

Stellungnahme zur aktuellen Wallraff-Reportage

Die Videos des Wallraff-Teams sprechen für sich. Unzulängliche Strukturen und inhumane Zustände sind offensichtlich. Wie wir vom BApK (Bundesverband der Angehörigen) hören, **sind solche desaströsen Mangel- und Überlastungs-Zustände bundesweit und nicht nur in ausgesuchten hessischen Kliniken vorzufinden**. Der Mangel hat offensichtlich System, ist aber nicht den Kliniken zuzuschreiben, wie wir nachfolgend informieren.

Immer wieder bestätigen uns Angehörige bei Gruppentreffen eben diese in der Reportage gezeigten Zustände (nicht nur in F-Höchst), denen sie mit ihren betroffenen Angehörigen sich „hilflos ausgeliefert“ und nicht in Therapie-Ziele eingebunden fühlen. Missstände und Defizite müssen auf den Tisch, Klagen aus Klinik-Bewertungen und persönlichen Berichten muss nachgegangen und sehr ernst genommen werden. Zitat einer Angehörigen aus dem Artikel der FNP: "...nichts könne das Verhalten der Ärzte rechtfertigen, nicht der Kostendruck, nicht die andauernde Überbelegung ..."

Eine öffentliche Diskussion ist angestoßen. **Gäbe es aufsuchende Krisendienste und ambulante Behandlung inkl. Psychotherapie, dann gäbe es weniger vernachlässigte und verwahrloste Akut-Patienten, wie sie in den Videos zu sehen sind**. Was heute immer noch an frühzeitiger ambulanter Hilfe und Prophylaxe fehlt, kann klinische Behandlung für die betroffenen Patienten nur mühsam ausgleichen.

Positivbeispiele von Kliniken in Deutschland (z.B. Herne u.a.) zeigen doch, dass mit gleicher finanzieller Ausstattung doch Einiges besser gemacht werden kann. Es ist auch der „Geist“, die Haltung dank guter Ausbildung, Motivation und Führung, damit den Patienten und Angehörigen bedarfsgerecht begegnet werden kann.

Die in dem Film gezeigten Missstände sind unserer Meinung nach Auswirkungen struktureller Mängel und Überlastungen. Die Folge davon: Überforderung und Stress-Reaktionen der Mitarbeitenden:

- Klinische **Akut-Stationen** sind oft zu groß: zu viele Kranke sind auf engen Raum untergebracht. Expansiv-aggressive Akut-Patienten brauchen eine hohe therapeutische Betreuungs-Dichte.
- Die **Personalverordnung (PV) von 1992 ist völlig überholt** und nicht an die Neuentwicklungen im Psychotherapiebereich angepasst, wie sie auf Akutstationen wichtig sind. So sollten z.B. gemäß den S3-Leitlinien Patienten mit schizophrenen Störungen kognitive Verhaltenstherapie in allen Erkrankungsphasen angeboten werden. Dies ist in den gemäß der PV vorgesehenen Zeiten pro Patient (257 Minuten pro Woche für einen Arzt inklusive Visiten, Oberarztvisiten, Konferenzen, Schriftverkehr, Telefonaten, Angehörigengesprächen) gar nicht realisierbar, insbesondere, da wirksame Psychotherapie auch Vorbereitung und Nachbereitung benötigt.
- Zu **geringes Zeit-Budget für psychologischen Behandlung**: 12 Minuten sind pro Woche pro Patient für einen Psychologen vorgesehen, dies kann Psychotherapie nicht einschließen.
- Wie im Bericht erwähnt, stehen häufig besonders in privatwirtschaftlichen Einrichtungen die ökonomischen Interessen vor den humanitären Verpflichtungen. Psychiatrische Abteilungen an großen Kliniken müssen oft auf Kosten einer fachgerechten Versorgung "profitabel" arbeiten, um defizitäre somatische klinische Abteilungen quer zu finanzieren.
- Viele **Kliniken haben Benchmarks für eine Bettenauslastung mit den Klinik-Betreibern vereinbart, die auch für eine Überfüllung der Stationen sorgen** und Anreize schaffen, dass Patienten lange stationär bleiben, die eigentlich entlassen werden können.
- Psychiatrische Patienten haben während akuter Krisen keine Wahl-Möglichkeit. **Die Vorschrift der Pflicht-Versorgung stellt in letzter Konsequenz ein Monopol dar. Monopol-Einrichtungen werden ihrer Aufgabe aber nicht gerecht, wenn sie wegen Mangel-Ausstattung die Mindest-Standards nicht erfüllen (können). Dazu müssen sie aber von den Kostenträgern in die Lage versetzt werden** (s. aktuelle ARGE-Stellungnahme und Wünsche-Papier aus 2018).

- Psychiatrische Kliniken als flächendeckend einziges therapeutisches Tool zur Versorgung psychisch kranker Personen verengt die mögliche therapeutische Vielfalt zu Lasten der Patienten ein. **Wir fordern zusätzliche aufsuchende Krisendienste, leicht erreichbare Krisen-Pensionen und mobile Behandlungsteams (StäB), bzw. „Integrierte Versorgung“ mit integrierter psychotherapeutischer Versorgung, die von Patienten meist gerne angenommen wird.**

Offene Türen in der Akut-Station: Pflegedienstmitarbeiter sollten wegen offener Türen in geschützten (geschlossenen) Stationen keinen Gehaltsverzicht leisten müssen. Sie müssen dann nämlich auf einen Teil ihres Gehaltes, den Sicherheitszuschlag verzichten. Daher ist es öfters schwer durchzusetzen. **Positive Beispiele sind: Offene Stationen wie in Herne, FRITZ in Berlin, eine Station für Ersterkrankte, die erfolgreich arbeitet!**

Der Wallraff-Bericht erwähnt, dass in anderen europäischen Ländern weniger Klinikbetten erforderlich sind, da es dort häufig flächendeckende ambulante und individuelle Betreuung zu Hause gibt.

Die Angehörigenverbände fordern seit langem eine humane und moderne Psychiatrie:

- **Aufsuchende Krisendienste und Behandlung, sog. Home-Treatment, unter Einbeziehung der Familien, bzw. der sozialen Netzwerke, entsprechend den aktuellen S3-Leitlinien (wir verweisen hier auf einen kürzlich in der ZEIT erschienenen Artikel und auf das von Dr. Volkmar Aderhold vertretene Konzept der Netzwerkgespräche und des Offenen Dialog)**
- Unser hessisches PsychKHG aus 2017 enthält wertvolle Impulse, die aber durch Kann-, statt Soll-Vorschriften aufgeweicht sind und dadurch zu wenig Wirkung zeigen können.
- Handlungsbevollmächtigte und aktive Besuchs-Kommissionen werden gebraucht. **So lange die Kommission aber aus Ehrenamtlichen (die es nicht gibt) statt Professionellen besteht und sie lediglich ans Ministerium berichten darf, gleicht sie nur einem Papiertiger. Die negativen Folgen baden im aktuellen Fall Patienten und Behandler aus.**
- Zwangsmaßnahmen müssen die absolute Ausnahme darstellen, Nachgespräche müssen verpflichtend stattfinden. Patienten suchen in Krisen Schutz und Geborgenheit.

Fazit: Wir haben ein psycho-soziales Netz mit viel zu weiten Maschen (Klaus Joisten, FWG, 2018). **Unser Land braucht sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung (ambulant und stationär in Kooperation), so dass den sehr verschiedenen Einzelfällen die erforderlichen Therapien gewährt werden können. Ambulante Nachsorge nach klinischer Therapie muss zur Vermeidung des Drehtür-Effektes verpflichtend stattfinden.**

Die Ökonomisierung der Medizin darf nicht zu psycho-sozialen Vernachlässigung schwer kranker Menschen führen. Krankenkassen sperren sich noch zu oft gegen die Finanzierung flächendeckender ambulanter Versorgung (StäB). Hier haben offenbar Budgetisten das Sagen: **Rücklagen werden auf Kosten der Versorgung notleidender Bevölkerungs-Teile gebildet, die keine Lobby besitzen.**

Eine Liste mit Forderungen der Angehörigen kann auf der Website des Landesverbands der Angehörigen Hessen eingesehen werden www.angehoerige-hessen.de

Auf der anderen Seite kann für effektive Hilfe die gesellschaftlich **zu hoch gehandelte Patienten-Autonomie** im Wege stehen. Es ist herzerreißend, wenn Angehörige und Behandler nicht eingreifen dürfen, weil Patienten **während Krankheitsphasen ihre Existenz schädigen oder vernichten** und krankheitsbedingt angebotene Hilfen ablehnen, was wir als **unterlassene Hilfeleistung** zur Existenz-Sicherung ansehen.

Auch Richter müssen besser ausgebildet werden: Viele Richter schätzen die Patientenautonomie (Recht auf Krankheit) zu hoch ein, was dazu führt, dass Patienten zu lange unbehandelt bleiben, obwohl sie möglicherweise in nichtkranken Momenten eine Behandlung befürworten würden (in diesen Momenten wurden sie nicht gefragt).

Daher appellieren wir an Entscheidungsträger auf allen Ebenen:

- Bitte schicken Sie unabhängige Untersuchungskommissionen in Kliniken,
- sorgen Sie dafür, dass psychisch erkrankte Menschen in unserem Land eine menschenwürdige Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und gültigen S3-Leitlinien erhalten,
- **nehmen Sie Ihre Fürsorge-Pflicht gegenüber schwer kranken Menschen wahr.**

Für den Vorstand: gez. Manfred Desch, Vorsitzender (desch@angehoerige-hessen.de)