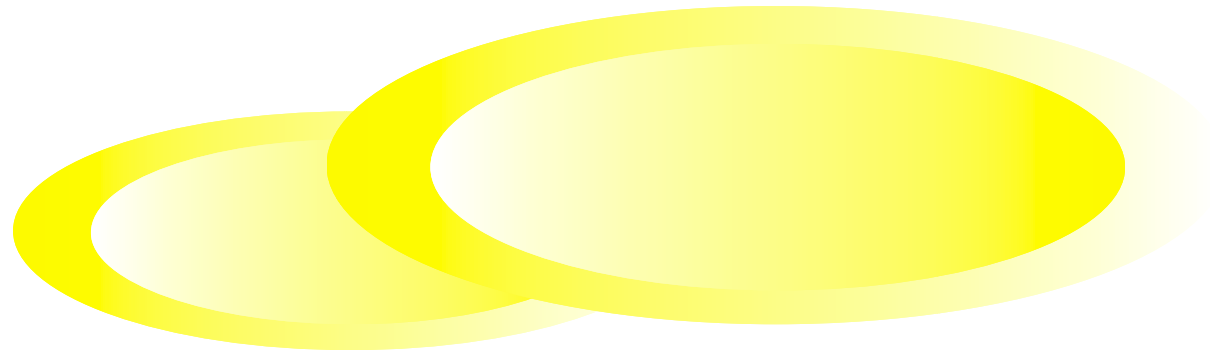




Wiebke Schubert:

Was erleben die betroffenen Familien im Hilfesystem?





Angehörige bemerken als erstes Verhaltensänderungen beim Betroffenen und suchen irgendwann Hilfe.

Bei einer Ersterkrankung ist oft der erste Ansprechpartner in der Regel der Hausarzt, der im übrigen auch einen Großteil der Antidepressiva verschreibt.

Dann der niedergelassene Facharzt, dieser ist aber wegen langer Wartezeiten auf einen Termin oft erst nach Monaten erreichbar.

Im Krisenfall (Suizidankündigung) wäre ein Krisendienst hilfreich.



Im Krisenfall:

- Krise beginnt im sozialen Umfeld (z.B. Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz), eine Schulung dieser Person, z.B. Vorgesetzter, bezüglich Frühwarnzeichen wäre hilfreich

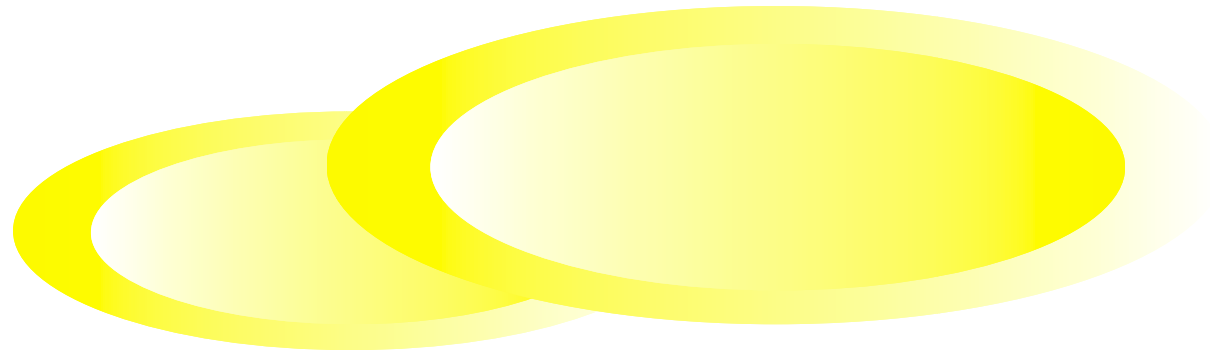
- zugehende Krisendienste,

geschult in Deeskalation, multiprofessionell besetzt, rund um die Uhr jeden Tag in der Woche erreichbar unter einer Telefonnummer, um nicht Polizei oder Feuerwehr rufen zu müssen, erreichbar durch Betroffene und Familien

- Notschlafstellen/Weglaufhäuser um kurzfristig soziales Umfeld verlassen zu können, Rückzugsmöglichkeiten



Notfalls Zwangseinweisung per PsychKG in eine Psychiatrie
wegen Eigen- oder Fremdgefährdung (z.B. bei einem Suizidversuch)
Notfalls veranlasst durch die Familie





Bei Klinikaufenthalt:

- Einbeziehung von Angehörigen (Information über Umgang mit Erkrankung, Aufklärung, eventuell Schweigepflichtentbindung, adäquate Gesprächsmöglichkeiten, Angehörigenvisiten oder -Sprechstunden)
- Beachtung sozialer Interessen: Stichpunkte: Kinder psychisch kranker Eltern, Entlassmanagement, Nachsorge in PIAs, Organisation der Pflege/Versorgung, finanzielle Belastungen der Angehörigen-BTHG)
- neue Formen wie z.B. in KJP: Familientageskliniken



Ausbau integrierter Versorgung:

- unabhängig von Kassenzugehörigkeit – für alle Patienten unter Offenlegung der abgeschlossenen Verträge und Einbeziehung der Selbsthilfe in Vertragsgestaltung zur Berücksichtigung der Interessen von Betroffenen und Angehörigen
- Case Management, also Überwachung der Maßnahmen aller Beteiligten Berufsgruppen und Institutionen mit Verantwortung für die gesamte Behandlung, das der Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige ist sowie für Leistungserbringer und Kostenträger
- 1 primärer Kostenträger, der sich notfalls nicht abgedeckte Kosten erstatten lässt
- Ermöglichung schneller Wechsel zwischen Krankenhaus, Tagesklinik und ambulanter Betreuung, tage- oder gar stundenweise, Nachsorge + Krisendienst

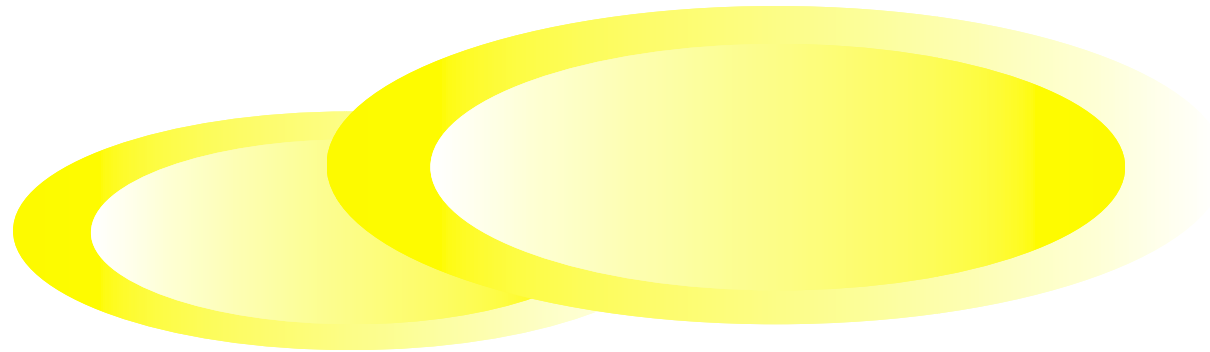


Ambulanter Bereich: wohnortnahe, vernetzte Hilfsangebote

- ausreichende fachärztliche **und** psychotherapeutische Versorgung auch in ländlichen Gebieten ohne längere Wartezeiten auch für schwierige Patienten
- niederschwellige, zugewandene Angebote und Wohnformen gerade für schwierige oder schwer erreichbare Patienten (also „Systemtestende Extremindividualisten“, Obdachlose) bzw. Flüchtlinge und Migranten
- für alle auch somatische Versorgung sicherstellen (Kontrolluntersuchungen, Multimorbidität), notfalls auch zugewandend
- ausreichend Wohnheim- und BeWo-Plätze, da ambulante Versorgung durch Angehörige zunehmend geringer wird (zurzeit noch für etwa 50% der Betroffenen, Zahl sank in den letzten 10 Jahren von 60 % auf 50%) sowie weiterer Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen



- personell ausreichend ausgestattete Sozialpsychiatrische Dienste, die aufsuchende Hilfe leisten, als Anlauf- und Interventionsstelle
- Wahlfreiheit bei allen Versorgungs- und Rehabilitationsangeboten
- Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote für alle betroffenen Familien





Pflege und Versorgung durch Angehörige:

- Möglichkeiten der Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege,
- durch ambulante Dienste oder in einem Wohnheim wie im somatischen Bereich auch
- Hometreatment, wenn auch die Angehörigen damit einverstanden sind
- Schulung der Angehörigen in Pflege und Versorgung psychisch erkrankter Menschen (psychiatrische Pflegeberatung-auch in der Klinik)
- Ermöglichung einer Soziotherapie
- möglichst frühe, aufsuchende Hilfen und Unterstützungsangebote, auch wenn der Betroffene keine Hilfe will



Arbeit:

- Angemessene Arbeits- und Beschäftigungsangebote und begleitete Ausbildungs- und Eingliederungshilfen in Betrieben, nicht nur in Werkstätten oder anderen Sonderwelten, die Interessen, Fähigkeiten und berufliche Perspektiven des einzelnen Menschen ansprechen, auch akademischer Art, mit dem notwendigen Maß an Unterstützung
- ambulante Rehabilitationseinrichtungen

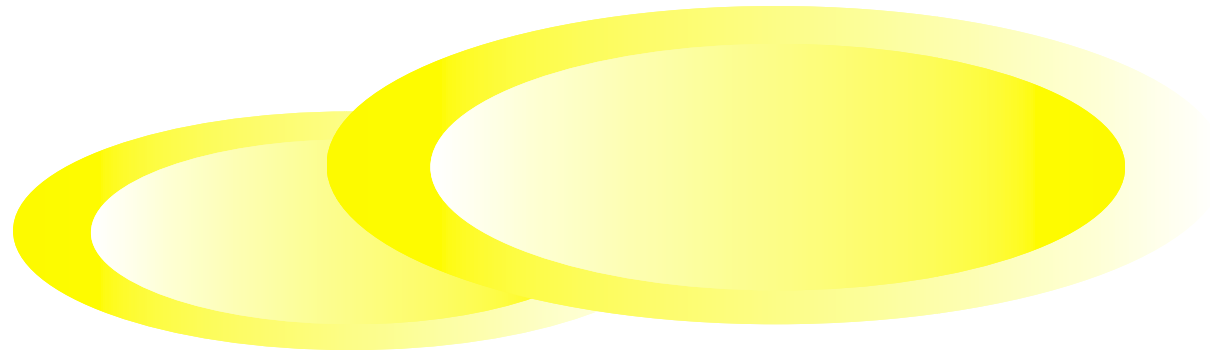
Tagestruktur: flächendeckende Angebote zur Betreuung tagsüber auch für ältere Betroffene (Rentner)

- Tages- und Kontaktstätten mit Angeboten auch am Wochenende, am späten Nachmittag und am Abend
- bezahlbare Freizeitangebote (Sport, Kunst und Kultur)



Betreuungen:

- Qualitätsorientierung bei der Arbeit und Kontrolle von Betreuern, von vornherein befristete Betreuungen gerade im Krisenfall
- Betreuung bedeutet Assistenz des Betroffenen, nicht Bevormundung





Vision:

Heilung, zumindest Besserung

Entlastung, individuelle Hilfe und Unterstützung wie aus einer Hand

Gute Lebensqualität

Alltag:

Nicht tolerierbare Nebenwirkungen von Medikamenten, Drehtürpsychiatrie,
Behandlungsabbrüche

Fehlende flächendeckende passgenaue und annehmbare Hilfen gerade im
ambulanten Bereich

Intransparente Strukturen der Hilfen gerade im ambulanten Bereich



- Auf allen Ebenen:
- Kampf gegen Stigmatisierung und Vorurteile
- Öffentlichkeitsarbeit
- Integration und Inklusion
- Beachtung der UN-Behindertenrechtskonvention
- Verhinderung von Leid und Benachteiligungen



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit !

