

Psychiatrische Versorgung in Gefahr? - Gefahr gebannt?

(Wiebke Schubert-Landesverband NRW der Angehörigen
psychisch Kranker)

Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

- Keine einheitlichen Strukturen
- Regional unterschiedlich gut aufgestellt – Leuchtturmprojekte und Diaspora
- Verwirrende Vielfalt
- Gemeindepsychiatrische Verbünde bieten einen gewissen Standard
- Weiterentwicklung der GPV, Anpassung an geänderte gesellschaftliche und demographische Verhältnisse (gerontopsychiatrische Behandlungsangebote z.B.)
- Mangelnde Kooperation zwischen verschiedensten Trägern und Behörden (Jugendhilfe, Ordnungsbehörden, Arge) und anderen Akteuren der psych. Versorgung (BeWO, Heimen, Betreuern, Hausarzt)
- Divergierende Trägerinteressen
- Ungeklärte Finanzierungen
- Schwierige Haushaltslage der Kommunen
- Mangel an Psychiatern im Gesundheitsdienst der Gemeinden

Ambulante Versorgung

- Unzulänglichkeit der Hilfsangebote: z.B.
zu kurze Öffnungszeiten (nur bis 17.00 Uhr)
- Keine Angebote in der Nacht oder am Wochenende
- Verschlechterung des Angebots in Ferien- und Urlaubszeiten
- Kein Krisendienst
- Keine Angebote für Obdachlose oder die „Schwierigsten“
- zu wenig niedrigschwellige und zugängliche Angebote
- Zu wenig multiprofessionelle Teams
- Fehlen von Angeboten für Tagesstruktur sowie Arbeits- und Beschäftigungsangeboten
- Kaum Angebote für Migranten
- Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten lange Wartezeiten
- Psychotherapeuten: kaum Plätze für schwer psychisch Kranke

Ambulante Versorgung

- Werkstätten oft noch auf Minderbegabte ausgerichtet
- Keine „anspruchsvolleren“ Angebote für psychisch Kranke
- Architektur nicht auf psychisch Kranke ausgerichtet (Rückzugsräume pp)
- Pflegestandards für psych. Kranke und Ausbildung der Mitarbeiter nicht angepasst
- Inklusion: keine „Behinderten-Sonderwelt“ für psych. Kranke, keine Bevormundung

Ambulante Versorgung - Werkstätten

- bessere Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern von Hilfsangeboten untereinander und mit verschiedensten Behörden
- Case-Manager als Bezugspersonen für Betroffene und Angehörige
- Ausweitung des Angebots ambulanter Dienste und dessen Kontrolle staatlicherseits durch eine Fachaufsicht
- Krisendienste rund um die Uhr mit Zugang durch alle Medien
- „Der Mensch, der sich meldet, definiert die Krise.“
- Aufsuchende, multiprofessionelle Teams, die auch die Angehörigen unterstützen (und auch für Obdachlose)
- Unterstützung der Angehörigen- und Betroffenen-Selbsthilfe

Ambulante Versorgung

- Gesellschaftlicher Wandel führt zu geänderten Familienstrukturen, diese bieten nicht mehr dieselben Ressourcen zur ambulanten Betreuung psych. Kranker wie früher (Berufstätigkeit von Frauen, weniger oder gar keine Kinder, Mobilität)
- Demographischer Wandel
- Folge: Rechtzeitiger Ausbau professioneller Strukturen – genug Personal?

**Angehörige keine Ausfallbürger
mehr**

- Angehörige brauchen mehr Unterstützung, Aufklärung und Hilfen sowie eine Ausbildung zur Pflege
- Kurzzeitaufenthalte in Heimen ermöglichen (Urlaubszeit)
- Ausbau der ambulanten psych. Pflege (s. Niedersachsen)
- Schutz der Angehörigen vor (häuslicher) Gewalt durch Betroffene
- Fehlen einer eigenständigen sozialen Sicherung psychisch Kranker – keine finanzielle Inanspruchnahme von Betroffenen und deren Kindern
- Versorgung älterer psychisch Kranker ist nicht ausreichend gesichert
- Unterbringung von psychisch Kranken in Altersheimen

Hilfen für Angehörige im ambulanten Bereich

- Verdreifachung der Zahl der Psychotherapeuten im letzten Jahrzehnt
- Trotzdem deutlich schlechtere Versorgung schwer psychisch kranker Menschen : lange Wartezeiten, nicht adäquate Therapien
- Bevorzugt werden Menschen in Lebenskrisen und Menschen mit leichten Störungen behandelt

Ambulante psychotherapeutische Versorgung

- Notwendigkeit geschlossener Wohnheime?
- Heim-Tourismus in andere Bundesländer
- Genug Wohnheimplätze für chronisch Kranke und schwierige Kranke in offenen Heimen ? – keine Bevorzugung leichter zu führender Kranker
- Problematik der jungen männlichen schwierigen Patienten und Kündigung von Heimplätzen – Ausfallbürge Klinik?

Ambulante Versorgung: Versorgung in Heimen

Gefahr erkannt

-aber nicht gebannt

Stationäre Versorgung

Altbekannte und neue
Herausforderungen

- Schwerstkranke bedürfen einer intensiven, und damit auch kostenintensiven Behandlung: Gleichstellung des Vergütungssystems mit Somatik
- In Deutschland gibt es überdurchschnittlich viele Betten zur Behandlung psychisch und psychosomatisch Kranker
- Bei der Krankenhausplanung werden die psychosomatischen Kliniken gegenüber den Psychiatrien bevorzugt
- Psychiatrien sind auch der Ausfallbürge für Unzulänglichkeiten der ambulanten Versorgung (s.o.)

Stationäre Versorgung

- Zurzeit Überprüfung des PsychKG NW (turnusgemäß alle 5 Jahre)
- Neuregelung im Sinne des § 1906 BGB (Betreuungsrecht) Urteile des BVerfG
- Auswirkung der UN-Behindertenrechte-Konvention und der Urteile des BVerfG vom 23.03. und 12.10.2011 auf das PsychKG NW und MRVG NW:

Danach ist eine Zwangsbehandlung nur als letztes Mittel gerechtfertigt und bedarf einer klaren und auf diese Situation begrenzten Rechtsgrundlage, die die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung und das hierbei einzuhaltende Verfahren eindeutig regelt

Stationäre Versorgung : Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

- Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung nach BVerfG:
 - Betroffenen fehlt krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit
 - Die Zwangsbehandlung ist das letzte Mittel
 - Die Belastung des Patienten durch die Behandlung nicht außer Verhältnis zum erwartbaren Nutzen für den Patienten steht

Stationäre Versorgung: Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

- Der Arzt sich um die freiwillige Zustimmung des Betroffenen zur Behandlung bemüht hat
- Der Arzt die Zwangsbehandlung ankündigt, anordnet, überwacht und dokumentiert
- Überprüfung der Maßnahme vorher unabhängig von der Unterbringungseinrichtung
- Richtervorbehalt (Verfahrensregelungen ähnlich denen des FamFG für das Betreuungsrecht)

Stationäre Versorgung: Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

- Zunächst Aufschub, aber Gefahr ist nicht gebannt
- Verschlechterung der Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen mit lang andauerndem Behandlungsbedarf
- Begünstigung kürzerer Verweildauern
- In Zusammenhang mit der Rechtsprechung des BVerfG problematisch
- Angehörige müssen mit unzureichend behandelten Betroffenen auskommen (Problem: Gewalt gegen Angehörige)

Neues Entgeltsystem (PEPP)

- PEPP konterkariert sektorenübergreifende Ansätze (bettenzentriert)
- Reduzierung des Personals durch Unterfinanzierung – weniger als nach PsychPV
- Kosten- statt Qualitätswettbewerb wegen Fallpauschalen („Durchschnittsvergütung“)
- Besonderheiten der Psychiatrie nicht berücksichtigt (erhöhter Aufwand wegen individueller Behandlung bezogen auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge; Behandlung ist komplex und tagesformabhängig; sprechende Medizin)
- Pflichtversorgung und deshalb vorzuhaltende Strukturen werden nicht berücksichtigt; nicht pflichtversorgende Kliniken werden Patienten mit wenig Behandlungsaufwand bevorzugen und sind im Vorteil; schwer psychisch Kranke werden in die Pflichtversorgung „abgeschoben“.

Neues Entgeltsystem (PEPP)

- Folgen:
- Konzentrationsprozesse („Bettenburgen“);
- Drehtürpsychiatrie;
- Schwerkranke mit häufigen Aufnahmen
lohnen sich nicht und werden in
(geschlossene) Wohnheime verlegt
(Problematik s.o.)

Neues Entgeltsystem (PEPP)

- Angleichung von Versorgungsgebieten der Kliniken und der SpD-Zuständigkeits-bereiche bzw. aller ambulanten Angebote – auch im Suchtbereich
- Verstärkung des Versorgungssystems in Gebieten mit erhöhten Risikofaktoren wie hoher Arbeitslosigkeit oder vielen Menschen mit Migrationshintergrund
- Ambulanzen für Migranten vor Ort in bestimmten Stadtteilen
- Krisenbetten in Tagesklinik; Notbetten (s. Solingen)
- Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung
- Integrierte Versorgung: Gut gedacht und schlecht gemacht? (Einschreibekriterien: Erkrankung, Krankenkasse; Versorgung nur durch Vertragspartner, keine freie Wahl der Behandler, private Verträge ohne Einflussmöglichkeit für Patienten und Angehörige)

Internet-Beratung; Internet-Programme der Klinik

Stationäre Versorgung

- Psychiatrien als Baustein ambulanter Versorgung: Psychiatrische Institutsambulanzen, Tageskliniken, Werkstätten der Kliniken, aufsuchende multiprofessionelle Teams etc.
- Vorteil wäre flächendeckende Versorgung rund um die Uhr, Patient hätte ein Behandlungsteam in allen Lebensbereichen (kein Verlust von Informationen, keine Unterbrechung der Behandlung oder deren Abbruch, Angehörige - und Behörden - hätten festen Ansprechpartner)
- Politisch gewollt? Lobbyinteressen? Vergütung?
- Konkurrenz durch Managementgesellschaften wie die GpG NRW (Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW gemeinnützige GmbH)-Verträge mit Kliniken?

Stationäre Versorgung

- Klinikverbünde vorteilhaft:
 - setzen höhere Standards
 - + ermöglichen mehr Austausch untereinander
 - + sind wirtschaftlicher

Stationäre Versorgung

- Einstellung der Leitungsebene zu Selbstbestimmung und Autonomie der Patienten:
- Klima von Offenheit und Akzeptanz
- Umgang auf Augenhöhe; Einbeziehung der Patienten, Aufklärung, Eigenverantwortung
- Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen
- Vertrauen, Zutrauen

versus

Misstrauen und Kontrolle

am Beispiel: Handy, Internet, Schlüssel für den Schrank im Zimmer

Stationäre Versorgung

- Personelle Ausstattung: genug Ausgang
- Architektur (geschlossener Garten, genug sanitäre Einrichtungen, hell und freundlich; Trennung von gemeinschaftlichem und ruhigen privatem Bereich, KEINE FLURBETTEN, genug Sanitäranlagen, keine Zimmertüren mit Fenstern und Vorhang außen, keine vergitterten Fenster); Mobiliar
- Gemeindenahe Ausrichtung der Klinik
- Förderung der Selbsthilfe
- Peer-Beratung für Angehörige und Betroffene

Stationäre Versorgung – Art der Behandlung

- Im Ausland ausgebildete Ärzte/Ärztinnen und Pflegende:
 - Ausreichend gute Deutschkenntnisse
 - Verhältnis der Geschlechter (Respekt gegenüber Frauen: als Patientinnen und als Mitarbeiterinnen)
 - Ausreichend gutes Verständnis des kulturellen Hintergrundes deutscher Patienten (Biographiearbeit)

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

- Patienten/Patientinnen mit Migrationshintergrund:
 - Dolmetscher aus Mitarbeiterkreis oder notfalls von außen hinzuziehen
 - Verhältnis der Geschlechter (insbesondere Respekt gegenüber religiösen Vorbehalten)
 - Ausreichend gutes Verständnis des kulturellen Hintergrundes dieser Patienten (Kulturmittler)

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

Schutz vor Übergriffen von Mitpatienten:

- Bei gemischt geschlechtlichen Stationen: insbesondere in der Nacht
- Schutz vor Diebstahl durch abschließbare Schränke
- Aktiv angebotene Unterstützung der Opfer bei Erstattung einer Strafanzeige

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

- keine vorbereiteten Fixierbetten auf dem Flur
- keine offene Aufbewahrung von Fixiergurten im Patientenzimmer
- KEINE FIXIERUNG AUF DEM FLUR
- Entsprechende Schulung im Ausland ausgebildeter Ärzte/Ärztinnen

Stationäre Versorgung - Zwang und Gewalt in der Psychiatrie: Fixierungen

Gefahr erkannt-

und vielleicht gebannt

- Schutz und Hilfeprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern sowie Unterstützung psychisch kranker Eltern flächendeckend
- „Deeskalationstrainings“ für Angehörige und Angebote für Angehörige zur Verarbeitung von erlebter Gewalt durch Betroffene: Vorträge, Seminare, angeleitete Aussprachen mit den Patienten
- Arbeits- und Lebensbedingungen: Hilfe zur und Ermöglichung von lang andauernder Pflege auch bei chronisch psychisch kranken Angehörigen
- Suizidprävention
- Usw. usw. usw.

Prävention?

Gefahr erkannt

- nicht gebannt

- Die psychiatrische Versorgung hat sich vor allem mit Blick auf die Psychiatrie-Enquete auf lange Sicht deutlich verbessert.
- Im ambulanten Bereich ist das Bild dreigeteilt: Entweder ist eine Versorgung nicht vorhanden oder wegen klammer kommunaler Haushalte und wegen eines Mangel an Psychiatern in Gefahr – oder wird verbessert (Vereinheitlichung durch Managementgesellschaft).
- Die klinische Versorgung ist vor allem durch das neue Entgeltsystem in Verbindung mit kürzeren Verweildauern und der Rechtsprechung zu Zwang und Gewalt gefährdet.
- Prävention wäre gut, ist aber oft nicht im Fokus der Versorgung.
- Allgemein ist zu beklagen, dass gerade die schwer psychisch Kranken, die alten psychisch Kranken, die Kranken ohne Angehörige, die obdachlosen psychisch Kranken – also alle, die sich nicht wehren können - im Hilfesystem benachteiligt werden.
- Wer bedarf aber wirklich unserer Hilfe?
- Müssen wir aber nicht dahin gehen, wo es weh tut, müssen wir nicht „mit den Schwächsten beginnen“? (Dörner)

Fazit

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**