

INTERVIEW

„Die Reduktion auf das reine Schlucken von Medikamenten ist einfach unmenschlich“

Trotz der in SGB V und SGB XI verankerten Gleichstellung somatisch und psychisch kranker Menschen können ambulante Dienste Letztere nur nach Leistungsmodulen versorgen, die für körperlich Erkrankte sinnvoll sind. Doch Leistungen, die den Anforderungen psychisch Erkrankter entsprechen, sind im Rahmen der Regelversorgung nicht abrechnungsfähig.

Als untragbar bezeichnet Michael Theune, Pflegedienstleiter der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) des Zentrums für Psychiatrie Weinsberg (Baden-Württemberg), dass in SGB V, §132a, ein bereits von den Kassenverbänden und der Bundesärztervereinigung akzeptierter Leistungskatalog für ambulante psychiatrische Pflege vorliegt, dieser bisher aber nicht verabschiedet wurde. Seit Jahren ruht das Paket in der Schublade, denn niemand kümmert sich darum. Die Folge: je nach Bundesland und Region wird die ambulante Versorgung psychisch Erkrankter weiterhin unterschiedlich gehandhabt - und unterschiedlich finanziert. Die Forderung der sich in Deutschland im Bereich ambulanter psychiatrischer Pflege zunehmend organisierenden Dienste, Einrichtungen und Verbände: umgehende Verabschiedung der Rahmenempfehlung §132a SGB V, um unter bundeseinheitlichen Bedingungen endlich angemessene Hilfe leisten zu können. Über die Bedeutung ambulanter psychiatrischer Versorgung in Deutschland sprach Bettina Recktor mit Michael Theune, Vorsitzender der 2003 in Berlin gegründeten Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) e.V.

Recktor: Was war für Ihre Klinik der ursprüngliche Grund, ambulante psychiatrische Pflege einzuführen?

Theune: Für das Zentrum für Psychiatrie Weinsberg war es sicherlich ein Motiv, diese Drehtürpsychiatrie zu durchbrechen. Wir hatten im stationären Bereich festgestellt, dass viele Patienten, obwohl sie vorher wochen- und monatelang therapiert worden waren, immer wieder zur Behandlung kamen. Und es war eigentlich nicht so richtig klar, warum das passiert. Als wir dann nachgeforscht haben, war das Ergebnis: nach Therapie und Entlassung aus der Klinik gingen die Leute wieder nach Hause, aber draußen, in ihrem Lebensumfeld, hatte sich keine Veränderung vollzogen. Das heißt, die Faktoren, die die Krankheit mit ausgelöst hatten, gab es immer noch. Die

Fähigkeiten der Patienten waren in dem konkreten Bereich, wo sie es gebraucht hätten, nicht stärker geworden, was dann dazu führte, dass sie wieder krank wurden.

Viele psychiatrisch erkrankte Menschen sind ja nicht mehr in Arbeitsbeschäftigung, sie leben in ihrer Wohnung oder in Wohngemeinschaften, in der Regel aber eher allein, isoliert und haben unter anderem das große Problem, wie sie den Tag bewältigt kriegen. Das lernen sie in ihrer häuslichen Umgebung nämlich nicht. Sie haben dann Zeit, über ihre Sorgen und Probleme nachzudenken, über das, was in ihrem Leben passiert ist. Im stationären Rahmen kommen sie dagegen in eine Situation, in der ihnen Tagesstruktur „gemacht“ wird, wo es einen klaren Ablauf gibt, wo Gespräche mit dem Psychologen oder Arzt stattfinden und eine feste Tagesordnung besteht. Meine Erfahrung aber ist, dass die Themen, die im stationären Rahmen bearbeitet werden, oft sehr weit von der Bedürfnisrealität der Patienten entfernt sind. Was sie eben auch wirklich lernen müssten, um zu Hause klar zu kommen, ist die Gestaltung des Alltags, ist Selbstmotivation, ist das Herstellen sozialer Kontakte oder Problemlösungsstrategien.

Recktor: Gängige Vorstellung ist ja, dass während eines Klinikaufenthalts an den ursächlichen Problemen eines Menschen gearbeitet wird und er in der „normalen“ Alltagsrealität dann anstehende Schwierigkeiten anders lösen kann.

Theune: Im Einzelfall ist das sicherlich so, aber ein Bemühen im Sinne des Patienten würde Zeit erfordern, Zuwendung, Beziehungsarbeit, Vertrauensarbeit, was der normale Stationsalltag überhaupt nicht zulässt. Akutpsychiatrische Stationen sind meist chronisch überbelegt, das heißt, es ist kaum Raum da, um tatsächlich auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, geschweige denn zu gucken, was das ursächliche Problem der Erkrankung ist. Ursächlich für die Klinik ist das Symptombild, das der Patient gezeigt hat, um stationär behandelt werden zu müssen. Und an diesen Symptomen wird auch gearbeitet. Das sieht dann so aus, dass eine passende Medikation gesucht wird, um die Symptome zu reduzieren, dass im stationären Rahmen ein soziales Regelwerk trainiert wird. Die größte Anpassungsleistung des Patienten ist das Anpassen an das Regelwerk der Station, mal ganz böse ausgedrückt. Und daran wird auch gemessen, ob er wieder gesund ist oder nicht.

Weil wir die Situation aus dem stationären Rahmen kannten, hatten wir anfangs den Idealanspruch, in der ambulanten psychiatrischen Pflege wirklich konkrete Hilfestellungen zu geben, also den Leuten nahe zu bringen, wie sie ihren Alltag strukturieren, wie sie mit Konflikten in der Nachbarschaft, im sozialen Umfeld, in der Familie umgehen können. Dass sie lernen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen, sie als für sich hilfreich zu akzeptieren, und Situationen zu erzeugen, die wieder befriedigend sind, die Selbstwertgefühle aufbauen; und dass in der Begleitung Erfolgserlebnisse entstehen, dass sie wieder lernen, die Wohnung zu verlassen. Wir haben viele Patienten kennen gelernt, die seit Jahren nicht mehr aus ihrer Wohnung herausgekommen waren, wo große Isolation

und Ängste bestanden, auch großer Verlust an Selbstbestimmung oder Selbstvertrauen, so etwas zu machen.

Recktor: Wie hoch schätzen Sie die Zahl der Menschen, die ambulante psychiatrische Pflege in Anspruch nehmen müssten, um besser leben zu können?

Theune: Ich denke, dass bei 80 Prozent derer, die aus der Klinik entlassen werden, kurz- bis mittelfristig eine adäquate Form von ambulanter Nachsorge als Wiedereinstieg in den Alltag hilfreich und sinnvoll wäre. Und wenn Sie sich die psychiatrischen Kliniken in Deutschland anschauen - zum Teil Dreihundert-, Vierhundert-Bettenhäuser -, ist das schon eine hohe Zahl. In unserer Gesellschaft erleiden circa ein Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens Schizophrenien. Dazu kämen noch die Leute, die Lebenskrisen haben, die sie nicht bewältigen können, und in irgendeiner Form Symptome zeigen, die der Psychiatrie zugeordnet werden. Ein häufiges Thema sind die Depressionen, also Menschen, die so niedergeschlagen sind, dass sie ihren Alltag nicht mehr selbst entscheiden und gestalten können. Und die landen dann eben, als eines der Lösungsmodelle, in der Psychiatrie.

Recktor: Können Sie inzwischen schon Vergleiche ziehen, zum Beispiel was die Anzahl der Tagesaufenthalte betrifft, die jemand in der Klinik verbracht hat, bevor die Ambulante Psychiatrische Pflege ihre Arbeit aufgenommen hat?

Theune: Es gibt den APP jetzt fünf Jahre, und irgendwann habe ich mal geschaut, wie sich die Betreuung unserer Patienten in der Zeit entwickelt hat. Ich habe mir also von Patienten, die durch uns ambulant versorgt werden und auch schon hier in der Klinik waren, deren Einverständnis geholt und in den Archiven nachgeschaut, wie viele Tage ihres Lebens sie vor der Versorgung durch ambulante psychiatrische Pflege in der Klinik verbracht haben. Ich habe dabei Patienten genommen, die in der Regel seit mindestens einem, aber auch schon seit bis zu drei, vier Jahren durch den APP besucht wurden. Und die Ergebnisse waren wirklich überraschend. Das Dramatischste war sicherlich eine Patientin, die vor Einrichtung des APP sieben Klinikaufenthalte mit insgesamt über siebenhundert Tagen hatte. Seit wir sie ambulant betreuen, ist sie keinen einzigen Tag in der Klinik gewesen.

Natürlich kommt es auch zu Klinikaufhalten bei Leuten, die wir ambulant sehen. Das Entscheidende ist aber, dass ich viel früher erkennen kann, wenn eine Krise entsteht, die zu Hause nicht mehr zu bewältigen ist. Ich kann dann die Klinikbehandlung früher einleiten und die Patienten über die Zeit begleiten. Ich besuche sie, guck was los ist, informiere die Bezugspersonen über Dinge, die im Alltag bedeutsam sind und die ein klinischer Therapeut normalerweise überhaupt nicht mitkriegt. Dadurch dass ich immer Kontakt halte, ist auch für die Behandler klar: es gibt eine Versorgung nach der stationären Behandlung. Das heißt, die Therapie kann dann auch ganz anders ausgerichtet werden. Und wenn der Patient die Akutbehandlung nicht mehr braucht und sichergestellt ist, dass er ambulant weiterversorgt wird, verkürzen sich auch die Aufenthaltszeiten in der Klinik.

Recktor: Woran leiden die Menschen, die Sie betreuen? Was für Krankheitsbilder sind das?

Theune: Die formellen Krankheitsbilder sind schnell genannt. Woran sie kranken, ist schwieriger zu benennen. Die formellen Diagnosen sind chronische Schizophrenien, affektive Störungen, also Depressionen oder manische Intervalle; Krisen aufgrund eines Lebensereignisses, zum Beispiel einer Trennung, Verlust eines Menschen durch Tod, Verlust des Arbeitsplatzes, gescheiterte Ehen, kaputte Beziehungen, also dramatische Ereignisse, die wir aus unserem Leben auch kennen. Gepaart damit ist oft auch soziale Isolation. Die Leute ziehen sich zurück, weil sie ihr Leid eben nicht nach außen, sondern nach innen tragen, und da arbeitet es dann. Und wenn du dann zum Beispiel keinen Arbeitsplatz mehr hast und kein Auskommen, verlierst du langsam auch dein soziales Umfeld. Die Vereinsamung, die damit zusammenhängt, führt dazu, dass die Motivation und auch die Fähigkeit, sich selber aus dieser schwierigen Lage zu befreien, oft nicht mehr groß ist. Ohne Hilfe da raus zu kommen, ist enorm schwierig. Und bevor es einer merkt, sind viele Menschen da schon so tief reingerutscht, dass sich dann sogar die Frage stellt: Wofür soll ich mich eigentlich noch zusammenreißen und anstrengen?

Psychiatrisch relevante Symptome zeigen sich also im Nicht-mehr-Funktionieren im Sinne eines gesellschaftlich akzeptablen Verhaltens. Was jeder kennt, ist Alkoholismus, wenn sich die Leute in die Fußgängerzone stellen und zusaufen oder in Kneipen auffällig werden. Da nimmt es jeder wahr. Aber wenn ein Mensch nur noch niedergeschlagen ist, keinen Antrieb hat, fällt er nicht auf. Er macht keinen Krach, schmeißt nichts um, tritt kaum noch in der Öffentlichkeit auf, sondern hockt in seiner Bude und leidet im Stillen. Deswegen interessiert sich auch keiner dafür.

Wenn dagegen Psychotiker ihren Schub haben, ist das natürlich auffällig. Sie hören Stimmen, reden mit jemandem, der nicht da ist, die Wohnung vermüllt. Oder sie schreien oder laufen verwirrt und erregt durch die Gegend. Und das sind dann Sachen, wo die Umwelt reagiert, und oft auch Gründe, warum Leute aufgegriffen werden und in die Klinik kommen. Entscheidend für den Grad an Aufmerksamkeit ist also, welche Ausdrucksformen die Menschen finden. Wenn du pflegebedürftig bist, weil du einen Schlaganfall oder Diabetes hast, oder weil du herzkrank bist, hast du eine Krankheit, von der große Bevölkerungsgruppen betroffen sind. Und diese Leute sind durchaus in der Lage, ihre Interessen stark zu vertreten. Bei psychisch Kranken ist das ganz anders, weil sie im Rückzug leben und die Stigmatisierung einer psychischen Erkrankung jeden Tag erfahren. Und das ist nicht unbedingt ein Motiv, sich öffentlich für die eigenen Interessen einzusetzen. Im Grunde geht es immer auch darum, wie groß die Lobby der Betroffenen ist.

Recktor: Das heißt, wenn mehr Leute auffällig wären, wäre das öffentliche Interesse für sie auch größer?

Theune: Vermutlich, obwohl das öffentliche Interesse ist ja ein zweischneidiges Schwert. Öffentliches Interesse kann sein, dass ich mich für die Probleme anderer Menschen interessiere und auch helfen will. Oder ich will sie loswerden. Ich möchte das jetzt nicht verallgemeinern, aber ich glaube, dieses Verdrängenwollen, aus dem Bewusstseinbringen ist das stärkere Motiv. Denn viele Menschen sind heute in ihrem Alltag so sehr mit sich selbst beschäftigt, mit dem Aufrechterhalten ihres Status quo, mit der Bewältigung von Aufgaben, die sie sich selbst auferlegen oder auferlegt bekommen, dass Störungen von außen, vor allem wenn sie mit Gefühlen und Emotionen zu tun haben, sehr schnell Überforderung und Abwehrreaktionen auslösen.

Recktor: Ist es die Angst, mit Grenzsituationen konfrontiert zu werden?

Theune: Es ist auch die Angst, gewohntes Verhalten verlassen zu müssen. Probleme anderer werden schnell aus der eigenen Realität ausgeblendet, um sich ja nicht damit befassen zu müssen. Und was willst du als „normaler“ Mensch machen, wenn du mit Psychiatrie noch nie was zu tun hattest? Da steht einer vor dir in der Straßenbahn und spricht mit jemandem, der nicht da ist, schreit womöglich rum, sieht verwahrlost aus. Da ist dann Angst vor einem Verhalten da, das man sich nicht erklären kann, und Hilflosigkeit, weil man nicht weiß, wie man mit so einem Menschen umgehen soll. In einer anderen Qualität ist auch die Angst da, so etwas selbst erleben zu müssen.

Recktor: Weil die Leute spüren, dass auch sie unter Umständen gefährdet sind?

Theune: Weil wir unsere Belastungen jeden Tag selbst erleben. Das Bedürfnis ist manchmal ja auch groß, die Brocken einfach hinzuschmeißen und zu sagen: Ich steige jetzt komplett aus und mache gar nichts mehr. - Die Angst vor den Konsequenzen hält die Menschen dann aber meist davon ab und führt dazu, dass sie wieder und wieder funktionieren.

Psychische Erkrankung ist im Grunde eine Abwesenheit von Vernunft, eine Abwesenheit der Befähigung, durch Denken und Handeln eine Verbesserung der Situation zu erzeugen. Das schaffen wir in unserem Alltag ja oft noch. Wenn wir Glück haben, haben wir Freunde, die uns dann helfen. Wenn wir Glück haben, sind wir in der Lage, Situationen zu verstehen und die richtigen Entscheidungen zu treffen. Aber wenn der inhaltliche und formelle Denkablauf nicht mehr funktioniert und man die Konsequenzen des eigenen Tuns oder Nichttuns nicht mehr richtig abschätzen kann, trifft man aktiv oder passiv Entscheidungen, die auch furchtbare Konsequenzen haben können. Wir erleben ja oft selbst, wie dünn der Grad war, die richtige Entscheidung noch zum richtigen Zeitpunkt getroffen zu haben. Hätten wir das nicht gemacht, hätte es auch schief gehen können. Die Grenze ist eben nicht so klar.

Recktor: Ambulante psychiatrische Pflege wäre also wichtig für die Begleitung von Menschen, die Hilfe bei der Lösung von Problemen brauchen?

Theune: Ich will es gar nicht so hoch hängen. Lebenskrisen zu bewältigen, ist eine hoch schwierige und komplexe Aufgabe, das ist eine Sache von Psychologen, von Psychotherapeuten, die über die entsprechenden Instrumente und Techniken verfügen. Ambulante psychiatrische Pflege ist aus meiner Sicht nichts anderes als eine Alltagsbegleitung. Wir bringen das Wissen und die Erfahrung mit, und die Fähigkeit, zu beobachten und möglichst frühzeitig zu erkennen, in welche Richtung es gerade im Leben läuft, und im Gespräch dann auch Lösungsmöglichkeiten anzubieten. Es ist keine Therapie im eigentlichen Sinne, sondern freundschaftliche Begleitung.

Wenn es möglich ist, konkretisiere ich die Ängste; das heißt, ich frage beim Patienten nach, ob es in der letzten Zeit ein bestimmtes Ereignis gab oder ob die Angst eher unbestimmt ist. Und diese Sammlung an Beobachtungen melde ich dem Facharzt zurück, der den Patienten dann wieder einbestellt. Und wenn ich sehe, der Patient hat eine bestimmte Medikation, kann ich beobachten, ob sich die Symptome verbessern oder ob Nebenwirkungen auftreten. Dadurch dass wir sicherstellen, dass die Medikation genommen wird und weitestgehend auch richtig eingenommen wird, kann ein Facharzt sie für den Patienten auch wirkungsvoller anlegen. Und wenn etwas passiert, kann sich der Facharzt darauf verlassen, dass er es zeitnah und qualifiziert erfährt, was ihn auch absichert.

Über die Jahre hat sich mit den Fachärzten eine sehr vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt, sodass vieles auch über einen kurzen Dialog am Telefon geht. Der Facharzt bekommt eine Rückmeldung und trifft dann eine Entscheidung, die sich nicht selten auf unsere Vorschläge stützt, weil wir die Menschen ja jeden Tag, in verschiedenen Situationen sehen. Diese Möglichkeit hat der Facharzt nicht. Und wir stellen sicher, dass die Patienten regelmäßig zur Behandlung kommen, was für psychisch Kranke oftmals sehr schwierig ist. Viele kommen sehr oft, um Zuwendung zu kriegen. Die erhalten sie jetzt auch von uns, was wiederum die Praxen entlastet. Andere Patienten, die sich beim Arzt nie blicken lassen, vor allem wenn es ihnen schlecht geht, motivieren wir, zum Facharzt zu gehen. Das geht so weit, dass wir sie ins Auto packen, sie hinfahren und mit ihnen reingehen, weil sie es aus Angst oder anderen Gründen ohne Begleitung nicht schaffen.

Recktor: Und wie reagieren die Menschen, die Sie betreuen? Haben Sie da Rückmeldungen?

Theune: Ja, aber oft eher indirekt. Was am häufigsten vorkommt, sind Anrufe, wenn du nicht immer zum selben Zeitpunkt erscheinst: „Warum ward ihr nicht um vier Uhr da?“ Das ist zwar ein Vorwurf, aber für mich ein Zeichen, dass es etwas sehr Wichtiges ist, dass wir kommen. Wenn ich zum Beispiel im Urlaub war und dann zurückgekehrt bin, habe ich immer wieder auch sehr viel Freude und Freundlichkeit von ihnen erfahren.

Wir haben auch Patienten, die häufig sehr heftig reagieren: „Oh, das ist schlimm, das ist Scheiße, ihr seid unmöglich!“ Das auszuhalten, trotzdem zu bleiben, nicht die Tür zuzuhauen, sondern zu sagen:

„Das höre ich mir jetzt an, setzen wir uns hin und reden“, ist für mich persönlich sehr wichtig. Über das Gespräch geht dann ein Großteil der Spannung raus, und die Leute fangen plötzlich an zu erzählen, was sie wirklich besorgt. Das sind dann nämlich ganz andere Dinge als das, was sie in der ersten Erregung zeigen. Das funktioniert aber nur, weil über die Zeit eine Vertrauensbasis entstanden ist.

Recktor: Haben Sie festgestellt, dass sich im Rahmen der Erkrankungen bestimmte Ursachen häufen, die mit unserer Gesellschaft, unserer Kultur zu tun haben?

Theune: Wenn man überhaupt etwas generalisieren kann, dann sicherlich, dass das Vertrauen in andere Menschen verloren gegangen ist. Und dieser Verlust von Zutrauen und Vertrauen führt dann zum Rückzug. Es ist auch die immer geringer ausgeprägte Begabung, Konflikte selber zu managen, die Energie aufzubringen, sich mit Problemen auseinanderzusetzen, und Ziele zu haben, für die es sich lohnt, die Mühe aufzuwenden. Die Menschen sind so beschäftigt mit dem Aushalten des Hier und Jetzt, dass es ganz schwer ist, darüber hinaus noch zu planen. Eine „gescheite“ Depression ist gesellschaftlich ja noch am ehesten anerkannt. Aber nichts mehr auf die Reihe zu kriegen, alles schleifen zu lassen, wird nicht anerkannt, dafür wirst du ganz böse für angegangen.

Es gibt Menschen, die lassen auf einer Ebene, die wir als Nähe verstehen würden, niemanden an sich heran. Sie tolerieren aber, dass jemand von uns kommt. Es gab einen Mann, mit dem habe ich wochenlang nur über die Fensterbank kommuniziert, weil er uns nicht in die Wohnung gelassen hat. Ich habe zu ihm gesagt: „Es ist in Ordnung, es ist Ihre Entscheidung. Ich komme aber heute Abend wieder. Und Sie entscheiden dann, ob Sie mit mir reden oder nicht.“ Ich habe ihm dann die Medikamente auf die Fensterbank gelegt und es ihm überlassen, ob er sie nimmt. Beeinflussen konnte ich es sowieso nicht. Das ging über mehrere Wochen so, und irgendwann, ohne Vorzeichen, meinte er: „Jetzt können Sie eigentlich hereinkommen.“ Und so ging es dann Schritt für Schritt weiter.

Recktor: Wie sehen Sie die gesellschaftliche Bedeutung dieses Themas?

Theune: Ich glaube, sie ist größer, als man in der Realität wahrnimmt, weil das Scheitern an aktuellen Lebenssituationen, das in Krisen Geraten im ganz normalen richtigen Leben immer häufiger werden wird. Zum einen, weil die Belastungen ständig steigen und die Möglichkeiten, auf diese Belastungen zu reagieren, immer weniger werden. Und es wird zunehmend radikaler drauf reagiert, wenn einer die Erwartungen nicht erfüllt. Das ist im Job so, das ist im Privatleben so. Wenn das Funktionieren nicht mehr funktioniert, ist man ganz schnell ausgegrenzt und wird mit furchtbaren Konsequenzen belegt, die logischerweise Versagensängste und Depressionen im Sinne von Stimmungstiefs und auch Ausrast-Reaktionen zur Folge haben. Und das wird zunehmen. Menschliche Wärme, Zusammenarbeit, Beziehung, Vertrauen, der Wert von Beziehungen zwischen Menschen tritt immer mehr in den Hintergrund, und das ist etwas sehr Belastendes.

Recktor: Welche Möglichkeiten gibt es überhaupt, ambulante psychiatrische Pflege zu finanzieren?

Theune: Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten. Einmal über die Krankenversicherung als Häusliche Pflege, also Pflege über Module, wie sie jede Sozial- oder Diakoniestation auch macht. In den Modulen sind Tätigkeiten hinterlegt, die vom Arzt an den Pflegedienst zur Erledigung delegiert werden; das betrifft in Baden-Württemberg aber nur körperliche Krankheiten. Das einzige, wo wir unsere Leistungen bisher halbwegs haben unterbringen können, sind Module wie Medikamentenüberwachung, Krankenbeobachtung und Vitalzeichenkontrolle.

Die zweite große Säule ist die Pflegeversicherung. Wenn aber versucht wird, einen Patienten einzustufen, was ja Voraussetzung für eine Abrechnung ist, gibt es bei diesen Einstufungskriterien auch wieder nur körperliche Faktoren. Bei psychisch Kranken ist es aber so, dass die körperlichen Funktionen oft noch sehr gut erhalten sind, aber die mentale Befähigung, diese zu nutzen, die Motivation, trotz Depression aufzustehen, sich zu waschen, anzuziehen, nicht da ist. Das ist aber nicht messbar und nicht kategorisierbar, und damit für den Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen auch nicht dokumentierbar. Sprich: ein psychisch Kranker hat kaum eine Chance, in die Pflegeversicherung eingestuft zu werden. Zumal der Grundsatz gilt, dass dieser Zustand im Vorfeld immer mindestens ein halbes Jahr oder länger andauern muss. Und das machen Sie mal bei einer psychischen Erkrankung klar.

Die dritte Möglichkeit wäre über Sozialhilfe, über das Bundessozialhilfegesetz. Nur gibt es hier wieder ein anderes Phänomen: Wenn die Leute kein Geld haben, prüft das Sozialamt erst mal, wie es mit den Finanzverhältnissen der Angehörigen, der Kinder et cetera aussieht. Die familiären Beziehungen sind über die Jahre der psychischen Erkrankung aber meist schon so belastet, dass die Betroffenen selber dieser Möglichkeit gar nicht zustimmen, weil sie Angst haben, die Beziehung noch mehr zu belasten. Von daher werden diese Anträge kaum gestellt.

Recktor: Welche Leistungen können im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege zur Zeit real angeboten werden?

Theune: In Baden-Württemberg nur die Überwachung der Medikamenteneinnahme zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung. Das sähe dann so aus, dass wir zum Patienten gehen, klingeln, und wenn wir Glück haben, lässt er uns rein. Dann schauen wir, ob er seine Tabletten genommen hat oder dass er sie in unserem Beisein nimmt. Und dann gehen wir wieder. Diese Reduktion auf das reine Schlucken von Medikamenten ist aber unmenschlich, und auch nicht das, was die Leute wirklich brauchen. Die brauchen nämlich jemanden, der sich Zeit für sie nimmt, sich hinsetzt, zuhört, was da gerade für Sorgen und Nöte sind, der vielleicht Lösungen anbietet oder bei der Suche nach Lösungen begleitet. Das ist aber zeitintensiv, und wenn ich einen Pflegedienst zu leiten habe, muss ich natürlich auch die ökonomische Seite sehen.

Im Normalfall haben wir für eine Behandlungspflege etwa zehn, maximal fünfzehn Minuten. Stellt sich aber eine Krise ein, dauert es schnell sehr viel länger. Für eine Behandlungspflege bekam ich in Baden Württemberg bislang pauschal 9,42 Euro. Durch Änderung der SGB V-Abrechnung sollen es ab 1. März 2004 nur noch 8,40 Euro sein. Das „neue“ dreistufige Modell verbessert wieder nur die somatischen Leistungsbereiche, und die ohnehin schon miserablen Bedingungen für psychisch Erkrankte werden noch weiter verschlechtert. Da bleibt mir wirklich nur noch ein nicht druckfähiger Gedanke.

Ein qualifizierter Mitarbeiter kostet mich im Moment brutto 38 Euro die Stunde, Sachkosten noch gar nicht mitgerechnet. Meist muss ich noch Verordnungen und Rezepte besorgen, muss dokumentieren, abrechnen und so weiter. Wenn ich für den Patienten dann noch fünf Minuten habe, ist das schon viel. Das heißt, ich könnte in der finanzierten Zeit tatsächlich nur zusehen, dass er seine Tabletten schluckt. Wir arbeiten aber nicht so, und das führt am Jahresende natürlich zum Defizit, weil ich mit diesen Abrechnungsmodulen und dieser Finanzierungslogik keinen Dienst aufrechterhalten kann. Wenn ich das privatwirtschaftlich machen müsste, wären wir längst pleite, und es funktioniert im Moment auch nur, weil die Klinikleitung noch dahinter steht und das Defizit trägt.

Recktor: Meinen Sie, dass durch die hohe Arbeitslosigkeit und damit einhergehender Lebensangst und Selbstwertreduzierung psychische Erkrankungen zunehmen werden?

Theune: Ja, davon gehe ich stark aus. Wobei es da auch eher die sozial Schwachen treffen wird, die im Standard-Sozialsystem versorgt werden müssen. Ich halte es auch für gefährlich, zu glauben, dass es eine bestimmte Kategorie von Menschen ist, die in der Psychiatrie leben und die mit mir im Alltag nichts zu tun haben. Diese Menschen leben ja draußen im sogenannten richtigen Leben genauso. Das sind Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn. Und man erlebt ja auch oft, wie schlimm es manchen Leuten geht, wie sehr sie leiden.

Keiner schafft es allein. Ich zumindest kenne niemanden, der wirklich alles allein bewältigt. Wenn du Glück hast, bekommst du immer die richtige Hilfe zur richtigen Zeit, aber das ist eine Idealsituation. Wenn du jemanden hast, der dir zuhört, der deine Konflikte und Schwierigkeiten verstehen hilft, können Gespräche dir enorm weiterhelfen, dich auf neue Gedanken, neue Haltungen, neue Bewertungen bringen. Allein im Erzählen liegt ja schon ein Teil der Lösung, es entlastet. Und wenn du Glück hast, ist jemand dabei, der dir bestätigt: „Mensch, das ist normal, das ist in Ordnung, das ist verstehbar, was du da gerade durchleidest“, und der dann vielleicht sagt: „Ich habe so etwas Ähnliches auch schon erlebt und festgestellt, dass die und die Herangehensweise oder Lösung weiterhilft.“ Und nichts anderes ist ambulante psychiatrische Pflege. Für den einen ist es das Organisieren des Alltags, ganz simpel, ganz banal: du hast eingekauft, hast heute was gekocht, hast Kontakte zu Nachbarn gehabt. Und das ist prima und wichtig. Für den anderen ist es ein Gespräch zum Problem, über

Lebensqualität, über emotionale Tiefen und Höhen. Wichtig ist, dass jemand da ist, der sich die Zeit nimmt, den Sachverhalt zu reflektieren.

Was an Hilfen im Alltag passiert, muss also nicht unbedingt mit Psychiatrie zu tun haben, das ist emotionale Nähe, das ist Verständnis. Das ist Mutmachen, also zu sagen: „Was du machst, ist gut. Und wenn die Angst jetzt noch zu groß ist oder du das Zutrauen nicht hast, es selber zu bewältigen, lass es uns zusammen probieren. Du kriegst Hilfe, wenn du sie brauchst, und du wirst dabei Erfolgserlebnisse haben. Und dadurch gewinnst du wieder an Zutrauen und bist mehr in der Lage, in Zukunft andere Dinge vielleicht selber anzugehen.“ Und das hat mit Begriffen der Psychiatrie nur ganz am Rande zu tun. Was da passiert, ist zwischenmenschliches Erleben. Und das möglich zu machen, dafür Mut herzustellen, sehe ich als wesentlichen Teil meiner Arbeit. Aber dafür brauche ich Zeit.

Recktor: Was wäre im Bereich ambulanter psychiatrischer Pflege wünschenswert?

Theune: Wünschenswert wären Zeitkontingente. Konkret würde es die Freiheit der Entscheidung beinhalten, dem Patienten entsprechend seinem Bedarf diesen Bedarf auch zukommen zu lassen. Und Bedarf heißt Bedarf an Zeit, über die ich dann Leistung machen kann, also mit ihm Gespräche führen oder die Wohnung aufräumen, damit er da wieder ein Erfolgserlebnis hat. Ich kann mit ihm Busfahren trainieren, mit ihm zur Nachbarschaft gehen, um die Kehrwoche zu regeln oder Konflikte zu begleiten. Oder wenn es keine Betreuer oder Familienangehörigen gibt, dafür sorgen, dass der Müll in der Wohnung weggeräumt wird. Denn im Sinne der Gesamtbehandlung ist es ungeheuer wichtig, dass der Patient nicht wieder vor einem Müllberg steht und erneut dieses Entwertungserlebnis hat. Aber das sind Tätigkeiten, die ich nicht machen darf, geschweige denn finanziert bekomme.

Sowohl SGB V als auch SGB XI sind Bundesgesetze, und trotzdem macht es einen großen Unterschied, ob Sie in Heilbronn, Bremen, Stuttgart oder anderswo auf ambulante psychiatrische Pflege zugreifen wollen. In Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen zum Beispiel hat man sich auf Landesebene geeinigt, dort haben die Leistungserbringer und Kassen gesagt: Gut, wir haben Pakete, die für psychisch Kranke passen, und die finanzieren wir auch. Ob das nun ein Punktesystem oder ein Pauschalsummensystem ist, ist erst mal egal. - In anderen Bundesländern macht man das einfach nicht. Und es kann doch nicht sein, dass es in Nordrhein-Westfalen eine Versorgungslandschaft gibt, die ambulante psychiatrische Pflege möglich macht, zumindest in etwas besserem Maßstab als in Württemberg oder Niedersachsen, woanders aber nicht. Man hat in mehreren Modellprojekten festgestellt und auch wissenschaftlich dokumentiert, wie wichtig und effektiv Beziehungsarbeit im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Pflege ist, und finanziert psychiatrische Pflege nach Zeitmodulen¹. Dort orientiert man sich inhaltlich schon an dem, was in §132a SGB V² vorliegt. Unser

¹ Modellprojekt Stuttgart Bad Cannstadt und Reutlingen; Modellprojekt in Niedersachsen, siehe hierzu auf der BAPP-Homepage unter <http://www.bapp.info/>.

² Als Download auf der BAPP-Homepage.

dringendstes Anliegen ist deshalb, auf politischem Weg Einfluss zu nehmen, weil es so nicht weitergehen kann. Selbst wenn man das Bisschen umsetzen würde, was in §132a SGB V für ambulante psychiatrische Pflege vorgesehen ist, wäre vielen Menschen unglaublich geholfen.

Psychisch erkrankte Menschen sind ein lebendiger Teil unseres Lebens, unserer Gesellschaft. Und ich wünsche mir, Teil einer Gemeinschaft zu sein, die ihre Augen nicht abwendet und in öffentlichem Engagement soziale Gleichberechtigung fordert. Notwendige Verbesserungen gehen nur über solidarisches Handeln. Aber das, was durch die Gesundheitsreform für psychisch Erkrankte angerichtet wurde, ist schlicht unmenschlich.



Michael Theune, 1964 in Duisburg geboren; 1986 über den Zivildienst erster Kontakt zur Psychiatrie. Von 1988 bis 1991 Krankenpflegeausbildung im Klinikum am Weissenhof Weinsberg, von 1992 bis 1994 Weiterbildung zum Fachkrankenschwäger für Psychiatrie, berufsbegleitend Mitarbeit im Zentrum für Psychiatrie Weissenau / Ravensburg, danach in der Gerontopsychiatrie, Forensik, Neurologie etc. tätig. Stationäre Arbeitsbereiche innerhalb der Psychiatrie: sechs Jahre Sucht Entwöhnung (mit Ko-therapeutischer Arbeit), drei Jahre Akut / halboffene Psychiatriestation.

1997 Aufbauorganisation des Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienstes (APP) Weinsberg als Leiter des Dienstes; 2002 Gründungsinitiative zur Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP), 2003 Gründungsmitglied der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) e.V. / Berlin und Wahl zum ersten Vorsitzenden. Von 2001 bis 2004 Weiterbildung zur Pflegedienstleitung nach DKG Richtlinien sowie Weiterbildung zum Heimleiter.

Bettina Recktor, Studium der Biologie, Englischen Literatur und Linguistik an der Freien Universität Berlin; als freie Autorin im kritischen Wissenschaftsjournalismus tätig. Schwerpunkte ihrer Arbeit: Thanatologie; kritische Betrachtung von Transplantationsmedizin und Gentechnik
Bewusstseinsprozesse und Lernfähigkeit bei Menschen im Koma; Biographiearbeit/Erinnerungspflege sowie Sterbebegleitung bei Menschen mit Demenz. Bettina Recktor lebt und arbeitet in Berlin.

Stand: April 2004/br