

Zwang vermeiden - Verantwortung übernehmen - Hilfen vernetzen

Margret Osterfeld

Kann Zwang schützen und nützen Selbstbestimmung hingegen schaden? Wie sich das Recht auf Selbstbestimmung und die gesellschaftliche Verantwortung zum Schutz entwickelt haben

Mein Vortragsthema stellt mir zwei Aufgaben, zum einen soll ich eine Frage beantworten, die ich entweder als rhetorisch oder als suggestiv verstehen muss, denn Zwang nützt selten und wen er schützt, bleibt meist auch unklar. Zum anderen soll ich anscheinend einen historischen Überblick geben und das obwohl ich nur 20 Jahre psychiatrisch tätig war. 40 Jahre ist es hingegen her, dass die Enquete-Kommission mit den Worten: **„...eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen“** (Zwischenbericht, Okt. 1973) die Situation in psychiatrischen Kliniken beschrieb. Ich erinnere mich noch gut an den entsprechenden Spiegel Artikel, doch damals dachte ich noch nicht im Entferntesten daran, Medizin zu studieren und Psychiaterin zu werden.

Noch viel weniger machte ich mir klar, dass es nach den Krieg fast 30 Jahre dauerte, bis die deutsche Gesellschaft begann, sich Gedanken zu machen, wie sie Menschen mit psychiatrischen Diagnosen behandelt. Diese Menschen waren die Vergessenen des Wirtschaftswunders. Irgendwann in der Folge der Psychiatriereform entstand eine gemeindepsychiatrische Versorgung und es gab zweifellos große Fortschritte für psychisch kranke Menschen. Heute jedoch spricht selbst die BAG-GBV in ihrem Einführungspapier davon, dass sich die Gemeindepsychiatrie der Schwierigsten entledigt. Sei es, dass man sie unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung abschieben kann, weil sie unbequem sind und Hilfsangebote nicht akzeptieren oder sei es, dass sie mit relativ geringem Aufwand in Kliniken unter- oder in Heime fortgebracht werden, sobald diese Menschen störend die öffentliche Ordnung oder auch nur die Hausordnung der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen beeinträchtigen.

Empfohlen, oder vielleicht sogar versprochen wurde mit der Psychiatriereform vor 40 Jahren eine Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser, die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker und „ambulant vor stationär.“ So sollte der Fortschritt kommen. Heute lässt sich hingegen nicht mehr leugnen, dass in unserem Staat und für die Führungskräfte der Kliniken die Ordnungsfunktion der Psychiatrie mindestens eine ebenso hohe Bedeutung hat, wie die medizinische. Auch vierzig Jahre nach der Psychiatriereform sind die großen Kliniken weiterhin der Nabel der Psychiatrie, die Behandlungsformen, die sie verordnen, sollen die gemeindepsychiatrisch Tätigen umsetzen und überwachen - der Betroffene hat nicht viel dazu zu sagen und soll die Behandlung klaglos ertragen.

Jetzt kann ich mich langsam auf meine persönlichen Erfahrungen zu stützen. Ich entschloss mich 1993 Psychiaterin zu werden und nicht Neurologin, da es mir nach einigen Monaten psychiatrischer Tätigkeit schien, in diesem Fachgebiet gehe es mehr um den **ganzen Menschen**. Heute im Rückblick muss ich sagen, diese Spezialität der Psychiatrie ist inzwischen verloren gegangen - sei es durch Ökonomisierungsdruck oder sei es durch reduktionistisch-deterministische, biologische Krankheitskonzepte. 1995 wurde in Dortmund das Psychoseseminar gegründet, das Wort „Trialog“

war geboren. Doch selbstbestimmungsorientierter wurde die Psychiatrie in Dortmund bisher dadurch nicht.

Lediglich die Sicht auf suchtkranke Menschen änderte sich. In meinem ersten Klinikjahr wurden zwangseingewiesene chronisch alkoholranke Menschen häufig noch sechs Wochen lang zwangsentgiftet, das brachte 42 Tagessätze von der Krankenkasse aber sonst nicht viel Erfolg. Natürlich kann der Zwang in solchen Fällen vor selbstschädigendem Verhalten, nämlich sich weiter zu betrinken, schützen, doch nur selten führte solch Zwang zu Verhaltensänderungen. Inzwischen werden schwer alkoholisierte Patienten meist innerhalb von 24 Stunden aus der Klinik entlassen, wenn sie nicht bereit sind, freiwillig eine angebotene qualifizierte Entgiftungsmaßnahme mitzumachen. Die Suchtabteilung meiner Klinik sieht ihre Aufgabe darin, immer wieder durch motivierende Gesprächsführung das Ziel, abstinent zu leben, bei diesen Menschen zu stärken. Erst wenn die Motivation zur Änderung des Suchtverhaltens ausreichend ist, wird eine längere Behandlung zu Lasten der Allgemeinheit, d. h. finanziert aus Mitteln der Krankenkasse durchgeführt.

Wie anders sieht die Realität aus, wenn eine „Psychose“ diagnostiziert wird. Patienten wird nur allzu rasch die freie Willensentscheidung abgesprochen und noch zu selten wird versucht, sie von der Sinnhaftigkeit einer medikamentösen Behandlung zu überzeugen. Zwar machte bereits 1995 die Bielefelder Klinik unter Prof. Pörksen einen Vorstoß in Richtung Behandlungsvereinbarung, jedoch - das kann ich auf Grund meiner NRW-weiten Erfahrung als Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach Psych.-KG NRW sagen - diese Vereinbarung führt im klinischen Bewusstsein der Psychiater und wahrscheinlich auch im Bewusstsein der Gemeindepsychiatrie ein Schattenleben. „Kaum mal fragen Patienten danach,“ so lautet die Erklärung der Klinikleiter gegenüber der staatlichen Kommission. Ein Eigeninteresse der Institution zu mehr Motivation und Kooperation mit den Patienten ist kaum je zu erkennen

Eine Studie von Prof. Crefeld zu den Psych-KG-Unterbringungen in NRW von 1997/98 führte unter anderem zu den Ergebnis, dass Dortmunder Psychiatrie-Kliniken viermal so häufig Patienten nach Psych-KG unterbringen wie Bochumer Kliniken. Für mich und meiner Aplerbecker Kollegen führte dies Studienergebnis damals zu einer „Chefansage“ während der Frühbesprechung. Zwölf Monate lang sanken die Psych-KG Einweisungen in Dortmund, um dann rasch das Niveau vor der Studie zu überschreiten. 20 Prozent aller Patienten werden in Aplerbeck seit Jahren ohne eigene Zustimmung behandelt, ein Geschäftsführer nennt so etwas einen soliden Grundumsatz. In Bochumer Kliniken sind es immer noch kaum über fünf Prozent. Für einen so unterschiedlichen Umgang mit den Grundrechten von Kranken Menschen gibt es keine medizinisch-wissenschaftliche Begründung. Wolf Crefeld fasste damals zusammen: „Manche Psychiater handeln so, als handele es sich im wesentlichen um ein juristische Thema. Dabei sind sie es doch, die nach psychiatrisch-wissenschaftlich wenig reflektieren, ja selbst in der beruflichen Fortbildung kaum erörterten Kriterien über die Anwendung von Zwang entscheiden.“ (*FESA-Transfer Beiträge zur Entwicklung der Sozialen Arbeit Band 12 Seite 21*)

Immerhin novellierte das Land NRW im Jahre 1999 das Psych-KG und führte ein, dass in NRW sowohl Menschen mit psychiatrischen Diagnosen als auch deren Angehörige als gleichberechtigte Mitglieder der Staatlichen Besuchskommission angehören. Beispiele über Rechtsverletzungen durch Psychiatrische Kliniken, die mir aus den letzten zwölf Monaten meiner Kommissionstätigkeit bekannt sind, würden meine Redezeit heute deutlich sprengen. Selbst im Jahre 2013 ist es Klinikpsychiatern oft gar nicht bewusst, dass und wie oft sie die Grundrechte, die Menschenrechte ihrer Patienten,

brechen. Sie verschieben ihre Verantwortung für die Zwangsbehandlung auf die Justiz und bewahren sich den Glauben, dass sie stets nur zum Wohle ihrer Patienten handeln. Rasch hingegen erklären sie Patienten mit Psychosen für einwilligungsunfähig um möglichst unter Umgehung ihrer eigenen Aufklärungspflichten ihre Medikationsvorstellungen durchzusetzen.

Für solch Haltung will ich ein in diesem Jahr publiziertes Beispiel geben, das mich sehr betroffen gemacht hat. Ein PD Dr. Normann berichtet in der Fachzeitschrift „Psychup2date,“ die sich vor allem an psychiatrische Assistenzärzte wendet, unter der Überschrift „Warten auf den ersten Schlag“ von einer jungen Frau, bei der zwei Jahre vor der aktuellen Behandlung eine Zwangsstörung und ADHS diagnostiziert worden seien. Jetzt war sie unter der Diagnose „schizomanisch“ stationär, lehnte aber eine Medikation ab. Acht Wochen habe man warten müssen, bis die zwangsuntergebrachte Frau die Hand gegen einen Pfleger erhob, dann erst habe man zwangsmedizieren können. Vier Wochen später habe die Frau unter einer Medikation von Risperidone 4mg, Quetiapin 800 mg, Haloperidol 10 mg, Valproat 2100 mg und zeitweise Clonazepam auf die offene Station verlegt werden können. Ein Erfolg?

Mich wundert nicht, dass in dem Artikel kein Wort von Motivations- oder Überzeugungsversuchen zur Medikation berichtet wurde. Es erstaunt mich aber schon sehr, dass in dem ganzen Artikel kein Wort zum Frage der Einwilligungsfähigkeit verloren wird. Offensichtlich macht sich der Psychiater keine Gedanken dazu; stattdessen beklagt er die fehlende Möglichkeit, sich frühzeitig über den Willen der jungen Patientin hinwegzusetzen. Durchaus mag es möglich sein, dass sich der klinische Zustand durch die erzwungene Medikation bessert, doch wird diese Frau sich jemals wieder vertrauensvoll um psychiatrische Hilfe bemühen wollen? Beim Anblick des sorgfältig aufgezählten Medikamentencocktails beschlich mich noch eine ganz andere Frage. Da die junge Dame vor der Verlegung auf die offene Station einer freiwilligen Behandlung zustimmen muss, wurde sie zu diesem Zeitpunkt als einwilligungsfähig betrachtet. Doch besteht bei der hochdosierten Polypharmazie eine Willensfähigkeit, ein „freier Wille“ in einem höheren Maße, als bei einem Menschen unter 2 Promille Alkohol? Immerhin wirken diese Medikamente ja auf das sogenannte Motivationssystem, die Dopaminrezeptoren dürften vollständig blockiert sein.

Ja, die „Einwilligungsfähigkeit,“ ein schwammiger Begriff. Diese Fähigkeit wird Menschen mit Psychosen rasch von Psychiatern abgesprochen, hier liegt der Kern ihrer Definitionsmacht. „Sie will sich nicht richtig behandeln lassen und gefährdet sich durch Chronifizierung“ so lautete die Gefährdungsbegründung für meine Zwangseinweisung im Jahr 2000. Die Ärzte sehen nur die Krankheit als zu bekämpfende Gefahr, was „richtige“ Behandlung ist, wollen sie möglichst allein bestimmen.

Wie es im GPV Bereich anders laufen kann, schildert sehr schön Ingo Ulzhöfer^{1, 2} in der Kerbe und der Psychosozialen Umschau.“ Zwei Fachzeitschriften, die weit weniger reduktionistische Psychiatriemodelle vertreten, geben einem Menschen mit psychiatrischen Diagnosen Raum für seine Erfahrungen und seine Sicht der Dinge. Ulzhöfer beschreibt, wie letztlich 25 Fachleistungsstunden nach SGB XII einen erneuten Krankenhausaufenthalt verhindern konnten und seinen Genesungsweg bis zurück in die Berufstätigkeit einleiteten. Hilfreich war ihm ein lösungsorientiert denkender SPDi in Schleswig-Holstein. In NRW konnte der gleiche Dienst auf Bitte um Hilfe und Unterstützung nur eine gesetzliche Betreuung empfehlen!

Zusammenfassend stelle ich fest: Auch vier Jahre nach Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes gibt es nur wenige

klinische Einrichtungen der Psychiatrie, die sich mit dem vom Staat an sie delegierten Gewaltmonopol selbstkritisch auseinandersetzen. Sie wollen medizieren um jeden Preis und damit Geld verdienen, wie in einer freien Marktwirtschaft üblich. Soziale Bezüge und Beziehungsgefüge spielen in der klinischen Behandlung kaum eine Rolle mehr, selbst die Frage, ob und wie viel eine stationäre Behandlung dem Betroffenen wirklich nützt, interessiert nicht einmal das Qualitätsmanagement der Kliniken. Möge diese Tagung dazu beitragen, dass die einzelnen Mitarbeiter im GPV sich sorgfältig überlegen, ob eine Klinikeinweisung ihren Klienten wirklich nützt, oder nur ihre eigene Arbeit angenehmer macht.

Ich wünsche mir, dass diese Tagung und dass die Gemeindepsychiatrischen Verbände aktiv dazu beitragen, dass in den Gemeinden der psychiatrische Zwang nicht zur raschen Lösung psychosozialer Probleme genutzt wird. Wenn der ministerialrat des Referates Psychiatrie und Sucht sagt „bedarf es jedoch auch weiterhin erheblicher Anstrengungen, um den notwendigen Bewusstseinswandel bei den im Psychiatrie-Bereich Tätigen insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu erreichen“³, dann ist hier auch jeder GPV gefordert. Regional unterschiedlich, doch viel zu oft noch wird das Psych-KG und das Betreuungsrecht genutzt, um seelisch beeinträchtigte Menschen aus dem Sozialraum verschwinden zu lassen.

Zwar gibt es heute in den Kliniken keine elenden Zustände mehr, aber unwürdig im Sinne der Grund- und Menschenrechte werden sie wieder öfter - nicht zuletzt wegen kommunaler „Sparzwänge.“ Aus meiner Bürgersicht ist eine neue Psychiatrie-Enquete dringend erforderlich.

.....

1. Ulzhöfer, I., 2010, „Sozialräumliche Orientierung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen“ Kerbe 2, S. 22 ff
2. Ulzhöfer, I., 2011 „...und endlich die passende Therapie“ PSU S. 45 ff
3. Lesser, D., 2013, persönliche Mitteilung