

## „Ein Hilferuf hätte genügt!?

### Tragödien verhindern durch Achtsamkeit“

Protokoll des Landestreffens des  
Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V.  
am 26.02.2015  
in Mainz

#### Begrüßung

**Frau Monika Zindorf**, Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz, begrüßt alle Anwesenden und zeigt sich überwältigt von der großen Teilnehmerzahl zu diesem Thema, das aus einem traurigen Anlass gewählt wurde.

Bevor sie in das Thema einsteigt, stellt Frau Zindorf den Landesverband kurz vor.

- 1995 wurde der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz gegründet und ist somit 20 Jahre alt.
- Der Landesverband hatte im Rahmen der Erarbeitung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen einen wesentlichen Anteil daran, dass die Mitwirkung der Angehörigen, insbesondere die ehrenamtlichen Hilfen, in das Gesetz mit aufgenommen wurde.
- Im §6 des Gesetzes ist verankert, dass Angehörigenarbeit und Projekte der Selbsthilfe in die Versorgung einzubeziehen sind und Vorrang vor den professionellen Hilfen haben.
- Landesweit ist der Landesverband durch Fachtagungen, Veröffentlichungen und Mitgliedschaften in öffentlichen Gremien aktiv.
- Der Verband führt regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu den gesetzlich vorgeschriebenen Besuchskommissionen sowie Fachtagungen zu aktuellen Themen durch.
- Fachliche Diskussionen für die Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen.
- Unterstützung und Förderung der regionalen Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz sowie Beratungsgespräche und Informationsmaterialien für in Not geratene Angehörige.
- Außerdem hält der Verband Kontakt zum Bundesverband und zu den Landesverbänden der anderen Bundesländer.

Vieles wurde in den letzten 20 Jahren erreicht und verbessert, dennoch wirft Frau Zindorf die Frage auf, die Angehörige nach wie vor beschäftigt:

Wie kann man Menschen helfen, die unter schweren Psychosen leiden, aber dem Hilfesystem gegenüber misstrauisch sind oder denen die Krankheitseinsicht fehlt?

Hier leitet sie über zum Thema des Vormittags,

#### **„Ein Hilferuf hätte genügt!?**

#### **Tragödien verhindern durch Achtsamkeit“**

Auch nach 20 Jahren Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz müssten wir uns mit diesem Thema mehr denn je beschäftigen.

Frau Zindorf betont, dass der Landesverband niemanden persönlich verurteilen wolle, aber man müsse genauer hinsehen, wann und wo das Hilfesystem versagt hat oder ob man mit mehr Beharrlichkeit dieser Familie hätte helfen können.

An dieser Stelle begrüßt sie

- **Frau Esther Herrmann**, Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Rheinland-Pfalz, die zu diesem Thema ausführlich referieren wird.

- **Herr Dr. Ulrich Kettler**, Psychiatriekoordinator im Landkreis Neuwied, muss Frau Zindorf leider entschuldigen, da er erkrankt ist. Auf diesem Wege wünsche sie aber gute Besserung. Frau Dr. Engelhardt verliest später sein Statement.
- **Herr Dr. Dietmar Hoffmann**, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen
- **Herr Dr. Theo Falk**, Richter a.D. aus Landau
- **Frau Dr. Auert**, Chefärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am Pfalzkrankenhaus in Kaiserslautern
- **Frau Ursula Breuer**, Betreuungsbehörde Mainz
- **Frau Dr. Kuschnereit**, Psychiatriereferentin des Landes Rheinland-Pfalz, hat sich für heute entschuldigt, da sie Rheinland-Pfalz beim Ländertreffen der AG Psychiatrie in Düsseldorf vertreten.
- **Frau Dr. Daniela Engelhardt** vom Südwestrundfunk übernimmt, wie schon in der Vergangenheit, die Moderation für diese Veranstaltung. Dafür bedankt sich Frau Zindorf recht herzlich.
- **Frau Heitkämper** wird die Veranstaltung protokollieren. Das Protokoll kann bei Frau Zindorf angefordert werden.

Frau Zindorf wünscht sich und den Teilnehmern, dass man am Schluss der Veranstaltung zu einem Ergebnis komme, mit dem alle weiter arbeiten können und das eine gute Argumentationshilfe beispielsweise gegenüber dem Ministerium sein kann.

Des Weiteren weist sie darauf hin, dass diese Veranstaltung von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz mit 8 Fortbildungspunkten zertifiziert ist. Die Bescheinigung könne man bei ihr abholen.

Finanziell unterstützt wird die heutige Veranstaltung von der *BEK GEK*, der *KKH* und der *Techniker Krankenkasse*.

Auch die Presse hat einen Vertreter geschickt, man freue sich über eine positive Berichterstattung.

Frau Zindorf dankt für die Aufmerksamkeit und übergibt das Wort an Frau Dr. Engelhardt.

**Frau Dr. Engelhardt** begrüßt und gibt einen kurzen Abriss des heutigen Ablaufs.

Da man heute auch ein bisschen das 20-jährige Bestehen des Landesverbandes feiere, bedankt sich Frau Dr. Engelhardt bei Frau Zindorf für ihr Engagement, das geprägt ist von Umsicht, Sachkenntnis, Beharrlichkeit, Humor und Liebe zum Menschen.

Diese Haltung passe gut zu dem heutigen Thema, wo Menschen Halt suchen und Angehörige überfordert sind.

In dem Fall aus Kaiserslautern sagte der Verteidiger der Familie: „*Die Familie hat Fehler gemacht, aber versagt hat das System, indem jeder nur das Nötigste gemacht hat.*“

An dieser Stelle übergibt Frau Dr. Engelhardt an **Frau Esther Herrmann**, die den Fall aus Kaiserslautern ausführlich vorstellt.

### **Vorstellung des Falls**

*Zusammengefasste Fakten aus dem Urteil des Landgerichtes Kaiserslautern, verkündet am 2. Oktober 2013 im Strafverfahren wegen Totschlags durch Unterlassen*

**Angeklagt sind:**

- Die Ehefrau
- und die gemeinsamen Kinder des Ehepaares,  
die Familie lebte zusammen in häuslicher Gemeinschaft.

**Das Strafmaß:**

Wegen Körperverletzung mit Todesfolge in einem minder schweren Fall in Tateinheit mit Aussetzung mit Todesfolge in einem minderschweren Fall erhalten:

- Die Ehefrau 3 Jahre und 9 Monate
- Der Sohn 1 Jahr und 10 Monaten auf Bewährung
- Die Tochter 1 Jahr und 6 Monaten auf Bewährung

**Die Familienmitglieder:**Der Vater – das Opfer in dem tragischen Geschehen

verstorben am 28.08.2012 in den frühen Morgenstunden bei einem Körpergewicht von 40 kg bei 1,78m Größe, die Fettreserven waren vollständig aufgebracht.

Die Ehefrau, 49 Jahr (2013), verheiratet seit dem 7.12.1984 (29 Jahre)

Zusammen mit zwei Brüdern und zwei Schwestern aufgewachsen. Besuch der Hauptschule bis zum 9. Schuljahr, keine Berufsausbildung. Aktuell zwei Arbeitsstellen als Reinigungskraft, hier ist sie stundenweise an mehreren Tagen in der Woche beschäftigt. Keine Schulden und strafrechtlich bislang nicht in Erscheinung getreten.

Der Sohn, 27 Jahre

Er unterstützt die Familie finanziell. Besuch der Sonderschule bis zur 9. Schulklasse aufgrund von Sprachstörungen und Legasthenie. Danach Ausbildung zum Tischler, arbeitete nie in seinem Ausbildungsberuf, zurzeit als Produktionsmitarbeiter beschäftigt. Ledig, keine Kinder, schuldenfrei und strafrechtlich bislang nicht in Erscheinung getreten.

Die Tochter, 22 Jahre

Besuch der Grundschule bis zur 4. Klasse, dann Wechsel in die Sonderschule aufgrund einer Lernschwäche. Besuchte diese bis zur 9. Schulklasse. Erwerb des Hauptschulabschlusses in einer Berufsbildenden Schule, danach berufliche Orientierungsmaßnahme, im Anschluss zeitweise arbeitslos. Abbruch von FSJ und einer Ausbildung zur Friseurin. Aktuell im 2. Lehrjahr in einem Friseursalon, in dem sie bereits ein Praktikum absolvierte. Keine Kinder, schuldenfrei und strafrechtlich bislang nicht in Erscheinung getreten.

**Die Geschichte der Familie und der Krankheitsverlauf in den Jahren 2007 bis 2012**

Im Jahr 2007 erkrankte der Ehemann/Vater an paranoider Schizophrenie.

2007-2011: vier Klinikaufenthalte, nach auftretender Krankheitssymptomatik aufgrund mangelhafter Medikamenteneinnahme. Zeitweise Behandlung auch in der Tagesambulanz.

2009: Einrichtung einer Betreuung mit den Aufgabenkreisen Gesundheitsfürsorge, Vermögensfürsorge und die Bestimmung des Aufenthalts in einem Heim oder einer Klinik.

Februar 2010: bei Ehemann/Vater fehlende Krankheitseinsicht, somit keine Bereitschaft, Medikamente einzunehmen. Zu dieser Zeit wurde wegen Zahlungsrückständen der Strom abgestellt. Vermutlich aus Scham sollte, nach Willen der Ehefrau, Außenstehende keine Kenntnis davon erhalten. Der Sozialstation wurde die Tür nicht mehr geöffnet, der Hausarzt veranlasste die Beendigung der Maßnahme durch die Sozialstation.

Anfang 2010: die Ehefrau hatte letztmals Kontakt zum Hausarzt ihres Mannes.

- März 2010: die Ehefrau berichtet dem Betreuer von Auffälligkeiten.*
- 03.03.2010: Beschluss des Amtsgerichtes zur vorläufigen Unterbringung, die Kontaktaufnahme des zuständigen Betreuungsrichters misslang.*
- 08.03.2010: Aufhebung des Beschlusses, da sich Ehemann/Vater freiwillig in die Klinik begab.*
- 12.03.2010: Entlassung von Ehemann/Vater aus der Klinik in gutem Allgemein-und Ernährungszustand.*
- 2011: Ehemann/Vater verweigerte jegliche psychotherapeutische Maßnahme sowie Medikamenteneinnahme. Die Ehefrau mischte die zerkleinerten Tabletten unter das Essen, der Ehemann versteckte öfter die Tabletten und verweigerte schließlich die Einnahme ganz. Er drohte der Familie etwas anzutun, wenn sie etwas unternehmen würden, das ihn erneut in die Psychiatrie bringt. Die Krankheitssymptomatik verschlechterte sich, neben religiösen Wahnvorstellungen litt der Ehemann/Vater an Vergiftungsideen, sodass er teilweise keine oder zu wenig Nahrung zu sich nahm. Der Ehemann/Vater wurde zum letzten Mal in der Öffentlichkeit gesehen. Er hielt sich ab da vorwiegend im Wohnzimmer der Familie auf. Die gemeinsamen Kinder verbrachten viel Zeit außerhalb der Wohnung. Der Ehemann/Vater wurde dreimal täglich mit Essen versorgt, mitunter holte er sich, vor allem, wenn er alleine in der Wohnung war, Essen aus dem Kühlschrank. Die Reste bewahrte er unter der Couch auf. Aufgrund der Vergiftungsideen nahm er unregelmäßig Nahrung auf oder verweigerte diese ganz. Er vernachlässigte ebenfalls die Körperpflege. Die Familie forderte keine ärztliche Hilfe mehr ein, informierte keine fachkundigen Stellen.*
- Ende 2011: Besuch des Betreuers scheiterte, die Wohnungstür wurde nicht geöffnet. Der Betreuer versuchte telefonisch den Kontakt zu halten. In einem Telefonat teilte die Ehefrau mit, sie würde ihren Mann rausschmeißen, wenn er so weitermachen würde, eine Zwangseinweisung sei derzeit allerdings nicht nötig. Der Betreuer verblieb mit ihr, dass sie sich meldet, wenn sie Hilfe benötigt.*
- 2012: Letzter Versuch der Angehörigen den Patienten zu baden und zu rasieren, heftige Gegenwehr, danach wurde die Körperpflege eingestellt. Er zog sich mitunter aus, lief nackt durch die Wohnung und kotete das Wohnzimmer und Bad ein. Die Familie reinigte die Wohnung regelmäßig. Im Laufe des Jahres gab die Ehefrau gegenüber dem Betreuer an, es sei noch alles in Ordnung. Da für Ende 2012 das persönliche Erscheinen in einer Rentenangelegenheit anstand, ging der Betreuer davon aus, den Betreuten Ende des Jahres zu treffen. Ehemann/Vater magerte zusehends ab, die Nahrung wurde weiterhin phasenweise eingenommen und verweigert. Er bewegte sich bis eine Woche vor seinem Tod in der Wohnung, zuletzt nur noch in Trippelschritten. Die letzte achttägige Lebensphase verbrachte er in einem Hungerkoma, währenddessen er keine Schmerzen mehr empfand.*
- 27.08.2012: Beim Einatmen von Speisebrei bei fehlendem Hustenreflex kam es zum Eindringen von festen Stoffen und/oder Flüssigkeiten in die Lunge, einer sogenannten Aspirationspneumonie.*
- 28.08.2012: In den frühen Morgenstunden führte diese zum Tode des Patienten. Zu diesem Zeitpunkt wog er noch 40Kg bei einer Größe von 1,70m, die Fettreserven waren völlig aufgebraucht. Eine Lebensrettung wäre letztmalig von Ende Juni 2012 bis Ende Juli 2012 möglich gewesen. Die Ehefrau fand den verstorbenen Ehemann und rief ihren Sohn. Die Tochter wurde nicht informiert. Alle verließen das Haus und gingen ihrer Arbeit nach.*

*Da niemand den Verstorbenen so sehen sollte, wurde kein Arzt oder Bestatter gerufen. Die Frau äußerte die Idee, den Toten vor einem Krankenhaus abzulegen. Noch in derselben Nacht wickelten die Ehefrau und der Sohn, den nur mit Boxershorts und Socken bekleideten Verstorbenen in Decken, setzten ihn in ihr Auto und fuhren los.*

29.08.2012: *Gegen 1:00 Uhr morgens fiel das Auto einer Streife wegen besonders langsamer Geschwindigkeit auf. Es fand eine Personenkontrolle statt, hierbei wurde die Leiche entdeckt und sichergestellt.*

Frau Herrmann schließt ihre Faktensammlung mit der Frage, *ob ein Hilferuf wirklich genügt hätte.*

Der Landesverband hatte, basierend auf dem Urteil ein Papier vorbereitet, dass nicht vorgetragen wurde, da alle dort aufgeführten Punkte sich in den Beiträgen von Angehörigen aus dem Publikum wieder spiegelten. Gerade deshalb möchten wir die Ausführungen in die Dokumentation einfließen lassen, als Essenz aus Angehörigensicht. Hier der Wortlaut:

### *Tragödien verhindern durch Achtsamkeit – Sicht der Angehörigen*

*Laut einer Gießener Studie ist die Stressbelastung bei Angehörigen von schwer psychisch erkrankten Menschen vergleichbar mit dem Stress von Studenten vor dem 1. Staatsexamen, mit dem Unterschied, dass das Ende der Belastungen bei Angehörigen nicht absehbar ist.*

- *Eigene Verfassung*  
*Die eigene physische und psychische Verfassung, sowie Intelligenz und Bildungsniveau spielen mit dieser extremen Belastung neben vielen anderen Begleiterscheinungen eine entscheidende Rolle.*
- *Kurze Verweildauer*  
*Aus unserem Erfahrungsschatz mit Angehörigen wissen wir, dass z.B. zu frühe Entlassungen aus der Klinik (im Fall: durch Beschlussaufhebung wegen Freiwilligkeit) die häusliche Situation oft extrem erschweren, da der Mensch mit einer psychischen Erkrankung erst recht aggressiv reagiert, wenn der Angehörige ihn in die Klinik gebracht hat. Oft kommt es dadurch zu schweren Zerwürfnissen und Dauerspannungen.*  
*Die Unterstützung der amtlichen Betreuer wird in der Regel als unzureichend erlebt. Sozialpsychiatrische Dienste und Institutionen ziehen sich auf die Gesetzeslage zurück, Handlungsspielräume werden wenig genutzt.*  
*Angehörige zweifeln am Sinn des Geschehens.*
- *Rückzug*  
*Der Angehörige bleibt zurück mit seinen Ängsten, seiner Scham und dem Unverständnis, dass die Außenwelt ihm entgegen bringt. Das Leid der Familie wird überhaupt nicht wahrgenommen. Schuldgefühle, Leid und Hilflosigkeit lassen die Familie verstummen.*  
*Angehörige, wie im vorliegenden Fall (Menschen mit Intelligenzminderung) sind nicht mehr in der Lage, über das entsetzliche Geschehen zu kommunizieren, geschweige denn ihre Handlungen zu reflektieren.*
- *Unser Anliegen*  
*Diese schwere Belastung, das unendliche Leid, dem Angehörige in solchen Fällen ausgeliefert sind, darf nicht länger verleugnet werden.*  
*Es fordert Wahrnehmung – Aufmerksamkeit – Unterstützung – helfende Hände – machbare Lösungen.*
- *Wir fragen uns*  
*Wo hätte denn ein erneuter Hilferuf noch hingehen sollen? Die Familie war im Hilfesystem wohl bekannt. Sie hatte gerufen, so gut sie konnte und wurde nicht gehört.*  
*So gipfelt aus Angehörigensicht diese menschliche Tragödie in der Verurteilung der Hilflosesten und alle anderen Beteiligten waschen ihre Hände in Unschuld.*

## **Statement von Dr. Kettler**

Wegen Abwesenheit verlesen von Frau Dr. Engelhardt

*Sehr geehrte Frau Zindorf,  
sehr geehrte Damen und Herren,*

*vielen Dank für Ihre Einladung und die Möglichkeit, zu dem heutigen Thema aus Sicht einer Psychiatriekoordinationsstelle ein kurzes Statement abgeben zu können. Dabei möchte ich vorrangig auf meine Erfahrungen aus 17 Jahren Psychiatrieplanung im Landkreis Neuwied zurückgreifen.*

*Die Hilfen für psychisch kranke Menschen stecken in einem grundsätzlichen Dilemma, welches sich nach meiner Ausfassung nicht vollständig auflösen lässt: Das Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Auf der einen Seite ist es das Recht des Einzelnen, auch mit der Einschränkung einer psychischen Erkrankung selbstbestimmt handeln zu können. Auf der anderen Seite ist es die Verantwortung der Anderen, sei es der Familie, des sozialen Umfeldes oder der Gesellschaft, eingreifen zu können oder gar zu müssen.*

*Die Auffassungen darüber, wann eingegriffen werden muss, unterscheiden sich naturgemäß. Sie sind eben auch von Erfahrungen, Normen und Werten der jeweiligen Personen abhängig, und diese können eben sehr unterschiedlich sein.*

*Ein Kollege aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, mit dem ich über die Frage gesprochen habe, sagte mir: Es wird immer gleich bleiben, für die Betroffenen tun wir zu viel, für die Angehörigen zu wenig.*

*Ich gehe davon aus, dass seit der rheinland-pfälzischen Psychiatriereform im Jahre 1996 Strukturen und ein Austausch auf der kommunalen Ebene entwickelt worden sind. Sicherlich gibt es gesetzliche Änderungen, die die Kooperation der Dienste und Einrichtungen untereinander erschweren. Dafür möchte ich ein Beispiel nennen: Es ist die Frage der Krankenhausanschlussbehandlung. Hier greift der Datenschutz. Es ist nicht immer möglich, dass das Psychiatrische Fachkrankenhaus den Sozialpsychiatrischen Dienst rechtzeitig vor der Entlassung informiert und damit ein Hilfsangebot angeboten werden kann.*

*Auf der kommunalen Ebene gibt es natürlich die Möglichkeit, die Kooperation der Dienste und Einrichtungen untereinander zu fördern. Wir schaffen dies im Landkreis Neuwied dadurch, dass neben dem Psychiatriebeirat und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG Neuwied weitere Gremien wie beispielsweise der Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie das Netzwerk Demenz und psychische Erkrankungen im Alter eingerichtet wurden. Auch regelmäßige Schulungen beispielsweise der bei Unterbringungen nach PsychKG beteiligten Dienste tragen zu einer verbesserten Zusammenarbeit bei. Ziel ist es dabei, dass die Dienste voneinander wissen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich persönlich kennen und auf dieser Grundlage gut und eng zusammenarbeiten.*

*Auch die aktuellen Änderungen im Landespsychiatriegesetz hinsichtlich der Zwangsbehandlung mit Medikamenten stärken das Recht des Einzelnen, schränken aber die Möglichkeiten der behandelnden Ärzte ein.*

*Und natürlich ist die fehlende Compliance zu nennen, also die fehlende Bereitschaft des Betroffenen zur Zusammenarbeit und Annahme von Hilfen ein zentrales Hemmnis. Dies wird immer wieder in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) deutlich, wenn Angehörige, Freunde oder Nachbar auf den Hilfebedarf aufmerksam machen. Der SpDi versucht dann, Kontakt zeitnah aufzunehmen, allzu oft wird die Hilfe aber abgelehnt.*

*Sie merken, ich möchte dem Titel der heutigen Veranstaltung ein wenig widersprechen, aus meiner Sicht ist es weniger eine Frage der Achtsamkeit, als vielmehr eine Frage der gesetzlichen und*

*politischen Rahmenbedingungen und natürlich auch der Ausgestaltung der Angebote und Hilfen für psychisch Kranke und deren Angehörige. Und dort steht momentan die Selbstbestimmung im Vordergrund. Dies geht zu Lasten der öffentlichen Fürsorge.*

*Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit*

Frau Dr. Engelhardt bittet nun Herrn Dr. Hoffmann zu erklären, was der Sozialpsychiatrische Dienst ist.

**Dr. Hoffmann** berichtet, dass im PsychKG (Psychisch-Kranken-Gesetz) festgelegt ist, dass ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) vorhanden sein muss.

Der Sozialpsychiatrische Dienst

- ist kostenlos
- aufsuchend
- berät über mögliche stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen und Versorgungshilfen
- berät Angehörige

Zunehmend würde man Eltern beraten, die Probleme mit ihren, oft schon volljährigen, Kindern haben (z.B. bei Drogenmissbrauch, Verwahrlosung, etc.).

Bezugnehmend zum Fall aus Kaiserslautern könne man sagen, dass die Familie nichts über die Krankheit wusste, der SpDi würde aber Angehörige beraten und anleiten.

Man müsse jedem Fall nachgehen, habe aber wie auch Betreuer, keine Handhabe, solange keine Freiwilligkeit besteht. Oft fühlen sich ganze Hausgemeinschaften bedroht und es dauere meist lang und sei frustrierend, zu solchen Menschen Kontakt aufzunehmen und Vertrauen aufzubauen.

Man könne auch nicht einfach in die Wohnung eindringen, nur mit richterlichem Beschluss. Diesen gäbe es aber nur unter bestimmten Bedingungen:

- konkrete Bedrohung (z.B. strafrechtlicher Tatbestand)
- Gefährdung der eigenen Gesundheit, Selbstmordgefahr

allerdings sei es schwer einzuschätzen, ab wann wirklich Gefahr für Leib und Leben bestehe, Richter wollen hier aber 'Klartext'.

Eine *Angehörige* aus dem Publikum bestätigt dies. Ihr Sohn sei erkrankt und wurde nach eigenmächtigem Absetzen der Medikamente sehr aggressiv, besonders massiv ihr gegenüber. Sie suchte Hilfe, auch bei der Polizei. Sie musste aber leider aushalten, bis der Sohn gewalttätig wurde, damit man reagierte. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass ein Hilferuf eben nicht genüge. Sie musste erst Strafanzeige gegen den eigenen Sohn stellen und auch dann noch ein Jahr warten, bis das Urteil rechtskräftig wurde. Erst dann kam es zur Unterbringung. Bei dieser Erkrankung könne man nicht auf Freiwilligkeit hoffen. Aber Selbstbestimmung gehe nur soweit, wie andere nicht bedroht werden.

*Frau Dr. Engelhardt* übergibt nun das Wort an Dr. Falk.

**Dr. Falk** erklärt, dass er zwar Richter a.D. sei, aber viel Erfahrung mit der Entwicklung der Unterbringung der letzten Jahrzehnte habe: von 'Massenunterbringung' bis hin zur 'fast-Abschaffung-der-Unterbringung'.

Das Problem in der faktischen Abschaffung von Unterbringung sei die Freiheit, die oft dazu führe, Hilfe abzulehnen.

Im aktuellen Fall wolle er keine Schuldzuweisung formulieren, aber obwohl alle möglichen Hilfen zur Verfügung standen, hatte man sich wohl auf Betreuer in der Familie verlassen. Die Familie war jedoch überfordert, aus Unkenntnis, Angst vor dem Kranken, Hilflosigkeit.

Dr. Falk wirft die Frage auf, ob der Sozialstaat nicht mit so einer Familie rechnen müsse.

Man könne nicht warten, bis Hilfe angefordert werde. Der Betreuer habe eigentlich die Pflicht, den persönlichen Kontakt zu halten und hat dies nicht beharrlich genug probiert. Allerdings hatte dieser Betreuer 70 Klienten, also 2 Stunden monatlich pro Klient. Das sei natürlich zu wenig Zeit, um eine Vertrauensbasis aufzubauen, besonders bei einem schweren Krankheitsverlauf. Man bräuchte eine Option zur Kontrolle. Im ambulanten Bereich gibt es keine Zwangsbehandlung (z.B. Depotspritzen), auch keinen kurzfristigen Zwang (zur Verabreichung von Depotspritzen), aber evtl. wäre die Unterbringung eine mögliche Kontrolloption.

Auf die Frage von *Frau Dr. Engelhardt*, ob Selbstbestimmung denn auch soweit gehe, dass Verwandte den Kranken sterben lassen können, antwortet Dr. Falk, dass dies evtl. mit einer Patientenverfügung denkbar wäre - mit dem Vermerk, dass man die Behandlung mit Neuroleptika ablehne oder wenn dies der Patient in diesem Fall vor 3 Jahren wiederholt betont hätte.

Nur müsse man sich dann fragen, ob er auch noch bei dieser Schwere der Erkrankung so entscheiden würde.

Eine *Angehörige* aus dem Publikum gibt zu bedenken, dass die Familie für die Einhaltung der Selbstbestimmung bestraft wurde, denn der Kranke wollte nicht, dass sie Hilfe holen.

Darauf bemerkt *Dr. Falk*, dass der Patient aber keinen freien Willen mehr hatte und dass sicher die Voraussetzungen für eine Zwangseinweisung gegeben waren, hätte die Familie einen 'Hilferuf' gestartet.

Das Problem hierbei sei die Definition, ab wann man nicht mehr in der Lage ist, seinen freien Willen zu äußern, insbesondere die Grauzone davor.

Ein *Vertreter der Stadtverwaltung Gernersheim* beklagt die Ohnmacht von Behörden und auch Angehörigen und wünscht sich, dass das Gesetz hier eingreifen könnte.

*Dr. Hofmann* bringt zusätzlich vor, dass die Familie sicher einfach strukturiert war und deshalb nicht erkennen konnte, wann die Grenze der Selbstbestimmung überschritten war.

Er halte es für ein Fehlurteil.

*Dr. Falk* hält dagegen, dass sich die Situation über 2,5 Jahre erstreckte und man in dieser Zeit durchaus Hilfe hätte holen können.

*Frau Dr. Engelhardt* meint jedoch, man dürfe die Scham der Familie nicht unterschätzen.

Eine *Angehörige* fragt *Dr. Hoffmann*, ob die Situation anders verlaufen wäre, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst involviert gewesen wäre. Dieser vertritt die Meinung, dass dort geschulte Mitarbeiter die Lage sicher hätten richtig einschätzen können.

Nun stellt ***Frau Dr. Auert*** das Pfalzkrankenhaus in Kaiserslautern vor.

Es gibt die stationäre Behandlung, aber auch eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA).

Man habe auch Zwangsunterbringungen und könne dann die Patienten an die PIA überweisen.

Das Gesundheitssystem hat zwei Säulen: ambulant und stationär. Im Pfalzkrankenhaus versuche man beide Bereiche zu verbinden.

Das integrierte Versorgungsprojekt in Rheinland-Pfalz ist ein Modellprojekt, das aber leider nur für Patienten von einer Krankenkasse in Anspruch genommen werden kann. Hier werden Patienten bereits während des stationären Aufenthalts aufgesucht und nach ihrer Entlassung weiter zu Hause betreut (Homekeeping).

Die Initiative für dieses Projekt gehe von den Leistungserbringern, also den Kliniken aus. Die Landesregierung hatte vor 10 Jahren angefragt, ob es Ideen oder Behandlungslücken gibt. Zunächst wurden alle Vorschläge abgelehnt, erst im zweiten Anlauf wurde dieses Projekt genehmigt. Das Problem in der Psychiatrie sei eben, dass die Behandlung Zeit brauche.



Wie einige Vorredner beschreibt Frau Dr. Auert auch im stationären Bereich eine Versorgungslücke. Oft sind nötige Zwangsbehandlungen nicht mehr möglich, es erfolgt dann zwar die Unterbringung, aber ohne Medikamente. Dadurch komme es zu längeren Klinikaufhalten.

Man versuche natürlich Angehörige mit einzubinden, z.B. in den Klinikalltag (Kaffee, Selbsthilfegruppen).

Ein weiteres Problem ist, dass man aufgrund des Datenschutzes Informationen an ambulante Einrichtungen (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst) nur mit Einwilligung des Patienten weitergeben könne. Besonders problematisch sei dies bei misstrauischen Patienten.

Man stehe dann hilflos daneben.

Als nächstes stellt Frau Dr. Engelhardt Frau Ursula Breuer von der Betreuungsbehörde Mainz vor.

**Frau Breuer** erzählt nun über die Arbeit in der Betreuungsbehörde.

- Dort gehe es um rechtliche Betreuung.
- Die Betreuer arbeiten aufsuchend, wollen die Klienten da abholen, wo sie sind.
- Der persönliche Kontakt zu den Klienten sei wichtig.
- Man erstelle, ergänzend zum medizinischen Bericht, einen 'Sozialbericht'.
- Die nötigen Hilfen erarbeite man gemeinsam mit dem Klienten.
- Evtl. werden dazu auch Angehörige miteinbezogen.
- In Mainz würden sich Betreuer und Klient vorher kennenlernen, das sorge für größere Akzeptanz.
- Aber auch bei Unzufriedenheit würde man reagieren, z.B. bei Untätigkeit/ Versagen des Betreuers oder aus sonstigen persönlichen Gründen.  
Man versuche die Situation einzuschätzen, zu vermitteln oder den Betreuerwechsel zu begleiten.
- Da Betreuung pauschaliert ist (d.h. man bekommt pro Fall nur eine bestimmte Summe), hat ein Berufsbetreuer sehr viele Klienten, wie auch in diesem Fall aus Kaiserslautern.  
Aber gerade psychisch Kranke haben meist Berufsbetreuer, da die Angehörigen zu überlastet sind.
- Man suche immer Betreuer, auch Ehrenamtliche und Angehörige.
- In Mainz gibt es viele Beratungsstellen unterschiedlicher Träger, sowie die psychosoziale Einzelfallhilfe.
- Wichtig ist die Netzwerkarbeit (allerdings unter Wahrung des Datenschutzes).  
Zusammenarbeit ist wichtig, da dann besser entschieden werden kann, welche Hilfe nötig ist.  
Außerdem würden Hilfesuchende durch die Vernetzung schneller an die richtige Hilfestelle verwiesen werden.

Die Diskussion wendet sich wieder dem Fall zu.

„*Ich darf so verrückt sein, wie ich will!*“

Frau Dr. Engelhardt fragt *Dr. Falk*, ob es Ansätze gäbe, dieses Problem in unserer Gesellschaft anzugehen.

Dieser habe das Gefühl, dass der Gesetzgeber dieses 'heiße Eisen' nicht gerne anfasst.

Man müsse aber versuchen, den Patienten zu überreden, Hilfe zuzulassen. Dafür müsse man Zeit investieren.

Eine *Angehörige* fragt nochmal explizit nach der Verantwortung, nachdem sich Betreuer, Arzt und Sozialstation rausgezogen hatten. Die Familie wurde mit der Verantwortung von der Politik alleine gelassen. Sie schlägt vor, eine Angebots-/Hilfepflicht alle paar Monate einzuführen, um besonders junge psychisch kranke Menschen aufzufangen.

An anderer Stelle wird darauf hingewiesen, dass bei zu vielen involvierten Institutionen sich keiner mehr zuständig fühlt und man Gefahr laufe zu denken, der andere mache das schon. Auch bräuchte man mitunter nicht von jeder einzelnen Hilfestelle Beratung, eine *Angehörige* klagt: „*Ich brauche keine Beratung mehr, ich brauche Hilfe!*“

Ein weiteres Problem stellt die Wohnmöglichkeit für psychisch Kranke dar. Eine *Mutter* berichtet, dass der kranke Sohn nur selbstbestimmt leben könne, weil die Eltern für ihn da sind. Eine eigene Wohnung würde ihn überfordern. Sie wünsche sich für ihn ein Zimmer mit Bad in einer Einrichtung in der Nähe der Eltern.

Auch *Frau Dr. Auert* bemerkt, dass es in Rheinland-Pfalz z.B. keine geschlossenen Heime gibt. Patienten müssen dann anders untergebracht werden.

Wichtig wäre deshalb, dass Verbände, Institutionen etc. immer wieder formulieren, was benötigt wird, damit sich etwas ändern könne.

Des Weiteren kommt die Frage nach dem Datenschutz auf.

Eine *Angehörige* schildert die Problematik, nicht mit dem Arzt des Patienten über diesen sprechen zu können. Frau Dr. Engelhardt schlägt vor, einfach eine E-Mail an den Arzt zu schreiben. Als Angehörige sei es nicht verboten, dem Arzt Auskunft über den Patienten zu geben.

*Dr. Falk* fügt hinzu, dass man als Eltern volljähriger Kinder zumindest versuchen kann, dass eine Betreuung eingerichtet wird. Im Zuge dessen würde eine ärztliche Anschauung erfolgen.

Ein *Publikumsbeitrag* weist auf ein anderes Problem hin: im Fall aus Kaiserslautern wurde die Familie als Fallmanager gesehen. Jedoch haben viele psychisch Kranke keine Familie und landen im schlimmsten Fall obdachlos auf der Straße, da sie nicht wüssten, wie oder woher sie Hilfe bekommen können.

Den Sozialpsychiatrischen Dienst kennen die meisten Laien, aber auch viele Institutionen nicht.

Aus dem Publikum meldet sich eine *Genesungshelferin*, die zu bedenken gibt, dass viele psychisch kranke Menschen sehr misstrauisch seien und sich nicht gerne fremden, studierten Helfern anvertrauen würden. Genesungshelfer sind Psychiatrieerfahrene, die stabil sind und im Rahmen einer einjährigen Ausbildung lernen, andere Betroffene zu begleiten, zur Seite zu stehen und als Übersetzer zwischen Arzt und Patient fungieren.

*Frau Dr. Auert* bestätigt, dass Genesungshelfer außerdem als gutes Beispiel dienen für eine erfolgreiche Behandlung und Integration von psychisch Kranken.

Eine *Mutter* erzählt von ihrem chronifiziert schizophrenem Sohn mit fehlender Compliance, der als schwerster Grenzfall gelte. Sie selbst habe Psychologie studiert und engagiere sich in vielen Gremien, aber mehr für sich selbst. Manchmal gäbe es Fälle, denen man nicht helfen könne und man müsse dann die eigene Hilflosigkeit annehmen.

*Frau Dr. Engelhardt* nimmt die letzte Aussage auf: ‘Hilflosigkeit annehmen’ und fragt zum Abschluss, ob es Tipps zum Umgang mit der Hilflosigkeit gäbe.

*Frau Dr. Auert* rät, in der Hilflosigkeit positiv zu bleiben, nicht den Mut zu verlieren und Gleichgesinnte zu suchen. Viele Patienten sind leider nicht zu erreichen, aber man solle die Angehörigen als ‘Teil des Systems Mensch’ betrachten.

*Frau Breuer* empfiehlt den Angehörigen, darüber zu reden, nach außen zu gehen und vor allem die Scham zu überwinden. Und man solle sich natürlich auch an die entsprechenden Institutionen wenden.

Sie habe für sich mitgenommen, welche Ausmaße solche Extremsituationen für Angehörige nehmen können.

*Herr Dr. Falk* geht nochmal konkret auf den Fall ein und wirft die Frage auf, welche Möglichkeiten es für den Betreuer gegeben hätte, 'kreativ' tätig zu werden. Man könne z.B. Kontrollbesuche von rechtlichen Betreuern als Pflicht festlegen.

Er gibt auch zu bedenken, dass es nicht so weit gekommen wäre, wenn eine 'ambulante Zwangsbehandlung' möglich gewesen wäre.

Dies sei eben die andere Seite der Medaille 'Freiheit'.

Hier sei der Gesetzgeber gefragt, der die Grauzone von 'Behandlungszwang und Unterbringung' nochmal anders bewerten müsse.

*Herr Dr. Hoffmann* sieht ebenfalls den Gesetzgeber gefordert, man müsse festlegen, welche Rechte und Pflichten der Betreuer haben sollte.

Er ermutigt Angehörige, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu reden.

In manchen Fällen versage zwar jede Hilfe, aber gerade dann sei Angehörigenarbeit sehr wichtig, auch als gegenseitige Unterstützung.

*Frau Dr. Engelhardt* bedankt sich bei den Rednern und dem Publikum.