüßt alle Anwesenden. Sie möchte die Sicht des Landes zur aufgeworfenen Frage der heutigen Veranstaltung skizzieren.

Ihre These: die Psychiatriereform habe verbesserte Strukturen und Angebote auch für chronisch psychisch Kranke geschaffen - dennoch sei nicht zu bestreiten, dass noch immer nicht alle Betroffenen ihren Platz in der Gemeindepsychiatrie gefunden haben.

Während bis Anfang der 90er Jahre die psychiatrische Versorgung in Rheinland-Pfalz im Wesentlichen durch drei große psychiatrische Kliniken geprägt war, habe sich dies in den letzten Jahren deutlich verändert. Mittlerweile sei durch sieben Fachkliniken, 13 Hauptfachabteilungen, 31 Tageskliniken und 26 Psychiatrische Institutsambulanzen eine wohnortnahe Behandlung der Patienten möglich. Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gebe es heute zehn stationäre/teilstationäre Einrichtungen, während 1991 nur die Klinik in Klingenmünster zur Verfügung stand.

Seit der Psychiatrie-Enquête, die schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker offenbarte (u.a. keine Angebote für die Bereiche Wohnen, Arbeit, Alltagsunterstützung), habe sich die Qualität durch die Dezentralisierung der Psychiatrie, einem konsequenten Aus- und Aufbau komplementärer Angebote wie Betreutes Wohnen, Tagesstätten und Gemeindepsychiatrische Zentren erheblich verbessert.

Die im Landesgesetz für psychisch kranke Personen festgelegten Rahmenbedingungen

- Planung und Koordination der Hilfen als Aufgabe der Landkreise und der kreisfreien Städte
- Zusammenarbeit der Leistungserbringer und verbindliche Absprachen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen mit dem Ziel der Übernahme einer Versorgungsverpflichtung analog jener der Kliniken sollten eine gemeinde- und wohnortnahe Betreuung der Betroffenen ohne Verlust sozialer Beziehungen ermöglichen.

Die inhaltlichen Ziele, insbesondere eine flächendeckende -ambulante- Versorgung, seien noch nicht in Gänze erreicht - stationäre Aufenthalte haben sich verkürzt, aber an Häufigkeit zugenommen. Auch in Rheinland-Pfalz gebe es noch immer „Patienten ohne Platz“ - im wörtlichen und übertragenen Sinne.

Die einzige Lösung für diese Fälle bestehe in der konsequenten Umsetzung einer regionalen Versorgungsverpflichtung der gemeindepsychiatrischen Verbünde - nicht in der Etablierung von „Sondereinrichtungen“ oder einer Auswanderung der Schwächsten in wohnortferne Einrichtungen.

Das Persönliche Budget, individuelle Teilhabeplanung und Teilhabekonferenzen, in denen alle Beteiligten schwierige Fälle miteinander beraten, seien wichtige Instrumente, um einer Versorgungsverpflichtung in der Gemeinde gerecht zu werden und individuelle Angebote zu stricken.

Frau Dr. Kuschnerit betont, dass das Land Rheinland-Pfalz bereit sei, auch die Finanzierung eines „Mehr“ an Hilfebedarf zu unterstützen.

Ziel müsse stets eine gemeinsame Gestaltung der Versorgungslandschaft sein - insofern bittet sie insbesondere die Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, weiterhin Forderungen zu stellen und Kritik zu üben.

Abschließend dankt sie Frau Zindorf dafür, nicht zufrieden zu sein und mit Veranstaltungen wie der heutigen dafür zu sorgen, dass man weiterhin im Gespräch bleibe.

Frau Dr. Engelhardt dankt Frau Dr. Kuschnerit für ihre klare Positionierung und verspricht ihr, sie beim Wort zu nehmen - anschließend übergibt sie an Herrn Dr. med. Wolfgang Guth.

Dr. med. Wolfgang Guth

Herr Dr. Guth dankt den Anwesenden für den ehrenhaften Empfang und freut sich, dass die heutige Tagung des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in den Räumlichkeiten der Rheinhessen-Fachklinik stattfindet. In Anbetracht des wohlverdienten Urlaubs von Frau Beck will er als Mitglied des Kuratoriums des Vereins zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz auch für diesbezügliche Fragen gerne zur Verfügung stehen.

Herr Dr. Guth erläutert eingangs, dass die Rheinhessen-Fachklinik die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Psychiatrie-Reform aus dem Jahre 1988 gänzlich umgesetzt habe - so bilde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ eine Vorgabe des Trägers. Es gelte den stationären Aufenthalt an das Ende der Kette zu setzen und alle sonstigen Möglichkeiten des „home treatment“ im Vorfeld auszureizen. Erklärtes Ziel sei die dauerhafte Etablierung eines Gesundheitszentrums mit verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten unterschiedlichster Fachgebiete unter steter Beachtung der Versorgungsverpflichtung.

Dies bedeute vor allem, chronisch psychotisch Kranke (die schwächsten Patienten) über die klinische Behandlung hinaus im Blick zu behalten - denn für sie sei die Sozialpsychiatrie geschaffen worden, an ihnen müsse sie sich also stets ausrichten. Die konsequente sozialpsychiatrische Ausrichtung sei seitens der Geschäftsführung des Landeskrankenhauses explizit erwünscht - und in der Versorgungslandschaft nicht unbedingt die Regel.

Herr Dr. Guth räumt ein, dass es eine kleine (!) Gruppe von sogenannten Systemsprengern gebe, die aus dem System fallen oder zu fallen drohen - Menschen, die fortwährend hohe Ansprüche stellen oder alle Angebote ausschlagen und damit die Professionellen hilf- und machtlos zurücklassen. In diesem Zusammenhang störe ihn schon allein die Begrifflichkeit, denn es dürfe keine Systeme geben, die ein Patient sprengen kann:

„Wir sind für die Patienten da - nicht umgekehrt - und müssen entsprechende Konzepte finden.“

Bei jenen Patienten, die sich allem entziehen, was „man“ für wichtig hält, müsse man die eigene Toleranz stets überprüfen - die Notwendigkeit, für sie spezielle/geschlossene Einrichtungen zu schaffen, bestreite er auf Grundlage seiner 25-jährigen Erfahrung ausdrücklich. Ein entsprechendes Angebot schaffe sicher die Nachfrage („morgens aufgemacht, abends überfüllt“), dürfe aber nicht die Lösung sein. Seiner Ansicht nach müsse über kommunale Verbände die Finanzierung zusätzlichen Personals, die Verzahnung des komplementären Bereichs mit Akutabteilungen und personenzentrierte Lösungen forciert werden.

Abschließend merkt Herr Dr. Guth an, dass der derzeitige „Trend“, den Einsatz von Neuroleptika kritisch zu bewerten, bis zu einem gewissen Punkt sicher legitim sei - bei chronisch schizophrenen Patienten sei eine kompetente und vernünftige medikamentöse Einstellung aber oft Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer Angebote.

Er dankt den Anwesenden für ihre Aufmerksamkeit und ist gespannt auf die folgende Auseinandersetzung mit dem spannenden Thema.

Frau Dr. Engelhardt dankt Herrn Dr. Guth für seine nachdenklich machenden Worte, begrüßt Herrn Prof. Dr. Hartmut Berger und bittet ihn um sein mit Spannung erwartetes Referat.

Referat von Prof. Dr. Hartmut Berger

Herr Prof. Berger dankt Frau Zindorf für die Einladung und Herrn Dr. Guth für die erwiesene Gastfreundschaft. Seit rund 20 Jahren habe er immer wieder gerne (mitunter neidvoll) „über den Rhein geschaut“ - und dabei oft das Gefühl gehabt, dass Hessen und Rheinland-Pfalz trotz der geographischen Nähe Welten trennten.

Er befürchtet, dass die von Herrn Dr. Guth beschriebene und repräsentierte Haltung (bei den Schwächsten anzufangen) nicht mehr „en vogue“ sei und zunehmend verloren gehe - er verweist in diesem Zusammenhang auf einen Artikel in der FAZ ³ und warnt vor der Neigung der Gesellschaft, wegzusperren und auszugrenzen.

Seine Präsentation ergänzend und erläuternd, spricht Herr Prof. Berger folgende Aspekte an:

- Seit der 1988 von der damaligen Bundesregierung initiierten Expertenkommission seien von dieser Seite keine neuen Zahlen eingefordert und vorgelegt worden.
- Die in der Obdachlosigkeit vermutete Gruppe chronisch psychisch Kranker wäre in Langzeiteinrichtungen zumindest mit Nahrung und medizinischer Hilfe versorgt.
- Trotz einer deutlichen Ausweitung der Angebote ergebe sich für eine bestimmte Gruppe von Menschen eine Versorgungslücke durch den Abbau von Heimplätzen zugunsten des Betreuten Wohnens (auch aus Kostengründen!).
- Die Bedeutung psychiatrischer Institutsambulanzen nehme zu und müsse weiter gestärkt werden.
- Eine kleine Gruppe von Menschen sei mit dem eigentlich begrüßenswerten Haltungswechsel (hin zu mehr Selbstverantwortung) schlicht überfordert.
- Der unzureichende Umsetzungsgrad der PsychPV (durchschnittlich 85%) mindere die Attraktivität der Psychiatrie für Ärzte und Pflegepersonal erheblich.
- Zur Bestimmung einer „optimalen Verweildauer“ liege keine wissenschaftliche Studie vor - die Haltung der Kostenträger hingegen („Je kürzer, desto besser“) sei klar...
- Seit Mitte/Ende der 90-er Jahre seien in Hessen keine neuen Facheinrichtungen mehr geschaffen worden.
- Trotz der flächendeckenden Einführung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden gebe es nach wie vor nennenswerte Versorgungslücken.
- Neue Angebote wie Persönliches Budget, Individuelle Hilfeplanung, etc. seien grundsätzlich zu begrüßen - auch wenn sie einen hohen administrativen Aufwand und die Bindung von Personalressourcen bedeuten.
- Eine Pauschalierung der Pflegesätze in der Psychiatrie (im Krankenhausbereich ab 2013 zu erwarten) habe zwar den Nachteil gleichgeschalteter Pflegesätze, reduziere aber den

³

<http://www.faz.net/s/Rub02DBAA63F9EB43CEB421272A670A685C/Doc~E1F2F5D36E6AC4311A1134ED1F6C13937~ATpl~Ecommon~Scontent.html>

Anreiz für private Träger, defizitäre somatische Abteilungen über psychiatrische Abteilungen querzufinanzieren.

- Die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V müssten viel stärker als bislang genutzt werden.

Insgesamt bedauert Herr Prof. Berger eine zu stark kurativ ausgerichtete Versorgung, aufgrund derer die Prävention viel zu kurz käme - so läge bereits in der zweiten Legislaturperiode ein Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland in der Schublade der Bundesregierung.

Er appelliert abschließend an alle Beteiligten, die Qualität der Behandlung zu verbessern, Patienten zu Partnern zu machen und Lösungen nicht über die Einrichtungen zu definieren.

Frau Dr. Engelhardt dankt Herrn Prof. Berger für seinen ausführlichen und differenzierten Vortrag und stellt die Frage in den Raum, ob für jene Patienten, die überdurchschnittliches Engagement seitens der Professionellen erfordern, die notwendigen Rahmenbedingungen nicht vorhanden seien.

Herr Dr. Guth sieht dies nicht so kritisch - nicht zu leugnende Mankos in der Umsetzung würden nicht automatisch bedeuten, dass man nicht ausreichend Spielraum in der Versorgung habe. Generell sollten sich Psychiater nicht auf ihre fachliche Rolle beschränken („Psychiater, aber auch Menschen“) und keine Dinge fordern, die sie selbst nicht einhalten.

Hinsichtlich der von Herrn Prof. Berger angesprochenen Nachwuchssituation merkt er an, dass die Arbeitsbedingungen in kleineren Abteilungen weitaus schlechter seien, als in größeren.

Publikumsbeitrag: *Es geht hier nicht nur um Menschen, die sich nicht anpassen wollen („Asoziale“), sondern auch um jene, die einfach viel Arbeit machen, weil sie ein Mehr an Betreuung brauchen, als „nicht heimfähig“ gelten.*

Frau Julius: *In einem Punkt muss ich Herrn Prof. Berger widersprechen - trotz der verbesserten Einbeziehung von Angehörigen gehört das Bild der „schizophrenen Mutter“ noch lange nicht der Vergangenheit an.*

Dr. Engelhardt: *Was können Angehörige tun?*

Prof. Berger: *Lautstark bleiben! Manchmal habe ich das Gefühl, dass die Stimme der Angehörigen schwächer geworden ist.*

Publikumsbeitrag: *Ich habe aus den bisherigen Beiträgen viel Positives mitgenommen -und gelernt, dass man die Kommunen mehr in die Verantwortung nehmen muss.*

- Pause -

Frau Dr. Engelhardt begrüßt die Teilnehmer zum zweiten Teil der Veranstaltung, in dem nun zunächst die Angehörigen zu Wort kommen - nach der Beleuchtung des Themas aus fachlicher Sicht im ersten Teil, werden nun drei Mütter von ihren ganz persönlichen Erfahrungen berichten.

Statements von Angehörigen

Helga Herbert

Sehr verehrte Anwesende,

mein besonderer Dank gilt heute Herrn Prof. Dr. Berger. Er hat mit seinen mutigen Aussagen von hoher Professionalität vieles auf den Punkt gebracht, was Angehörige seit Jahren versuchen in Worte zu fassen und weiterzutransportieren. Prof. Dr. Berger hat uns damit aus der Seele gesprochen und mit seinem fundierten Vortrag die vielfältigen Erfahrungen der Angehörigen bestätigt.

Ich möchte heute kurz aus unserem Arbeitskreis „Chronisch psychisch kranke Menschen“ berichten, der hier in Alzey von der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft ins Leben gerufen wurde.

Dieser Arbeitskreis besteht nun seit drei Jahren und trifft sich nach Bedarf zwei- bis drei Mal im Jahr.

Die Teilnehmer setzen sich zusammen aus:

- *Vertretern des Gesundheitsamtes,*
- *der Rheinhessen-Fachklinik,*
- *der Leistungserbringer aus der Region,*
- *des Arbeitsamtes,*
- *der Angehörigen*
- *und nach Möglichkeit der Psychiatrieerfahrenen.*

Der Arbeitskreis befasst sich mit dem immer wieder beklagten Mangel in der Versorgung von schwer chronisch psychisch kranken Menschen, die mit den Standardkonzepten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems nicht zurechtkommen, bzw. das System nicht mit ihnen.

Hierbei handelt es sich oft um sog. „Systemsprenger“ oder „Heavy User“, die in bestehenden Einrichtungen unter den derzeitigen Bedingungen nicht aufgenommen werden können und deshalb zum Teil in andere Bundesländer weitergereicht werden, oder aber obdachlos und oft in der Forensik enden.

Um zu erfahren, wie anderenorts mit dieser Problematik umgegangen wird, haben wir einige Einrichtungen im Umkreis besucht und dabei festgestellt, dass, mit einer Ausnahme, die erwähnten Probleme auch dort die gleichen sind wie bei uns.

Diese Ausnahme unter den Einrichtungen, das Raphaelshaus in Trier, eine therapeutische Wohneinrichtung, ist in der Lage, ALLE, auch den bereits erwähnten Personenkreis, aufzunehmen.

Diese Einrichtung hat allerdings auch andere Voraussetzungen als die meisten dieser Art: Sie verfügt durch ihre Größe und ihr vielfältiges Angebot, sowie durch die Unterstützung der Kommune über ausreichend finanzielle Mittel und somit auch über ausreichendes Pflegepersonal, um diese schwierige Aufgabe zu meistern.

Enorm beeindruckt hat uns die überaus empathische und mitmenschliche Einstellung des therapeutischen Leiters, welche sich auch im Personal spiegelt und den Bewohnern dort ein gutes,

fast familiäres Klima schafft, in dem sich auch die Schwerstkranken ein Stück weit zu Hause fühlen. Diese Möglichkeiten sind leider nicht überall gegeben.

Als eines der Ergebnisse unseres Arbeitskreises halten wir fest:

- *In unserer Versorgungsregion gibt es weiterhin Hilfebedarf für schwerkranke Menschen.*
- *Die vorhandenen ambulanten Angebote reichen hier nicht aus.*
- *Dabei sei betont, dass es weder an Kreativität noch an Fachlichkeit in der ambulanten Versorgung mangelt, sondern an finanziellen Ressourcen.*
- *Denn die Kosten der ambulanten Maßnahmen für diese kranken Menschen werden nicht von der Krankenkasse übernommen, sondern von der Kommune geleistet, die finanziell mit dem Rücken zur Wand steht.*

Aus diesem Grund stehen Angehörige der Entscheidung „ambulant vor stationär“ immer kritischer gegenüber. Denn sie sehen ihre Kranken lieber einigermaßen erträglich versorgt in einem Heim, als immer wieder durchs soziale Netz fallend, auf der Straße.

Angehörige sprechen sich deshalb zunächst verstärkt für Lösungen im Heimbereich aus, dies jedoch in den meisten Fällen aus Mangel an ausreichenden ambulanten Möglichkeiten.

In unserem Versorgungsbereich sind vereinzelt schon Einzelfalllösungen im Heimbereich gefunden worden, die gut gelungen sind. Ein positives Fallbeispiel haben wir hier in einer Außenwohngruppe der Rheinhessen-Fachklinik. Es gibt allerdings nur wenige Einrichtungen, die Kapazität und kreative Einzelfalllösungen unter einen Hut bringen können.

Eine weitere Gruppe von chronisch Kranken, um die sich dringend mehr bemüht werden sollte, und die in unserem Arbeitskreis immer wieder zum Thema werden, sind Menschen, die alleine in ihrer Wohnung leben, oft verwahrlost und vermüllt vor sich hin vegetieren, jedoch nur schwer Hilfe annehmen können.

Sie tauchen in psychotischen Phasen immer wieder in der Klinik auf und werden nach kurzer Verweildauer in ihre Wohnung zurück entlassen, ohne Nachsorge und ohne Behandlung bis zur nächsten Einweisung. Hier wäre es dringend notwendig, der Klinik mehr Spielraum zu lassen, um therapeutische Gespräche zu führen, sowie die Nachsorge zu klären und in die Wege zu leiten.

Positiv muss an dieser Stelle die Ambulante Psychiatrische Pflege erwähnt werden, die es hier seit einiger Zeit gibt, und die sich dort, wo sie eingesetzt wurde, erfolgreich gezeigt hat.

Doch ist auch hier festzuhalten, dass im Bedarfsfall weiterführende Maßnahmen frühzeitig genug geplant und beantragt werden müssen.

Aus der Perspektive unseres Arbeitskreises ist abschließend zu sagen:

- *Durch die Gemeindepsychiatrie hat sich für viele Menschen viel gebessert, dies sollte gebührend gewürdigt werden.*
- *Einen Teil der Menschen hat sie nicht erreicht, dies sollte auch gebührend gewürdigt und verändert werden.*

Hedi P.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Hedi P. Ich bin Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Meine Tochter - 37 Jahre alt - hat aufgrund ihrer schwer chronischen Psychose seit etwa zwei Jahren einen Beschluss für eine Unterbringung in einem geschlossenen Heim.

Wie die Psychiatriereform das Leben meiner Tochter beeinflusste, möchte ich Ihnen im folgenden Beitrag schildern.

Obwohl meine Tochter schon jahrelang psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt wurde, stellte man die richtige Diagnose erst 2002 während eines Klinikaufenthaltes. Relativ schnell bekam meine Tochter eine gesetzliche Betreuung. Auch bewilligte man psychosoziale Einzelfallhilfe. Mit diesen beiden Hilfen und der verordneten Medikation sollte die Kranke den Weg in die Normalität nehmen, was zunächst nicht ganz aussichtslos scheint.

Meine Tochter lebt selbständig in ihrer eigenen Wohnung. Der Tagesablauf ist strukturiert. Sie sucht den Kontakt zu ihrem früheren Lebensumfeld. So fährt sie wenigstens einmal pro Woche nach Mainz in die Uni, denn hier hatte sie bis zum Wintersemester 1999/2000 Germanistik, Philosophie und Politikwissenschaft studiert. Die Arbeitsvermittlung für Studenten ist für sie ein Anlaufpunkt, um einen Job, eventuell berufliche Orientierung, zu bekommen. Gleichzeitig von der Betreuung vorgeschlagene berufliche Rehabilitationsmaßnahmen lehnt sie allerdings ab, wenn diese nicht wohnortnah sind. Das wohnortnahe Praktikum in den Werkstätten für Behinderte frustriert sie: Sie empfindet die Arbeit als stupid. Ein Praktikum im Service-Center kommt nicht zustande wegen langer Wartezeit. Kulturelle Interessen kann sie wegen schlechter Kassenlage nicht wahrnehmen.

Das allmähliche Reduzieren der Medikamente und schließlich das Absetzen im Einvernehmen mit dem Arzt führten zu einer erneuten psychotischen Episode. 2006 und 2007 ist meine Tochter „Drehtürpatient“. Außer Pillen - hoch dosiert - bekommt sie keine weiteren Hilfen. Psychotherapeutische Maßnahmen (ob Verhaltenstherapie, Stressbewältigungstherapie, Musik- oder Kunsttherapie o.a.) werden in das Behandlungskonzept nicht einbezogen. Nach einigen Wochen in der Klinik ist sie wieder „eingestellt“ und kann nach Hause gehen. Voller Misstrauen gegen Betreuung und Psychiatrie igelt sie sich in ihrer Wohnung ein und bleibt sich auch selbst überlassen: Aufsuchende Dienste, das Netzwerk mit den individuellen Hilfen - Fehlanzeige.

Die Krankheit schritt immer weiter voran. Die Fehlwahrnehmungen (verfolgt, vergiftet zu werden) wurden übermächtig. Ein Leben mit negativen Kennzeichen - schizophren, unheilbar, „austherapiert“, behindert, Sozialhilfeempfänger - hatte für meine Tochter keinen Sinn, sie hatte keine Perspektiven. Der Selbstmordversuch scheitert - Zwangseinweisung.

Wenige Wochen später, das Krankheitsbild verändert sich kaum, eröffnet man der Patientin den richterlichen Beschluss für eine Unterbringung in einem geschlossenen Heim. Zur Begründung heißt es, dass die notwendige Überwachung und Versorgung sowie die Behandlung des Krankheitsbildes ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht sichergestellt werden können. Im November 2007 wird meine Tochter in eine geschlossene Einrichtung nach Oberbayern gebracht.

Die Mauern für Langzeitpatienten niederreißen und sie gemeindenah zu versorgen, das war mit ein zentrales Ziel der Psychiatriereform. Die Mauern wurden eingerissen, die gemeindenah Versorgung meiner Tochter aber ins hinterste Bayern verlegt.

Hat die Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz nicht die Möglichkeit eröffnet, schwer chronisch psychisch Kranke vor Ort zu versorgen?

Ein weiterer zentraler Punkt der Psychiatriereform ist:

Normalisierung der Lebensverhältnisse. Der Behinderte soll entscheiden, wo und wie er leben will. Er selbst weiß am besten, was für ihn gut oder schlecht ist. Er soll sein Leben selbst gestalten.

Meine Tochter wurde in ein Haus eingewiesen, in dem ein starres Punktesystem ihr Leben bestimmte. Erwünschtes Verhalten wurde belohnt, unerwünschtes bestraft, ohne Rücksicht auf ihre Interessen und die Art ihrer Krankheit. Wenn sie ein Minimum an Ausgang haben wollte, wurde sie durch dieses Punktesystem zu Arbeiten gezwungen, die sie eigentlich ablehnte. Das Leben meiner

Tochter braucht Strukturen, aber im Sinne der Psychiatriereform braucht sie auch die Möglichkeit, diese Strukturen mitzugestalten.

Selbstbestimmt leben heißt, dem Behinderten eine Stimme geben. Aber was nützt dem Behinderten die Stimme, wenn sie nicht durch die Heimwand dringt, wenn sie ungehört, unbeachtet bleibt?

Setzen Angehörige sich für ihren psychisch Erkrankten ein, dann unterstellt man ihnen bisweilen, die eigenen Interessen zu vertreten und nicht die des Erkrankten. Dieser solle sich selbst vertreten; dazu habe er doch ein Recht. Dass die Stimme der Angehörigen oft das einzige Mittel ist, der Stimme des Kranken Gehör zu verschaffen, wird bei dieser Argumentation übersehen.

Man muss darauf achten, dass das Ziel der Selbstbestimmung auch für Erkrankte mit Beschluss verwirklicht werden kann.

Weil ich Menschen fand, die mich unterstützten, hat inzwischen eine Teilhabekonferenz stattgefunden, zu der meine Tochter aus Bayern anreiste – und zwar aus einer Klinik, in die sie aus dem geschlossenen Heim eingewiesen worden war. Durch diese Konferenz und die Initiative des Chefarztes wurde es ihr ermöglicht, fürs Erste aus dem Heim in ein Wohnprojekt in Mühldorf am Inn zu wechseln. Um sie wohnortnah zu versorgen, machte man ihr den Vorschlag, sich entsprechende Einrichtungen im Landkreis Mainz-Bingen anzusehen.

Wenn Sie mich fragen, was die Psychiatriereform gebracht hat, sage ich ganz spontan: Für meine Tochter nichts Gutes, abgesehen von der jüngsten Entwicklung.

Leben im Heim aufgrund der psychischen Erkrankung war für meine Tochter schon von jeher eine Horrorvision. Jetzt noch 500 km vom Lebensmittelpunkt entfernt zu sein, findet sie unerträglich. Ja, sie bezeichnet es als Deportation.

Genau das, was die Psychiatriereform verhindern sollte - ausgegrenzt zu sein, irgendwo in einem Ghetto, weit weg von den Gesunden, das ist bei meiner Tochter geschehen:

- *Statt wohnortnah – 500 km entfernt;*
- *leben, wo und wie ich will - an einem nicht gewollten Ort untergebracht;*
- *statt mit gesunden Menschen zusammen zu sein – eingesperrt in einem Haus mit zwanzig anderen kranken Menschen;*
- *statt einer eigenen Wohnung – in einem Zimmer mit einer schwer kranken Heimbewohnerin;*
- *statt individueller Tagesgestaltung und Wochenplanung – bestimmt die Heimordnung den Tagesablauf;*
- *statt Freizeit selbst gestalten, eigene Interessen wahrnehmen – ist sie eingefügt in ein starres Konzept; schon das Anschauen einer bestimmten Sendung im Fernsehen setzt voraus, sich mit den anderen Heimbewohnern abzusprechen.*

Die Beispiele ließen sich fortsetzen. Jeder wird mir zustimmen, dass die Gedanken der Dezentralisierung, Enthospitalisierung und Normalisierung in keiner Weise umgesetzt sind.

Ein weiteres Stichwort: Individuelle Hilfe, gemeindenahе Versorgung - ich habe es bereits in meiner Ausführung gesagt - Fehlanzeige.

Unterstützung und personenzentrierte Hilfe wären aber gerade in der Phase, als meine Tochter „Drehtürpatient“ war, wichtig gewesen. Warum wurde während des Klinikaufenthaltes nicht ein Netzwerk erstellt, das meiner Tochter nach der Entlassung zu Diensten gewesen wäre? Vielleicht hätte es den Krankheitsverlauf abschwächen können.

Meine Frage: Was müssen wir tun, damit notwendige Hilfen beim Kranken ankommen und der Anspruch auf Hilfe nicht wegen Unkenntnis oder anderer Gründe verloren geht?

Es wäre gut, uns den Gedanken Eugen Bleulers anzueignen. Er schreibt, dass das grundsätzliche Kennzeichen der Psychosen sei, „dass das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Es wird nicht aufgelöst, sondern versteckt.“

Der Blick auf die gesunden Anteile in der Psyche meiner Tochter motivierte vielleicht auch den Chefarzt, ihr einen neuen Wohn- und Lebensraum zu schaffen. Die Bereitschaft, den Kranken ganzheitlich zu sehen, inspiriert, ihm differenzierte Hilfen zu geben.

Zwar hat die Psychiatriereform grundsätzlich den Weg zu einem individuellen Hilfsangebot geebnet, die Bereitschaft und die Fähigkeit, die neuen Möglichkeiten auch zu nutzen, muss aber bei allen Beteiligten noch wachsen und sicher auch von verantwortlicher Stelle gefördert werden.

Auf Nachfrage von Frau Dr. Engelhardt erläutert Frau P., dass es ihrer Tochter derzeit relativ gut gehe.

In dem Wohnprojekt in Mühldorf am Inn (als Übergangslösung gedacht, da im Kreis Mainz-Bingen kein Platz frei war) habe sie ein eigenes Zimmer und lebe mit insgesamt acht sich selbst versorgenden Bewohnern, denen die Einrichtung vielfältige Angebote mache - allein die Wohnortnähe fehle.

Elly S.

Mein Name ist Elly S. Ich bin Mitglied im Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Ich bin Mutter eines heute 29-Jährigen Sohnes, der im Alter von 17 $\frac{3}{4}$ Jahren an einer paranoid halluzinatorischen Schizophrenie erkrankte. Heute stehe ich zum zweiten Mal hier und berichte über die Zeit von August 2008 bis jetzt. Vorrasschicken muss ich, dass mein Sohn zu den sogenannten Systemsprengern gehört.

Zu seinem Leben gehören bis August 2008 14 Zwangseinweisungen, alle mit Polizei- oder Scharfschützeneinsatz, sechs teilstationäre Aufenthalte und eine abgebrochene Rehamaßnahme. Es wird vermutet, dass sein Stoffwechsel die heute zur Verfügung stehenden Medikamente nur unzureichend verstoffwechseln kann. Dementsprechend waren alle Entlassungen ohne nennenswerten Erfolg. Nach den Entlassungen gab es keine weiteren Hilfsangebote. Die Hoffnung auf eine Teilnahme am Leben schwand gänzlich.

Bis dann ein unglaublicher Glücksfall zu uns kam. Über das „Persönliche Budget“ bekam mein Sohn (nach heftigem Drängen meinerseits!) „persönliche Assistenz“ für zweimal zwei Stunden in der Woche. Das bedeutete: ein äußerst erfahrener Diplom-Psychologe mit langjähriger Erfahrung in der Begleitung von psychiatrischen Klienten trat in sein und in mein Leben ein.

Am Tage des damaligen Referates konnte er mit Hilfe seiner persönlichen Assistenz

- *seine Wohnung wieder verlassen*
- *er gewann wieder Interesse am Leben*
- *er traute sich wieder etwas zu*
- *er begann wieder finanziell zu wirtschaften*
- *und er nahm wieder seine Medikamente*

Seine Aggressionen nahmen rapide ab, Beziehungen wurden gerettet oder neu aufgebaut, Entwicklungsdefizite wurden angegangen. Er konnte sogar für einige Stunden am Tag einen Weinbaubetrieb besuchen.

Doch dann kam alles ganz anders! Mein Sohn fühlte eine kommende Krise und entließ sich selbst aus der Tagesstruktur. Es kam zu einer erneuten Aufnahme in die Klinik. Doch diesmal völlig unspektakulär und freiwillig. Ich war sprachlos!

In der Klinik verschlimmerte sich das Bild der Erkrankung, trotz Höchstdosierung!, so dass sich das Ärzte- und Pflegeteam zu einem neuen Schritt entschloss: Die Hälfte der Medikamente wurde abrupt abgesetzt. Nach kurzer Zeit ging es meinem Sohn besser. Ich kannte dieses Phänomen. Ich hatte große Angst und schlimme Befürchtungen für die nächsten Wochen.

Aber da war ja immer noch die „persönliche Assistenz“! Selbst in der Zeit des Klinikaufenthaltes wurden die zweimal zwei Stunden beibehalten. Die erwiesen sich jetzt als sehr tragfähig. Der Psychologe begleitete ihn aus der Klinik heraus. Ein neuer Versuch, zurück in den Alltag, begann.

Es gelang und gelingt immer noch. Im Sommer konnte eine weitere schwere Krise ohne Krankenhausaufenthalt überwunden werden. Und heute sehe ich die Früchte seiner Arbeit noch viel deutlicher. Mein Sohn kann größere Distanz zu seinen Stimmen halten. Er nutzt Strategien der Selbstheilung, z.B.

- *schafft er sich ein gemütliches Umfeld von Licht und Musik*
- *er reduziert den Fernsehkonsum immens*
- *Horrorfilme liegen unausgepackt da, ja sie werden sogar gemieden*
- *aggressive Verhaltensweisen werden selbst entlarvt*
- *Strategien der Vermeidung von Aggression werden sichtbar (er verlässt den Raum)*

Für mich heißt das: Es ist vieles anders. Und dies aufgrund persönlicher Assistenz für zweimal zwei Stunden in der Woche. Ich habe hier zwei Bilder mitgebracht: das eine zeigt meinen Sohn auf einem Pferderitt im Pfälzer Wald, auf dem anderen Bild ist er mit seiner Schwester in einer Kletterhalle.

Das ist nur möglich, weil es die persönliche Assistenz gibt. Ohne die persönliche Assistenz wäre dies nicht möglich geworden. Danke Herr Holler und Danke an alle, die beruflich das „Persönliche Budget“ ermöglichten.

Ein anfängliches Mehr an Betreuung kehrte sich in ein langfristiges Weniger um! Weniger an Medikamenten und weniger an Krankenhausaufenthalten!

Nun komme ich zu dem zweiten Schwerpunkt meines Referates.

Sein gesetzlicher Betreuer gehört zu den lässigen oder sogar nachlässigen Betreuern. Es kamen Aussagen wie:

- *Ja, was wollen Sie denn, der hat doch alles was er braucht.*
- *Tagesstruktur!? Der geht ja doch nicht hin.*
- *Erhöhung des Schwerbehindertengrades! Was nutzt ihm das?*
- *Merkzeichen! Wozu braucht er die?*
- *Wenn er so weiter macht mit seiner Aggression landet er in der Forensik!*
- *Persönliche Assistenz? Wozu?*
- *Frau S., Sie sprengen den Rahmen!*

Zum Glück wurde der Rahmen gesprengt. Zum Glück auch die Fessel an einen lässigen oder gar nachlässigen Betreuer.

Im Vorfeld suchte ich nach einem Betreuer, der meinem Menschenbild entsprach. Dann regte ich einen Betreuerwechsel an. Es wurde mir abgelehnt. Auch ein persönliches Gesprächersuchen beim zuständigen Richter wurde abgelehnt. Ich sollte meine Aussagen schriftlich zur Aktenlage geben. Ich fügte mich widerwillig, bis wieder einmal eine schriftliche Stellungnahme des Betreuers innerhalb einer Frist versäumt wurde. Das Maß war jetzt voll.

Ich fuhr ohne Termin zum Gericht. Dort war der zuständige Richter zuerst in Urlaub, dann sollte er noch nicht da sein, dann sollte er in einer Gerichtsverhandlung sein ... Ich wollte warten! Dann war

er doch in seinem Zimmer. Die Gesprächssituation war nicht einfach. Aber eines wusste ich: Ich würde mich an diesem Stuhl so lange festhalten, bis alle Nachlässigkeiten angesprochen waren.

Die größte Nachlässigkeit wurde durch die persönliche Assistenz aufgedeckt. Die persönliche Assistenz meines Sohnes beschaute die finanzielle Situation meines Sohnes neu und stellte Rentenanspruch - eigentlich Aufgabe seines Betreuers. Innerhalb von drei Monaten kam mein Sohn aus der Grundsicherung in eine Erwerbsunfähigkeitsberentung. Dies bedeutete: 167 Euro mehr als die Grundsicherung eines Monats. Dadurch konnte die Lebensqualität meines Sohnes ein wenig verbessert werden. Für mich ist dies eine große finanzielle Entlastung und eine Zukunftssorge weniger.

Alle Nachlässigkeiten habe ich schriftlich nachgereicht. Diesmal kommt auch die Betreuungsbehörde nicht um eine Stellungnahme herum. Ich muss jetzt in Vergangenheit reden, der gesetzliche Betreuer gab vor einigen Wochen seine Betreuung zurück und mein Sohn bekommt heute die Betreuung, die ihm zusteht. Auf regulärem Weg war das Bemühen um einen Betreuerwechsel aussichtslos.

An meinem Beispiel möchte ich allen Angehörigen zeigen, dass die Psychiatriereform auch zu den Schwerstkranken kommen kann.

Wir müssen sie heute nur noch kräftig einfordern. Hoffentlich aber nicht mehr lange.

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, unter welchen Rahmenbedingungen die Kommunen, als tragende Säule der gemeindepsychiatrischen Versorgung, ihrer Verpflichtung nachkommen können und müssen.

Frau Haas: *Die finanziellen Möglichkeiten stellen sicher ein Problem dar. Wenn man viel Zeit vor Ort verbringt (auch, um von den Patienten zu lernen), bleibt natürlich weniger Zeit für die Koordination.*

Hinsichtlich des Persönlichen Budgets kann ich für den Kreis Alzey-Worms sagen, dass es gut läuft - alle Anträge werden bearbeitet.

Weitere wichtige ambulante Angebote stellen die Leistungen der psychiatrischen Pflege nach Krankenhausaufenthalt, des Betreuten Wohnens, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Psychiatrischen Institutsambulanzen dar.

Heute aber geht es um Menschen, die gar nicht so weit kommen - die keine Hilfe zulassen oder die noch keiner gesehen hat.

Dr. Engelhardt: *Wie wirkte der bisherige Verlauf der Veranstaltung auf Sie, Frau Thelen und Frau Anklam-Trapp?*

Frau Thelen: *Überraschend! Vielen Themen hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung in Rheinland-Pfalz hat man sich z.B. im Rahmen des sozialpolitischen Ausschusses bereits gewidmet - das der sogenannten „Systemsprenger“ war jedoch noch nicht auf dem Tisch.*

Die heutige Veranstaltung sensibilisiert, genauer hinzusehen.

Es gibt viele Angebote, aber offensichtlich nicht flächendeckend - Ziel muss stets eine wohnortnahe Lösung sein.

Frau Anklam-Trapp: *In den vergangenen 15 Jahren wurde in Rheinland-Pfalz viel erreicht. Menschen mit herausfordernder Problematik muss man sich besonders widmen - z.B. in Tagungen wie der heutigen.*

Dr. Engelhardt: *Dienen die bestehenden Strukturen einer Bedarfsgerechtigkeit?*

Frau Julius: *Lassen Sie mich das Beispiel der Notfallmedizin heranziehen - man kümmert sich zunächst um die Schwerverletzten, dann um die Leichtverletzten.*

Im Bereich der Psychiatrie wurde viel erreicht, doch sie scheint in der Versorgung andere Prioritäten zu setzen - die „schweren Fälle“ fallen aus dem Fokus.

Dr. Engelhardt: *Es muss also viel mehr das bekannte Motto „Mit den Schwächsten beginnen“ beachtet werden.*

Frau Julius: *Die ambulante Psychotherapie bildet einen Schwerpunkt in der Versorgung - doch entweder sind die Wartezeiten viel zu lang oder Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen werden schlicht abgelehnt.*

Dr. Engelhardt: *Oft gehört - der Schrei nach dem Land. Was können Sie uns zu den Verantwortlichkeiten sagen, Frau Dr. Kuschnereit?*

Dr. Kuschnereit: *Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen weist, wie bereits eingangs erläutert, den Kommunen eindeutig die Verantwortung für Vernetzung und Koordination der Hilfen zu.*

Selbstverständlich steht auch das Land in der Verantwortung - so unterstützt die Landesregierung die Kommunen zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Bereich Psychiatrie mit jährlich rund zwei Millionen Euro. Meiner Ansicht nach gibt es ausreichende Angebote - allein hinsichtlich der Vernetzung hapert es.

Die Strukturen sind vorhanden - sie im Einzelfall zu nutzen, ist mitunter schwierig.

Dr. Engelhardt: *Doch wer übernimmt nun eindeutig die Verantwortung für die Versorgung?*

Dr. Kuschnereit: *Ich kann das Credo, mit den Schwächsten anzufangen, nur unterstützen - doch es muss sich letztlich um alle Betroffenen gekümmert werden.*

Der Ort der Verantwortung ist die Teilhabekonferenz - denn jeder Patient hat das Recht auf eine individuelle Teilhabepanung und die entsprechende Umsetzung.

Frau Julius: *Aber das Problem ist doch, dass die Patienten dieses Recht auch wahrnehmen können müssen. Privat habe ich übrigens noch nie von einer möglichen Teilhabekonferenz gehört bzw. noch keine erlebt.*

Frau Thelen: *Das Ergebnis einer Teilhabekonferenz muss stets die Übernahme persönlicher Verantwortung sein - nicht durch den Patienten selbst*

(wenn er es nicht kann), sondern durch alle übrigen Beteiligten.

Besonders wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang auch das von Frau S. geschilderte Problem, kompetente gesetzliche Betreuer für schwer psychisch kranke Menschen einzusetzen.

Dr. Engelhardt: *Hier stellt sich wirklich die Frage der „Geeignetheit“ - die bei jedem Handwerker strenger ausgelegt wird.*

Frau Thelen: *Die Definition sollte tatsächlich überdacht werden - ggf. im Rahmen der aktuell anstehenden Novellierung des Landesgesetzes zur Ausführung des Betreuungsrechts.*

Dr. Engelhardt: *Zu einer etwaigen Anhörung hierzu sollten Sie den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker einladen.*

Frau Thelen: *Richtig - der Landesverband ist in dieser Sache sicher ein wichtiger Gesprächspartner.*

Herr Müller⁴: *Ich möchte zunächst klarstellen, dass wir definitiv keine geschlossenen Heime brauchen. Die Verantwortungsübernahme ist in unserem Gemeindepsychiatrischen Verbund via Vertrag geregelt - die Träger selbst sind aufgerufen, für jeden Betroffenen im Landkreis eine adäquate Lösung zu finden. Es gilt, das vorhandene Portfolio zu nutzen und entsprechende Kombinationen zu bilden. Schwierigkeiten bei der Umsetzung bereiten jedoch sicherlich die unterschiedlichen Strukturen der Kostenträger.*

Frau Julius: *Alles, was bisher gesagt wurde, klingt schön und gut. Doch sich zusammensetzen bedeutet noch lange nicht Verantwortungsübernahme.*

Meiner Ansicht nach wird das Thema „Qualität“ in der psychiatrischen Versorgung vernachlässigt - und zwar nicht jene der einzelnen Träger, sondern eine übergreifende Ergebnisqualität, der sektorales Denken im Wege steht.

Es mangelt nicht an Angeboten - doch vielleicht sind es nicht die richtigen. „Angebot schafft Bedarf“ - wenn die Angebote aber an finanziellen Erwägungen und eben nicht nur an Bedarfen ausgerichtet werden, haben wir ein Problem.

Auch die von Herrn Prof. Berger angesprochene Integrierte Versorgung sehe ich in diesem Zusammenhang eher kritisch - vor dem Hintergrund entsprechender Informationen via gezielter Indiskretion (nur ein Anbieter als Vertragspartner, Bonuszahlungen, etc.) kann von „integriert“ keine Rede sein.

Frau Haas: *Hinsichtlich der Integrierten Versorgung muss ich auch sagen, dass sich ihre Umsetzung als schwierig erweist - vor allem weil die Krankenkassen hierum ein großes Geheimnis machen.*

Was das in Alzey bestehende Versorgungsnetz angeht: Ich empfinde es als gut (insbesondere auch durch die Zusammenarbeit mit der RFK und Herrn Dr. Guth), wenn es auch Lächer aufweist.

⁴ Frank Müller, Pflegedirektor der Rheinhessen-Fachklinik Alzey

In jeder Teilhabekonferenz sind verantwortliche Personen der verschiedenen Träger vertreten, die Teilhabepäne aufstellen und fortschreiben. Doch Verzahnung kommt nicht von selbst - man muss sich immer wieder neu um sie bemühen.

Der gemeindepsychiatrische Verbund muss sich in jedem Einzelfall fragen „Wer kann wie, wo, wann, was machen?“.

Dr. Engelhardt: *Wie kann nun aber erreicht werden, dass jeder Betroffene in der Versorgung ankommt bzw. diese in Anspruch nehmen kann?*

Frau Haas: *Die Frage ist schwierig zu beantworten - man muss Menschen dort aufsuchen, wo sie nicht gesehen werden.*

Dr. Delmo-Jäger⁵: *Ich möchte kurz auf einige der angesprochenen Aspekte eingehen.*

- *Frau Thelen bitte ich, bei der Frage der Geeignetheit von gesetzlichen Betreuern die Qualifikation der Mitarbeiter der Betreuungsbehörde und des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht außer Acht zu lassen.*
- *Warum gibt es für chronisch psychisch kranke Menschen eigentlich keine Disease-Management-Programme?*
- *Chronisch psychisch Kranke sollten grundsätzlich aus den Regelungen zu Zuzahlungen herausgenommen werden.*
- *In Mainz gibt es bislang leider keine ambulante psychiatrische Pflege - aus meiner Sicht eine wichtige Versorgungslücke. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass in den Teilhabekonferenzen nur Fälle der Eingliederungshilfe vorgestellt werden - für Betroffene mit Vermögen oder Rente wäre die ambulante psychiatrische Pflege also eine Möglichkeit, diese Lücke zu schließen.*

Dr. Kuschnereit: *Das zuletzt angesprochene Thema ist dem Land sehr wichtig - bisher bieten nur die Kliniken in Alzey, Klingenstein und Andernach ambulante psychiatrische Pflege an. Allerdings können wohl auch nur große Kliniken die hohen Anforderungen erfüllen. Unser Anspruch ist ein flächendeckendes Angebot - daher haben wir in dieser Sache Kontakt mit der Universitätsmedizin Mainz aufgenommen, die eventuell an einer Umsetzung interessiert und dazu in der Lage ist. Wir halten diese Versorgungsform für eine gute Sache und bemühen uns um Unterstützung.*

Publikumsbeitrag: *Meiner Meinung nach sollte man vor allem im Bereich „Wohnen“ intelligente Lösungen forcieren, um die Versorgung schwer psychisch Kranker in der Ursprungsgemeinde zu verbessern - ohne Heimplätze auszubauen.*

Als Beispiel könnte z.B. das „Hotel Plus“ in Köln ⁶ oder die Idee betreuter Wohnsegmente im öffentlichen Wohnungsbau (nicht nur für psychisch Kranke) dienen.

Dr. Kuschnereit: *Ich möchte in diesem Zusammenhang nochmals an das Persönliche Budget erinnern, das in Rheinland-Pfalz mittlerweile von mehr als 3300 Menschen*

⁵ Frau Dr. Cynthia Delmo-Jäger, Gesundheitsamt Mainz-Bingen

⁶ www.drk-koeln.de/contento/kvkoeln/front_content.php?idart=71

in Anspruch genommen wird - 40% hiervon sind psychisch kranke Menschen (ein höherer Prozentsatz als in der gesamten Bundesrepublik).

Herr Holler⁷: *Dreh- und Angelpunkt des heutigen Themas ist der Zugang zu Hilfen bzw. wie man diesen ermöglicht. Wichtige Stellen sind die Sozialdienste in den Kliniken und der sozialpsychiatrische Dienst, die helfen, einen Antrag auf Eingliederungshilfe zu stellen - Voraussetzung für die Vorstellung in der Teilhabekonferenz.*

Hinsichtlich des angesprochenen Betreuungsrechts möchte ich die Betreuungsvereine hervorheben, die qualitativ hochwertige Arbeit leisten und in Rheinland-Pfalz entsprechend gefördert werden - sie bieten Betroffenen und Angehörigen auch kostenlose Beratung bei Problemen.

Publikumsbeitrag: *Diesen Beitrag kann ich nur unterstützen - die in Betreuungsvereinen organisierten Betreuer sind wirklich sehr gut. Problematisch sind gesetzliche Betreuer ohne entsprechende Qualifikation.*

Dr. Engelhardt: *Gestaltet sich die Gewährung des Persönlichen Budgets eigentlich schwierig?*

Dr. Kuschnereit: *Ich denke, dass die Zahlen für sich sprechen - auch wenn die Umsetzung im Einzelfall nicht immer leicht ist. Es gibt immer wieder Unklarheiten - z.B. bei der Frage, ob die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio eine förderungswürdige Hilfe zur Teilhabe darstellt oder nicht. Man muss einfach dranbleiben und die Umsetzung weiter forcieren.*

Frau Haas: *Ich möchte noch anmerken, wie wichtig der Ausbau von Angeboten am Wochenende und an Feiertagen ist - hier gilt es dem Land für den Psychiatrie-Cent zu danken, der auch für den Anschub solcher Projekte genutzt werden kann.*

Dr. Guth: *Meiner Ansicht nach sollte man bei der Vornahme von Wertungen prinzipiell vorsichtig sein - ob jemand „leicht“ oder „schwer“ psychisch krank ist, tritt nicht immer äußerlich erkennbar zu Tage.*

Auch eine allgemeine Definition von Verantwortung fällt mir schwer - was gilt es zu beachten? Was der Patient will, was die Angehörigen wollen, was wir wollen?

Was „am besten“ für den Patienten ist - wer weiß das wirklich? Eine optimale Versorgung ist zumindest jene, die keine Verantwortung fürs Wegschließen übernehmen will. Wie auch immer man „Versorgungsverantwortung“ definiert - es gilt sie wahrzunehmen und sinnvoll einzusetzen.

Das Persönliche Budget halte ich gleichermaßen für eine gute und kostengünstige Möglichkeit, Leistungen spezieller Art (die der Patient möchte!) zu ermöglichen.

Was die Integrierte Versorgung betrifft: wie meine Vorredner bin ich diesbezüglich sehr enttäuscht.

Publikumsbeitrag: *Ich bin Betroffene und möchte einbringen, dass wir trotz psychischer*

⁷ Psychologe des Sohnes von Frau S.

Erkrankung Vorstellungen haben, wie unser Leben aussehen soll - und in der Regel nicht in einem Heim leben möchten. Ich persönlich möchte in Krisenzeiten ohne Angst vor dem „Danach“ in die Klinik gehen können.

Frau Thelen: *Ich habe den Eindruck, dass in der Versorgung ein Hauptverantwortlicher fehlt, der z.B. bei einem seitens des Patienten versäumten Termins den Fall nicht auf „Wiedervorlage“ legt, sondern der Ursache nachgeht.*

Vielleicht ist aber auch das Motto „ambulant vor stationär“ nicht immer günstig?

Vor dem Hintergrund der Finanzierung (bei ambulanten Angeboten zu 100% über die Kommunen, bei stationären zu 50% über das Land) sollte man vielleicht über eine geschicktere Kostenverteilung nachdenken - um fehlgeleitete Entscheidung zu verhindern.

Frau Julius: *Ich finde den Trend zu SGB V - Leistungen bedenklich.*

Und was die von Herrn Dr. Guth angesprochene Verantwortung fürs Wegschließen angeht, sollte man hierbei die Forensik nicht vergessen...

Für ein bezeichnendes Beispiel für den Umgang mit schwer psychisch Kranken halte ich übrigens „das Phantom von Tegel“ - im Fokus steht mittlerweile der Streit zwischen Finnland und Deutschland, welches Recht hier anzuwenden sei...⁸

Herr Holler: *Meiner Meinung nach wird das Vergütungssystem im stationären Bereich den Bedarfen nicht gerecht - es gibt für leichte und schwere Fälle das gleiche Geld, obwohl letztere mehr Personalaufwand bedeuten (sollten).*

Psychotherapie für schwer chronisch psychisch kranke Patienten ist aus der Praxis heraus oft nicht möglich - man muss vor Ort sein.

Doch 1:1-Konzeptionen kann nicht jeder umsetzen.

Generell streckt nach den Schwierigen keiner den Finger - bei denen man das Motto „verhandeln statt behandeln“ umso mehr beachten muss.

Publikumsbeitrag⁹: *Man muss die verschiedensten Bereiche an einen Tisch bringen, um ein höheres Niveau in der Teilhabekonferenz zu erreichen. Ziel sollte eine gemeinsame Gesamtschau und ein regionales Psychiatriebudget sein.*

Publikumsbeitrag¹⁰: *Unsere vertraglich geregelte Versorgungsverantwortung gilt auch den „Schwierigen“ - die Frage ist nur, wie wir an diese herankommen.*

Frau Thelen: *Vertragliche Verbindlichkeiten in der Versorgungslandschaft zu schaffen halte ich für einen wichtigen Aspekt.*

Dr. Delmo: *In Mainz werden sehr wohl Qualitätsanforderungen an die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes gestellt - und dennoch gibt es Systemsprenger.*

Frau Julius: *Das Problem sind nicht nur die Menschen, die aus dem System fallen, sondern auch jene, die nie dort angekommen sind oder nicht mehr*

⁸ www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2009/0714/seite3/0001/index.html

⁹ Sprecherin der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Alzey-Worms

¹⁰ Sprecherin des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Alzey-Worms

hineinkommen. Ich frage mich, wie oft in anderen Fällen Nachforschungen analog zu jenen hinsichtlich des „Phantoms von Tegel“ angestellt werden.

Außerdem warne ich davor, Verantwortlichkeiten zu verschieben. Gemeindepsychiatrische Verbände umfassen nicht alle Angebote - insbesondere die Kliniken fehlen.

- Dr. Kuschnereit: *Nicht in Rheinland-Pfalz - hier sind die Kliniken stets vertreten.*
- Dr. Delmo: *Auch in Mainz ist die Universitätsmedizin mit dabei.*
- Dr. Engelhardt: *Vielleicht sollte man den Gemeindepsychiatrischen Verbänden bzw. jenem in Mainz mehr Öffentlichkeit verschaffen?*
- Dr. Delmo: *Wir betreiben Öffentlichkeitsarbeit - z.B. für das Filmfestival „Ausnahmezustand“. Fraglich ist nur, wie groß das Interesse der Presse ist.¹¹*
- Publikumsbeitrag: *Wir müssen auch andere Leistungsträger in die Verbände aufnehmen - Agentur für Arbeit, Job-Center, Krankenkassen, etc.*
- Frau Julius: *Auch bei knappen Mitteln muss die Politik aufgefordert werden, schwerstkranke Menschen nicht noch mehr auf der Strecke bleiben zu lassen. Hinsichtlich des Betreuungsrechts sind Verbesserungen dringend notwendig.*
- Abschließend möchte ich noch anmerken, dass der Reflex der Abwehr, wenn das Wort „Heim“ fällt, nicht immer angebracht ist - und dass „Heim“ nicht automatisch „geschlossenes Heim“ bedeutet. Gefahr und Realität gleichermaßen: ein isoliertes, statt einem integrierten Wohnen in der Gemeinde. Herr Prof. Berger sprach von „Asyl“ - nach einem Klinikaufenthalt ist ein solches manchmal nötig.*
- Einschub: Die Selbsthilfeberatung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker ist für Angehörige Montag, Dienstag und Donnerstag zwischen 15 und 19 Uhr unter 01805 - 950 951 telefonisch zu erreichen. Weitere Informationen finden Sie unter www.bapk.de
- Dr. Engelhardt: *Zum Schluss nun die Frage an die übrigen Podiumsteilnehmer, was sie aus der heutigen Veranstaltung mitnehmen.*
- Dr. Kuschnereit: *Wie immer, wenn sich engagierte und kritische Menschen einem schwierigen Thema angenommen haben, nehme ich eine Menge mit - heute insbesondere, dass in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden mehr (vertragliche) Verbindlichkeit geschaffen und in einem zersplittertem Sozialsystem das Trägerübergreifende Budget vorangebracht werden muss.*
- Frau Thelen: *Ich nehme die Anregung hinsichtlich der notwendigen Qualifikation gesetzlicher Betreuer mit - und ganz allgemein, dass ein offensiverer Umgang mit der Thematik und eine stete Überprüfung der Umsetzung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen erforderlich ist.*
- Frau Haas: *Ich möchte den Angehörigen und insgesamt allen Akteuren vor Ort für ihre Unterstützung danken. Weiterhin werde ich mich bemühen, verstärkt Informationen hinsichtlich meiner Koordinationsaufgaben herauszugeben.*

¹¹ www.gpv-mainz.de/index.html

Frau Anklam-Trapp: *Ich kann mich dem Fazit von Frau Thelen nur anschließen und danke den Angehörigen für die Einladung zu der heutigen Veranstaltung.*

Hinsichtlich der zentralen Frage der Übernahme von Verantwortung möchte ich noch auf das Modell der „mobilen Fachteams“ verweisen, das hier eine wichtige Unterstützung leisten kann.

Frau Dr. Engelhardt hofft abschließend, dass der heutige Austausch zu einem schwierigen Thema auch eine ermutigende Wirkung hatte.

Frau Zindorf dankt allen Teilnehmern des Regionaltreffens und schließt die Veranstaltung.