



BEZIRKSKRANKENHAUS BAYREUTH

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Forensische Psychiatrie, Klinik für Neurologie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Kommunalunternehmen - Kliniken und Heime des Bezirks Oberfranken - Anstalt des öffentlichen Rechts

Bezirkskrankenhaus · Nordring 2 · 95445 Bayreuth

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

Ihre Zeichen,
Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben:
Unsere Zeichen
Prof. Wo/pl

Telefon: 0921 283-3001
Telefax: 0921 283-3002
E-Mail: manfred.wolfersdorf
@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Bayreuth, 09.06.08

G r u ß w o r t

anlässlich des Jubiläums des Vereins

„Angehörige Psychisch Kranker e. V. Bayreuth (APK)“

am 12. Juni 2008

im Brunnenhaus des Sozialpsychiatrischen Dienstes

in Bayreuth

von

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

Bezirkskrankenhaus Bayreuth,

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

(Ärztlicher Direktor und Chefarzt: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf)

Vorstand
Bruno Hermuth

Fernsprecher (Vermittlung)
(0921) 283 - 4
Telefax: (0921) 283 - 7002
www.bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Bankkonten:
Sparkasse Bayreuth
Kto.: 570 012 237
BLZ: 773 501 10

Bayer. Volksbank Bayreuth
Kto.: 612 676
BLZ: 773 200 72

Postcheckkonto Nürnberg
Kto.: 45 103 852
BLZ: 760 100 10

Sehr geehrte Frau Geßlein,
sehr geehrte Damen und Herren des APK Bayreuth,
sehr geehrte Damen und Herren aus der Politik,
sehr geehrte Gäste,

ich darf Ihnen als erstes in meiner Funktion als Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth die besten Grüße und Glückwünsche des BKH Bayreuth und insbesondere der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik überbringen.

Ich darf die Gelegenheit benützen, Ihnen für die gute Zusammenarbeit in den letzten Jahren zu danken, wo immer sich eine solche ergeben hat, regional mit unserem Hause (insbesondere den Akutstationen A2, A3, A6, aber auch A1 und A5 und der Tagesklinik), überregional, z. B. als wir vor einigen Jahren in unserem Hause Ihren bayerischen Verband, damals unter Leitung von Frau Eva Straub und Herrn Möhrlein begrüßen durften, oder auch in der Zusammenarbeit in verschiedenen Gremien auf Bundesebene, z. B. bei der Leitlinienerstellung für Schizophrenie-Behandlung, aktuell für die bipolare Depression im Rahmen der AWMF, des höchsten Gremiums der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands oder auch bei der Erstellung des sogenannten 3. Bayerischen Psychiatrieplans (mit dem wir alle nicht zufrieden waren und sind), bei der es eine Arbeitsgruppe Angehörige sowie Vertreterinnen und Vertreter von Ihnen in allen anderen AG's gab (in der von mir geleiteten Arbeitsgruppe „Psychotherapeutische Versorgung in Bayern“ war z. B. Herr Möhrlein selbst vertreten). Auch in der aktuellen und sogenannten Gesundheitsreform spielen Empowerment (Ermächtigung) und „Shared Decision Making“ (gemeinsame Entscheidungsfindung) bei Betroffenen und Angehörigen eine wichtige Rolle.

Das leitet über zu meinem nächsten Gedanken, nämlich zum Thema Verantwortung und Belastung der Angehörigen.

Die Verweildauern von Patienten in den deutschen Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik haben drastisch abgenommen (man möchte sagen so drastisch, dass jede Behandlung oftmals nur noch als Krisenintervention erscheint):

Psychiatrie in Deutschland 1991 Verweildauer 66,5 Tage, im Jahre 2003 Verweildauer 25,3 Tage;

dazu Anzahl der Aufnahmen pro 10.000 Einwohner: 1991 Rate = 49,4, im Jahre 2003 Rate = 84,7 (Salice et al. 2007).

Der Trend zur Verweildauer-Verkürzung von Seiten der Krankenkassen und des MDK hat sich zwar etwas abgeschwächt, insbesondere wegen der gestiegenen Wiederaufnahmeraten und der letztlich unveränderten kumulativen Verweildauer.

Dies hat zur Folge, dass auf Angehörige von psychisch kranken Menschen heute eine viel größere Verantwortung und auch Belastung zukommt, als dies noch vor 15 Jahren der Fall war. Viele psychisch kranke Menschen müssen heute in einem noch instabilen Zustand, zwar symptomgebessert, aber kaum belastbar, nach Hause in die Familien, zu ihren Angehörigen entlassen werden, die mit Schwankungen, unzureichender Belastbarkeit, wiederauftretender psychotischer oder depressiver Symptomatik vom Erregungszustand, Rückzug bis hin zu suizidalen Äußerungen zurechtkommen müssen. Man könnte nun, fast zynisch sagen, Eltern sind für ihre Kinder verantwortlich, Partnerschaften gelten in guten und in schlechten Zeiten, das hilft jedoch nichts angesichts der Tatsache, dass

Leben insbesondere mit einem immer wieder psychosekranken Menschen, einem Menschen mit einer bipolaren affektiven Erkrankung, einem rezidivierend depressiv kranken Menschen über die lange Strecke hinweg eine besondere emotionale und psychosomatische Belastung darstellt, die, wie Herr Privatdozent Dr. Franz, Merxhausen, von der Versorgungs- forschungsgruppe der Universität Gießen vor wenigen Tagen in unserer Klinik in der Höhe einer akuten diagnostizierbaren und behandlungs- bedürftigen Symptomatik ansiedelte, deren Problem jedoch darin besteht, dass sie über die lange Strecke hinweg geboten ist und nicht über einer kurze Krisensituation. Gemeint ist damit nicht der dramatische Einzelfall, sondern schlichtweg die Belastung im alltäglichen Leben, die sich über die lange Strecke ergibt.

Verweildauerverkürzung ist ein wirtschaftliches Instrument von Kostenträger- und gesundheitspolitischer Seite, dort liegt dann auch die Verantwortung, Angehörige in die Lage zu versetzen, entweder diese langfristige Belastung besser zu verkraften oder wieder die Möglichkeiten zu schaffen, Patienten längerfristig und stabiler zu behandeln.

Aus der klinischen Perspektive bedeutet dies, 1) einen Beitrag zu liefern aus der Klinik heraus zur Verbesserung der Kompetenz im Bereich der Angehörigen, um sie zu Entscheidungen bezüglich kranker Familienmitglieder zu ermächtigen (hierzu darf ich auf die Psychoedukation verweisen) und 2) Angehörige informativ und partizipativ in Therapieprozesse einzubinden. Hier sind wir natürlich gleich bei einer Einschränkung, die uns oftmals auf vorgehalten wird, jedoch nicht „böse Absicht“ von Seiten der Klinik ist, nämlich dass wir bei

der Einbindung in den einzeltherapeutischen Prozess das Einverständnis des jeweils Betroffenen benötigen. Dies kann sich insbesondere bei psychosekranken Menschen in der Beziehung zu den Eltern, oder auch bei bipolar maniform erkrankten Patienten als schwierig bis unmöglich erweisen.

Die Einbeziehung von Angehörigen in therapeutische Prozesse geschieht auf verschiedenen Ebenen. Eine Ebene wäre die gerade angesprochene individuelle, wo es um die Einbeziehung von Angehörigen in Therapieprozesse und in informative Prozesse einschließlich Entscheidungsprozessen bezüglich des therapeutischen Procedere geht und sozusagen ein Trialog Patient, Therapie, Angehöriger, entsteht. Die Idealvorstellung hierzu weicht von der Alltagserfahrung ab: Personelle Engpässe, Leistungsverdichtung und Zunahme der Patientenzahlen sowie überbordende Dokumentationspflichten auf der ärztlich-therapeutischen und pflegerischen Seite, kurze Verweildauern mit unzureichender Symptombesserung, begrenzte Konfliktbearbeitungsmöglichkeit und unzureichender Belastbarkeit auf Patientenseite, häufig unzureichende Kompetenz, unbewusst ablehnende Haltung, erschrecken über und nicht mehr wahrnehmen wollen von Erkrankung und deren Verlauf oder auch ganz banal zeitliche Gründe sowie schlechte Erfahrungen im Umgang mit einer Klinik auf Angehörigenseite. Dies ist das Potpourri, welches heute in der Realität der Alltagsversorgung stattfindet, auch wenn alle von allen Seiten guten Willens sind.

Unabhängig davon gibt es gleichzeitig über den einzelnen Patienten hinaus psychoedukative Veranstaltungen für Angehörige, die in unserem Hause

seit langen Jahren im Bereich der rehabilitativen Psychose-
krankenbehandlung, in der Tagesklinik, im Depressionsbereich usw.
stattfinden. Psychoedukation ist im letzten Jahrzehnt zu einem wichtigen
Bestandteil therapeutisch-pflegerischen Handelns in den Kliniken
geworden, wir selbst haben durchgängig positive Erfahrungen damit
gewonnen.

Auch eine dritte Ebene der Zusammenarbeit und der Einbindung von
Angehörigen in die Belange der Versorgungskliniken hat Privatdozent
Dr. Franz letzte Woche angesprochen, als er darauf hinwies, Klage über im
Einzelfall schlecht gelaufene Behandlung bzw. Beziehung zwischen
Therapeut, Patient und Angehörigen kann auf einer übergeordneten Ebene
nicht Thema sein. Es geht um gemeinsame, auch im gesundheitspolitischen
Bereich angesiedelte Themen, zumal das Thema Angehörige und
Betroffene auch auf der gesundheitspolitischen Ebene angekommen ist.
Dabei geht es nicht nur um die Einrichtung von Beschwerdestellen und
ähnlichem, was aus meinem Blickwinkel eher sekundären Charakter hat,
sondern es geht um ein Sich-Einmischen von Angehörigen und Betroffenen
als der vierten Säule von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
in Belange von Kliniken, seien es baulicher Art, seien es personeller Art, in
Einflussnahme auf die regionale Politik, genauso wie im übergeordneten
Bereich auch die übergeordnete Politik. Ich glaube, dass Angehörige und
Betroffene sich noch nicht bewusst geworden sind, welche Macht und
welchen Einfluss sie auf Politiker haben. So sind z. B. in den in den letzten
10 Jahren entstandenen Vereinen in der Psychiatrie bzw. für psychiatrische
Belange häufig auch Angehörige mit einbezogen, denken Sie an die
Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen u. ä.

Ich komme zum Abschluss. Privatdozent Dr. Franz hat vor wenigen Tagen das Angehörigensystem als das „2-Punkt-Hilfesystem in der Psychiatrie“ bezeichnet, ich selber habe im Zusammenhang mit der Depressionsbehandlung Angehörige und Betroffene i. S. der Selbsthilfe als die vierte Säule der Therapie neben biologischen, psychotherapeutischen, sozialpsychiatrischen Behandlungssäulen bezeichnet. Persönlich glaube ich, dass das Wissen um die Bedeutung und die Rolle, die Belastung und die Notwendigkeit der Einbeziehung von Angehörigen längst in unseren Köpfen angekommen ist, dass es aber immer wieder notwendig wird, dieses Thema wieder in den Vordergrund zu stellen. Dies ist auch der Grund, warum Sie, sehr geehrte Frau Geßlein, mit Mitgliedern Ihres Angehörigenverbandes demnächst wieder bei uns in der Klinik sein werden (es gibt neue Generationen von angehenden Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychologinnen und Psychologen), warum wir vor kurzem Herrn Franz mit seinem Vortrag eingeladen haben bzw. warum wir laut den Veranstaltungen in der zweiten Jahreshälfte, so der Jahrestagung der Depressionsstationen oder der Novembertagung der Arbeitsgemeinschaft Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus den Angehörigenansatz, den Betroffenenansatz i. S. des Selbsthilfeansatzes bewusst mit einbeziehen. Ähnlich hat die Bundesdirektorenkonferenz der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Deutschland vor wenigen Wochen in Telgte das Thema Angehörige und Selbsthilfe ganz in den Vordergrund gestellt, ähnlich macht die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) in diesem Jahr auch wieder ein Psychiatrie-Trialog-Forum (das ich vor Jahren gemeinsam z. B. mit Prof. Becker, Günzburg mitbegründen durfte).

Nachdem wir uns in der wissenschaftlichen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im letzten Jahrzehnt sehr stark mit Behandlungsergebnissen, mit bildgebenden Verfahren und Darstellung von Prozessen, mit der Neurobiochemie und Pharmakologie, natürlich auch mit spezifischen Psychotherapie- und psychosozialen Behandlungsverfahren beschäftigt haben, ist es anscheinend wieder an der Zeit, die Beteiligten am Therapieprozess verstärkt zu betrachten, was Einbindung der Personen, Kompetenz der Personen und Ermächtigung der Personen anbelangt; gemeint sind damit Patienten, Angehörige und therapeutisch-pflegerische Personen. In diesem Kontext sehe ich auch das große Verdienst der Angehörigenarbeit angesiedelt, nämlich dass sie über die letzten 3 Jahrzehnte der Psychiatrie-Enquete hinweg konstant beim Themenfeld geblieben sind. Dies ist sicher auch das Verdienst unseres APK hier vor Ort, damit das Verdienst Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Frau Geßlein, und dafür dürfen wir Ihnen allen dankbar sein.

Für die nächsten 10 Jahre wünsche ich Ihnen weiterhin gutes Gelingen, Stabilität und ich darf Ihnen auch eine weiterhin gute Zusammenarbeit mit meinem Hause, soweit dies in meiner persönlichen Macht steht, zusagen.

Für heute noch einmal herzliche Gratulation und einen schönen Tag.

gez.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Wolfersdorf
Ärztlicher Direktor
Chefarzt der Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik