

Niedersächsisches Ministerium
Für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Referat 406 – Psychiatrie
Herrn Dr. H. Kersting
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

Lüneburg, den 23.03.2016

Stellungnahme der DGSP-N zum Entwurf des Landespsychiatrieplan Niedersachsen

Ihr Zeichen: 406.14 – 41580/20.8

Sehr geehrter Herr Dr.Kersting,

zum Entwurf des Landespsychiatrieplan Niedersachsen (Zusammenfassung und Bericht mit Stand vom 20.01.2016) nimmt die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie - Landesverband Niedersachsen, DGSP-N e.V., wie folgt Stellung:

Die Psychiatriereform in Deutschland wurde seit der Enquete 1975 entscheidend durch die kritische Begleitung der DGSP und ihrer Mitglieder geprägt. Auch die Stellungnahme der Expertenkommission in Niedersachsen von 1993 stützte sich in wesentlichen Teilen auf die von der DGSP-N vermittelte Expertise. Der jetzige Verzicht der Fachkommission auf Einbeziehung der DGSP-N in den Kreis der „Systempartner“ ist nicht ohne Auswirkungen auf die Inhalte des Landespsychiatrieplans (LPP) geblieben.

Umso mehr freuen wir uns über die eingeräumte Gelegenheit zu einer Stellungnahme, der wir hiermit nachkommen:

Aus Sicht der DGSP-N lässt sich der Entwurf des LPP durch zwei wesentliche Züge charakterisieren:

1. Der Versuch, die gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Landschaft i. S. einer Bestandsaufnahme und entsprechender Empfehlungen abzubilden, ist anzuerkennen. Die Berücksichtigung sämtlicher Lebensalter, des Maßregelvollzugs, aber auch übergeordnete Aspekte von Partizipation und Steuerung spiegelt das redliche Bemühen, der wachsenden Komplexität der Versorgung psychisch Kranker gerecht zu werden. Dies lässt einerseits die erfolgreichen Ansätze sozialpsychiatrischer Entwicklung erkennen, an denen die DGSP-N nicht unbeteiligt war. Hierzu rechnen wir u. a. die Aussagen zu Krisendiensten, zur Ex-In-Unterstützung oder zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen. Andererseits ergibt sich aus der Flut unkonkreter Beschreibungen und allgemeiner Empfehlungen ein an Beliebigkeit grenzendes Sammelsurium

unterschiedlicher Ansätze, die von dem Anspruch geprägt scheinen, es allen recht zu machen. Damit wird insbesondere eine eindeutige Positionierung in Interessen geleiteten Konflikten vermieden (z. B. Psychosomatik und Klinikprivatisierung).

2. Schlimmer noch als die Wiederholung harmonisierender Leerformeln (z. B. „Das Versorgungssystem fühlt sich verantwortlich für die Erreichung der hilfebedürftigen Menschen, auch und insbesondere der schwer Beeinträchtigten“ (S. 56)) erscheint uns der Mangel an der Beschreibung konkreter Defizite, ja teilweise skandalöser Zustände, angefangen bei den oft traumatisierenden Umständen psychiatrischer Akutbehandlung in den Versorgungskliniken mit geschlossenen Aufnahmestationen mit in der Regel mehr als 20 Betten bis hin zu unkontrollierten Verlegungen chronisch kranker Bürger in weit vom Wohnort entfernte, geschlossene Heime in privater Trägerschaft.

Ein Landespsychiatrieplan mit dem Anspruch, eine Perspektive von 5 bis 10 Jahren zu beschreiben, sollte konkrete Standards als Forderung formulieren, die als Maßnahmen mit Auswirkungen auf die Lebenswirklichkeit überprüfbare Leistungen umfassen. Dabei sind durchaus auch Modelle i. S. der Erprobung unterschiedlicher Vorgehensweisen vor dem Hintergrund regionaler Gegebenheiten sinnvoll.

Zweifelhaft erscheint es allerdings, wenn, wie beim Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ), Modellversuche empfohlen werden, die vor dem Hintergrund umfassender bundesweiter Erfahrungen keinen Erkenntnisgewinn erwarten lassen und von daher eher einen Alibicharakter bekommen. Wo notwendige Reformschritte nach Kassenlage geplant werden, laufen – trotz rhetorischer Beteuerungen – die chronisch und Schwerkranken stets Gefahr, in der Konkurrenz um Ressourcen zu unterliegen.

Umso dringlicher mahnen wir hier beispielhaft entsprechende regionalgestützte Modellversuche bei der Komplexbehandlung und Betreuung von Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen zur Vermeidung längerfristiger geschlossener Heimunterbringung an.

Inklusion statt Aussonderung

Trotz der unmissverständlichen Inklusionsforderung der UN-Behindertenrechtskonvention und den beschriebenen Fortschritten in der Versorgung weniger schwer beeinträchtigter Menschen wird nach unserem Eindruck in Niedersachsen ein größerer Anteil psychisch schwer beeinträchtigter Menschen in zunehmendem Maße in geschlossenen psychiatrischen Wohnheimen separiert und exkludiert. Nach Auffassung der DGSP-N werden sich die Gesellschaft und ihre psychosozialen Versorgungssysteme hinsichtlich des Ziels der Inklusion aber vor allem daran messen lassen müssen, inwieweit es ihnen gelingt, seelisch besonders schwer beeinträchtigte Menschen in die gesellschaftliche Teilhabe einzubeziehen. An dieser Stelle scheint die Entwicklung von Konzepten und Modellprojekten vordringlich, um der problematischen Praxis bessere Alternativen entgegensetzen zu können.

Bei dem hier vorgestellten Ansatz stehen Menschen mit einer chronischen und/oder eher schwereren psychotischen Erkrankung im Vordergrund. Diese Personen befinden sich über mehrere Monate in geschlossener stationärer psychiatrischer Behandlung und haben oft ihren bisherigen Wohnraum verloren. Es besteht in der Regel außerhalb des Krankenhauses kein tragendes soziales Umfeld. Dieser Personenkreis ist zudem auch dadurch gekennzeichnet, dass er einen größeren persönlichen Schutz-

raum benötigt, in Gruppensituationen nicht gut zurechtkommt und aufgrund seiner hohen Vulnerabilität besonders empfindsam reagiert.

In der beschriebenen Behandlungssituation mit fehlendem Wohnraum und mangelnden Außenkontakten wird letztlich die geschlossene Station zum vertrauten Lebensumfeld, mit dem man sich arrangiert, auch wenn der Aufenthalt nicht aus freien Stücken erfolgt. So können durch Bestrebungen des Krankenhauses, eine Entlassung zu planen oder eine Entlassungsperspektive zu entwickeln, Ängste und Irritationen entstehen, die aufgrund der hohen Vulnerabilität zu einer Zunahme psychopathologischer Auffälligkeiten führen. Dieses wiederum könnte den Eindruck verstärken, dass die betroffene Person weiterhin auf einen stärker strukturierten, u. U. geschlossenen Lebensbereich angewiesen wäre.

Betreuung

Aus diesen Überlegungen heraus ergeben sich zwei wichtige Folgerungen für den Umgang mit Menschen, die sich in einer derartigen Situation befinden:

a) der Impuls zur Perspektiventwicklung und Entlassungsplanung sollte von außen, von außerhalb des Krankenhauses, an die Person herangetragen werden und zwar von Personen, die verdeutlichen, dass sie längerfristig und verlässlich auch für die Zeit nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes als Betreuer und Begleiter zur Verfügung stehen

b) vermutlich auch aufgrund ihres Bedürfnisses nach einem größerem persönlichen Schutzraum und den nicht ausreichenden Kompetenzen für Gruppensituationen wird eine Heimaufnahme (unabhängig davon, ob offenes oder geschlossenes Heim) von diesem Personenkreis oft nicht gewünscht. Von daher erscheint auch eine offen geführte Einrichtung mit Intensivbetreuungsmöglichkeiten fachlich dieser Personengruppe nicht gerecht zu werden.

Erforderlich ist eine mit einem Kostenträger vereinbarte, zeitlich flexible, ambulante Einzelfallhilfe, welche bereits im Krankenhaus beginnt.

Grundsätze für diese Hilfeart sollten sein:

a) Betreuung in Tandems, um bei Ausfall einer Betreuungsperson weiterhin Kontinuität zu gewährleisten und

b) Betreuung auch an den Wochenenden in einem maximalen Umfang von mindestens zweimal einer Stunde täglich, sieben Tage die Woche.

Wohnen

Weder der Einzug in eine Form der stationären Eingliederungshilfe noch der Bezug einer Mietwohnung in einem Mehrfamilienmietshaus erscheint der beschriebenen Lebenssituation angemessen. Es wird daher angeregt, neue Modelle von Wohnräumen zu entwerfen. Vorgeschlagen wird eine Wohnform in ebenerdigen 1-Zimmerapartment mit Kochnische und separater Nasszelle (WC, Bad) sowie einem Vorflur. Von diesen Wohneinheiten könnten zwei bis vier als Minidoppelhaus oder -reihenhausanlage zusammengefügt werden. Diese Wohnungen sollten in der Nähe von üblichen Wohnanlagen liegen, nicht allzu weit entfernt von Versorgungsmöglichkeiten (Supermarkt, Anbindung an öffentlichen Personennahverkehr).

Der Bedarf wird auf 2 Wohneinheiten/100.000 Einwohner geschätzt.

Medizinische Behandlung

Da jeder Arztwechsel eine Hürde darstellt und es schambehaftet sein kann, sich einer fremden Person gegenüber als psychisch belastet zu offenbaren, sollte die Fortführung der medizinischen Behandlung unbedingt durch die zuvor behandelnden Ärzte der geschlossenen Station in Form von Hausbesuchen angeboten werden.

Ziel der medizinischen Behandlung ist die Herstellung und der Erhalt von Beziehungsfähigkeit. Die Reduktion oder Beseitigung von Krankheitssymptomen sind darüber hinaus nicht das Ziel der Behandlung, sofern die betroffene Person nicht etwas anderes wünscht. Hierdurch soll erreicht werden, dass sie durch die Behandlung nicht etwas verliert (Krankheitssymptome, deren Bedeutung uns weiterhin überwiegend unklar ist), sondern stattdessen etwas gewinnt (Beziehung, Beziehungsfähigkeit).

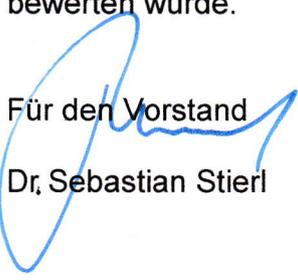
Die Skizzierung dieser zentralen Problematik der Schwerkrankenversorgung verstehen wir als Anregung zu einem auf 5 Jahre befristeten Modellprojekt, in dem eine speziell berufene Arbeitsgruppe ein Praxiskonzept erstellt und im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung umsetzt. Die DGSP-N erklärt sich ausdrücklich bereit, ein solches Projekt nachdrücklich zu unterstützen.

Regionalbudget als Finanzierungsgrundlage

Aus dem Dargelegten ergibt sich, dass die erforderliche Betreuung nur im Rahmen einer engen, bereichsübergreifenden (SGB V, SGB XII) Kooperation möglich und zu gewährleisten ist. Dabei geht die DGSP-N davon aus, dass das strukturell einer Zusammenarbeit entgegenwirkende Finanzierungssystem der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher für derartige Komplexleistungen ungeeignet ist. Die mittlerweile mehr als zehnjährige Erfahrung in Schleswig-Holstein lässt das sogenannte Regionalbudget als pauschale, bedarfsbezogene Finanzierung geeignet erscheinen. Insofern plädiert die DGSP-N nachdrücklich für die Einführung des Regionalbudgets, ersatzweise die Etablierung von zwei bis drei Modellregionen zur Bestätigung der Praxistauglichkeit.

Die DGSP-N begrüßt die vielfach positiven Ansätze des LPP Niedersachsen und wird sich weiterhin an der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung konstruktiv beteiligen. Wir würden uns freuen, wenn die Landesregierung auch kritische Beiträge positiv bewerten würde.

Für den Vorstand


Dr. Sebastian Stierl