

Weiterentwicklung der Psychiatrie Stellungnahme zum Gespräch MGEPA NRW 1. Juni 2012

Für die Einladung des MGEPA zum dialogischen Gespräch Weiterentwicklung der Psychiatrie am 1. Juni 2012 danke ich. Vorab bemerken möchte ich, dass ich hier nicht nur als Psychiaterin spreche, sondern auch als einzige unabhängige Psychiatrie-Erfahrene, und als Betroffenenvertreterin im Rahmen der Besuchskommission nach PsychKG NRW. Der hier anwesende Vorstand des BPE pflegt Mitglieder, die sich inhaltlich mit der schwierigen Thematik des psychiatrischen Zwangs auseinandersetzen, aus dem BPE auszuschließen. Betroffenenvertreter aus anderen Verbänden (DGBS, EX-IN, IdEE- Verein Köln) sind leider ebenso wenig geladen, wie Verbände der psychiatrischen Krankenpflege (DFPP).

Die hier gemachten Aussagen stützen sich auf langjährige berufliche und persönliche Erfahrungen, doch vor allem auf meine Tätigkeit im Rahmen der Besuchskommission nach PsychKG NRW. Erwähnte Beispiele wurden in den letzten 15 Monaten - also nach Ratifizierung der UN-BRK und nach den Richtung weisenden Verfassungsgerichtsurteilen - in verschiedenen NRW Kliniken erlebt.

Dass das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit mehr als 4 Jahrzehnte nach der Psychiatriereform und obwohl der Dialog mittlerweile seit 20 Jahren in der Psychiatrielandschaft verankert ist, weiterhin durch Zwangsmaßnahmen geprägt wird, liegt nicht nur an dem in der Einladung festgestellten Dilemma, sondern ebenso sehr daran, dass offizielle Vertreter der Psychiatrie das Thema Zwang sowohl im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit, als auch im Rahmen von Qualitätsmanagement, Klinikkonferenzen, PSAGs aber auch im Rahmen der psychiatrischen Weiterbildung tabuisieren und bagatellisieren. Wie viel Wert die

Psychiatrie auf die Fortsetzung ihrer Zwangspraktiken legt, hat die DGPPN mit ihrer Stellungnahme vom 16.01.2012 deutlich gemacht (www.dgppn.de).

Zweifelsfrei kann festgestellt werden, dass der zunehmende Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen auch in den psychiatrischen Krankenhäusern zu gewinnorientiertem Arbeiten führt. Die 20 Jahre alte PsychPV wird in vielen Häusern deutlich unterschritten, gleichzeitig finden immer häufiger Überbelegungen der Stationen statt. Vor diesem Hintergrund ist oft eine individuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Zuwendung für den einzelnen Patienten höchst begrenzt, statt dessen wird auf schnelle Symptomunterdrückung durch hochdosierte oder auch mutig und frei kombinierte Psychopharmakotherapie gesetzt. So werden Patienten möglichst schnell wieder „entlassfähig“. Für alle Klinikmitarbeiter steigt so der Arbeitsdruck, was wiederum ein guter Nährboden für Konfliktsituationen ist. Der Griff zu Zwangsmaßnahmen erscheint dann manch einem psychiatrisch Tätigen näher liegend als deeskalierende und beziehungsgestaltende Schritte (Vergleiche hierzu ZEIT-Magazin Nr. 21 vom 16.05.2012 Seite 12 – 24).

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die Zahl der Zwangseinsweisungen sowohl nach §1906 BGB, als auch nach PsychKG in den letzten 20 Jahren beständig zugenommen hat. Bereits in den 90er Jahren wies Prof. Crefeld auf die großen Unterschiede der Zwangseinsweisungsrate der Nachbarstädte Bochum und Dortmund hin (FESA-Transfer Band 12, Studie im Auftrag des damaligen Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW), geändert hat sich an diesen Unterschieden bis heute wenig. In Dortmund werden weiterhin etwa 20 % der Patienten ohne persönliche Einwilligung in

der Klinik untergebracht, davon etwa die Hälfte nach PsychKG NRW. Eine medizinisch wissenschaftliche Begründung, etwa des Inhaltes, dass Dortmunder Bürger häufiger psychisch krank oder häufiger gefährlich sind, wird es sicherlich nicht geben. Es handelt sich einfach um eine gut eingespielte Praxis zwischen den zuständigen Dortmunder Behörden und der alteingesessenen Klinik, die dieser einen guten „Grundumsatz“ garantiert.

Der Amtsvorgänger im MGEPA, Karl-Josef Laumann hat sich zu Beginn seiner Amtszeit auf die Fahnen geschrieben die Zahl der Zwangseinweisungen in NRW zu verringern, er gab die „Regus-Studie“ in Auftrag, die 2003 erneut die großen Unterschiede der Zwangseinweisungsraten in großen Städten und auf dem Land belegt.

(Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringung und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements)

Geändert hat sie die Praxis nicht. Eine für die Bürger nicht nachvollziehbare Missachtung nicht nur der Freiheitsgebots sondern auch des Gleichheitsgebots des GG wird deutlich, auch entsprechen solche Gegebenheiten keinesfalls der UN-BRK

Die „Sicherstellung der aufsuchenden psychiatrischen Krisenhilfe“ wurde in der Regus-Studie bereits vor neun Jahren als „drängendes Problem“ (S.362) benannt, geschehen ist von Seiten der Klinik oder von Seiten der Kommune in diesem Zeitraum in Dortmund nichts! Nach meiner Kenntnis gilt das gleiche für die anderen großen NRW-Städte, die im Hinblick auf die Zwangseinweisungsraten und -quote ebenso führend sind, wie Dortmund in der Bundesliga.

Ein Fortschritt für NRW war sicher die Neufassung des PsychKG NRW im Jahre 1999, die erstmals die Mitarbeit von Angehörigen und Betroffenen in der staatlichen Besuchskommission vorsah. Inzwischen blicken die Angehörigen, aber auch die Betroffenen auf ein Jahrzehnt Tätigkeit in den Besuchskommissionen

zurück. Sie können berichten über die Erfahrung, von Chefarzten nicht ernst genommen zu werden, mit Unterstellungen belegt zu werden und hier und da auch mal beschimpft zu werden.

Inzwischen ist ihre Anwesenheit bei den Besuchskommissionsterminen eher zur Selbstverständlichkeit geworden, doch muss ich feststellen, dass nur wenige Kliniken sich inhaltlich Gedanken darüber machen, dass eine Zwangsunterbringung oder gar eine Zwangsmedikation sehr wohl auch zu seelischen Traumatisierungen und zu lang anhaltendem Misstrauen in die Psychiatrie führen kann. **Eine systematische Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme vor der Entlassung findet nur in einigen wenigen Häusern statt.**

Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass allein im Jahr 2011 und nur mir als Betroffenenvertreterin zwei gravierende Fälle von Menschen- und Grundrechtsverletzungen im Rahmen einer PsychKG-Unterbringung in NRW bekannt geworden sind (Vgl. Psychiatrische Pflege heute 1/2012 Seite 18 – 23). In beiden Fällen verweigerte der Chefarzt der Klinik jegliche inhaltliche Diskussion. Es muss davon ausgegangen werden, dass die festgestellte Praxis in den entsprechenden Häusern fortgesetzt wird. In beiden Fällen wurde eine Unterbringung nach PsychKG aus der Klinik heraus veranlasst, um für eine lediglich in den Augen der behandelnden Ärzte sinnvolle Zwangsmedikation eine Rechtsgrundlage zu erhalten. Sie wurde dann vor Erlass des richterlichen Beschlusses durchgeführt, jeweils ohne jede ärztliche Aufklärung. In einem Fall wurde die Patientin auch noch ohne Aufklärung und gegen ihren Willen medikamentös abgestellt. Der Versuch einer vertrauensbildenden Beziehungsgestaltung wurde in der Klinik jeweils gar nicht erst unternommen, man war schlicht der Meinung, man wisse selbst am Besten, was gut für die Patientin sei.

Bei Behandlungen nach PsychKG übernimmt die Psychiatrie einen Teil des staatlichen Gewaltmonopols, sie wird selber zur Ordnungsmacht. Da gleichzeitig die ökonomische Bilanz jeder Klinik von den Fallzahlen abhängt, kann nicht erwartet werden, dass Kliniken aus sich heraus - in einer Art Selbstheilungsprozess - kritisch ihre Zwangspraktiken reflektieren. Dies ist nur möglich, wenn die ärztliche Führung aufgrund persönlicher Haltung und ethischem Bewusstsein die kritische Selbstreflexion im Krankenhaus fördert und unterstützt. Ein positives Beispiel für so eine Haltung liefert das Editorial der Fachzeitschrift Recht und Psychiatrie (2/2012 Seite 62 und 63, siehe Anlage). Sicher gibt es noch weitere positive Beispiele, doch die Zeit reicht hier nicht, sie alle aufzuführen. Aus dem bisher Gesagten allerdings den Schluss zu ziehen, „Psychiater sind alle Verbrecher“ wie es Herr Seibt gerne tut, geht an der Sache vorbei.

Um weitere Veränderungen und Entwicklungen in der Psychiatrie im Sinne der Psychiatriereform anzustoßen ist es erforderlich, dass der Staat, oder hier das Land NRW, der/das das Gewaltmonopol an ökonomisch handelnde Betriebe delegiert, seine Kontrollfunktionen intensiviert. Die Besuchskommission sucht jede Klinik in der Pflichtversorgung nur einmal pro Jahr auf und sieht sich max. drei Patienten sowie deren Akten an. Bei 1.000 Zwangsmaßnahmen pro Jahr und Klinik ist das eine Qualitätskontrolle im Promillebereich, bei einer so geringen Zahl von Kontrollen kann wissenschaftlich nicht mehr von Qualitätsmanagement gesprochen werden. **Kliniken mit hohen Zwangseinweisungszahlen müssen häufiger besucht werden.**

Außerdem fällt im Rahmen der Besuchskommission immer wieder auf, dass längst nicht alle Kliniken bereit sind der Kommission auch die Zahlen der nach §1906BGB untergebrachten Patienten zu nennen. In den ersten 5 Monaten des

Jahres 2012 geschah es in zwei Kliniken, dass am Besuchstag der Kommission 10 Patienten nach PsychKG NRW untergebracht waren, gleichzeitig wurde die Zahl der nach PsychKG Untergebrachten im Vorjahr auf deutlich unter 100 beziffert. Aus rein mathematischen Gründen sind solche Angaben schwerlich glaubwürdig.

Eine deutlich intensivere behördliche Kontrolle der Zwangsmaßnahmen ist ohne weiteres und kostenneutral möglich, indem Pflichtversorgungskliniken quartalsweise die Zahl ihrer Zwangseinweisungen und Zwangsbearbeitungen an die Bezirksregierung melden, damit diese überprüfen kann, ob die Zahlen zu- oder abnehmen.

Erwiesen ist spätestens seit der Dienstweisung des LWL aus den 90er Jahren, die bei jeder Fixierung auch eine Sitzwache erforderlich machte, dass die Zahl der Fixierungen in LWL-Kliniken erheblich zurückgingen. Verallgemeinert bedeutet dies, je höher der Legitimationsdruck desto seltener wird zu solch einer Maßnahme gegriffen.

Nicht richtig ist die Antwort der Landesregierung auf die Anfrage 1465 (Drucksache 15/4217) in der es heißt „hinzu kommt, dass den Betroffenen in akuten Krisen und Notfällen die Krankheitseinsicht regelmäßig fehlt, und sie damit unfähig sind, von ihrer Freiheit zur Krankheit autonom Gebrauch zu machen.“ Zwar gibt es solche Fälle zweifellos, doch keineswegs ist es so, dass eine psychiatrische Notfalldiagnose nach ICD10 unmittelbar die fehlende Krankheitseinsicht und damit auch die fehlende Autonomiefähigkeit zur Folge hat. Dies ist eine Denkweise, die zum Teil klischeehaft, besonders von älteren Psychiatern immer wieder ausgeübt wird, um ihr eigene Handeln zu rechtfertigen.

Wünschenswert wäre auf längere Sicht durchaus auch eine bessere inhaltliche

Schulung der Betreuungsrichter. Gar nicht so selten segnen sie routinemäßig im ärztlichen Attest vorgeschlagene Maßnahmen einfach ab und geben dem Betroffenen kaum Zeit und Gehör. Außer in akuten Notfällen im Sinne des rechtfertigenden Notstandes sollte es für Psychiater selbstverständlich sein, ihre Patienten bis zur Anhörung durch das Gericht nicht mit erheblich beeinträchtigender Medikation zu versorgen. Es sei hier darauf hingewiesen, dass eine ärztlich-anästhesistisch Aufklärung vor einer Operation nicht zulässig ist, wenn schon eine sedierende Medikation zur OP-Vorbereitung stattgefunden hat. Der Psychiatriepatient hingegen weiß nach heftiger Aufnahmemedikation oft gar nicht, dass es bei der richterlichen Anhörung um seine Grundrechte geht. **Wenn es für Anästhesisten möglich ist, medizinrechtliche Vorschriften einzuhalten, ist es sicher auch möglich, dass Psychiater eine entsprechende Rechtsvorschrift akzeptieren.**

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die juristischen Widerspruchsfristen in einer Unterbringung nach PsychKG für den Bürger, dessen Freiheitsrechte genommen werden, viel zu kurz sind. Nur 14 Tage nach Beschlussfassung ist ein Widerspruch juristisch möglich. Sicherlich würden die Psychiatrien eigenes Verhalten kritischer beleuchten, wenn für ihre Kunden, die Patienten, mehr Möglichkeiten einer nachträglichen rechtlichen Klärung vorhanden wären.

Um das Vertrauen der Bürger in die Psychiatrie zu stärken und das Tabu Zwangsbehandlungen zu durchbrechen, wäre es sehr hilfreich, wenn psychiatrische Kliniken freiwillig und zielgerichtet im Rahmen ihres Qualitäts-managements die statistischen Erhebungen ihrer Zwangsmaßnahmen auch öffentlich für die Bürger zugänglich machen. Nur eine LVR-Klinik

hatte in den letzten 24 Monaten entsprechend statistisch aufbereitete Zahlen über besondere Vorkommnisse, Fixierungen, Zwangs-medikationen und andere Formen institutioneller Gewalt für die Besuchs-kommission parat, sie soll und muss für ihre Sorgfalt besonders gelobt werden.

Als Bürgerin eines freien Landes verwundert es mich schon, dass ich monats- oder quartalsweise Arbeitslosenstatistiken, Verbrechenstatistiken, Verkehrsünderstatistiken und ähnliches mühelos erfahren kann, es mir aber unmöglich ist zu erfahren, mit welcher Häufigkeit die vier psychiatrischen Kliniken im Umkreis von 15 km zu meiner Wohnungstür zu Zwangsmaßnahmen greifen. Im 21. Jahrhundert sollte jede psychiatrische Klinik auch in politisch schwierigen Bereichen zu ihrem Handeln stehen um mir als Kundin im Rahmen einer Patientenverfügung oder auch im Rahmen einer freiwilligen Aufnahme die Wahlmöglichkeit im Falle einer schweren psychischen Erkrankung zu lassen.

Positivbeispiele zur Verringerung freiheitseinschränkender Maßnahmen finden Sie z.B. unter www.ichwillmich.de oder aber in der evidenzbasierten Praxisleitlinie „Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Altenpflege (Leitlinie FEM-evidenzbasierte Praxisleitlinie) unter www.leitlinie-fem.de oder in den Leitlinien zu Psychopharmaka von Bethesda St. Martin Boppard

Margret Osterfeld
FÄ Psychiatrie
Psychotherapie
Pharm-tech. Ass