

Ruth Fricke
Mozartstr. 20 b
32049 Herford
Tel. + Fax: 05221/86410
e-mail: Ruth.Fricke@t-online.de
oder: vorstand@bpe-online.de

14.10.09

Trialogforum

**Referat beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin, 26. November 2009**

Der erste Eindruck entscheidet, Anmerkungen einer Psychiatrie-Erfahrenen

Die erste seelische Krise kommt für Betroffenen wie für deren Angehörige und Freunde meistens wie aus heiterem Himmel völlig überraschend. Hier Hilfsangebote zu entwickeln, welche die Krise nicht durch zusätzliche traumatische Erfahrungen noch verstärken und dadurch letztlich in die Chronifizierung führen, ist eine der dringendsten Aufgaben überhaupt. Wer bei seiner ersten Krise mit einem großen Aufgebot von Polizei und Feuerwehr, in Handschellen gefesselt zwangsweise in eine psychiatrische Klinik transportiert wird, hat den Glauben daran, dass man ihm wirklich helfen will schon verloren, wurde in seinem Selbstwertgefühl tief verletzt und kann, wenn überhaupt nur schwer Vertrauen fassen in die MitarbeiterInnen der Klinik, in die man ihn gebracht hat.

Wenn er oder sie dann im Aufnahmegespräch das Gefühl hat gegen die Wand zu reden und überhaupt nicht ernst genommen zu werden, ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, welches für eine hilfreiche Therapie eine zwingende Voraussetzung ist, fast unmöglich. Es geht also darum, sowohl im System der Gemeindepsychiatrie als auch im System der stationären klinischen Psychiatrie neue Wege zu beschreiten, aber auch darum alternative Hilfesysteme zu entwickeln und zu etablieren. Im Aufnahmegespräch genau hinzuhören, was der Patient /die Patientin sagt erscheint mir aber auch aus Gründen der Ausrichtung der anschließenden Behandlung sehr wichtig zu sein. Häufig ist eine Psychose nämlich Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung. Dass in diesem Fall eine medikamentöse Behandlung nicht immer angezeigt ist, brauche ich den anwesenden Psychiatern sicher nicht zu erklären.

Ich selbst habe bei meiner ersten Psychose 1986 erleben dürfen, dass es auch anders geht. Der Kreis Herford war damals noch Modellregion. Die Ärzte des psychosozialen Zentrums (Vorgänger des sozialpsychiatrischen Dienstes) durften damals noch behandeln. Nachdem mich Freunde aus der Wohnung einer befreundeten Bundestagsabgeordneten in Bonn geholt

hatten, fuhren sie zunächst mit mir zur westfälischen Klinik Gütersloh. Einer der Freunde ging zu Prof. Dörner, die anderen warteten mit mir auf der Straße. Nach kurzer Zeit fuhren wir weiter nach Herford in meine Wohnung. Kurze Zeit später stand Joachim Weber, den ich aus der Friedensbewegung gut kannte und der nun einer der Ärzte des psychosozialen Zentrums war, vor der Tür. Ich habe ihm meine Erlebnisse erzählt und meine Haarzunge gezeigt, die meiner Meinung nach der Beweis dafür war, dass man mich in Bonn hatte vergiften wollen. Weber war jedoch der Meinung, dass dies ein Folge erhöhter Blutfettwerte sei. Er kam dann 2-3 mal pro Woche um nach mir zu schauen und mich Medikamenten zu versorgen. Was das für Medikamente waren weiß ich nicht, aber es waren 1986 mit Sicherheit noch Typika. Jedenfalls habe ich keinerlei Nebenwirkungen gehabt. Am Ende der Sommerferien war ich wieder fit und konnte ohne auch nur einen Tag krankgeschrieben zu sein, meine Unterrichtstätigkeit wieder aufnehmen. Bei meinen stationären Aufenthalten 1988 und insbesondere 1990 war das völlig anders. 1990 hatte ich so starke Nebenwirkungen, dass ich mir nicht einmal mehr selbst ein Butterbrot schmieren konnte, mich nicht mehr im Bett umdrehen konnte, um mich so zu lagern, dass ich in Ruhe weiterschlafen konnte. Dass dies eine Frage der Dosierung war, habe ich dann spätestens in der Anschlussheilbehandlung in der Flachsheide in Bad Salzuflen begriffen. Ich war in die Flachsheide gegangen, weil ich wusste, dass Weber hier inzwischen abteilungsleitender Arzt war. Nach einem Therapiegespräch drohte ich in eine Psychose abzugleiten. Weber hat daraufhin wieder Neuroleptika angesetzt. Auch dieses mal habe ich keinerlei Nebenwirkungen verspürt. Weniger ist eben auch manchmal mehr.

Das einzige Problem, was sich nach dem Hometreatment bei meiner ersten Psychose ergab, war die Tatsache, dass mir niemand gesagt hatte, dass das eine Psychose war. Die mir mitgeteilte Diagnose lautete „Erschöpfungszustand“. Dass ich dies nicht wusste, hätte mir um ein Haar den Job gekostet, denn in meiner Akte beim SpDi stand als Diagnose „Schizoaffective Psychose“. Vor meiner Lebenszeitverbeamtung musste ich nun einen von der Amtsärztin erstellten Fragebogen ausfüllen und darin hatte ich natürlich nichts von einer psychischen Erkrankung geschrieben. Die Amtsärztin dachte selbstverständlich, ich hätte sie belügen wollen. Aber wie der Zufall so spielt, hatte man im Gesundheitsamt gerade ein neues Sehtestgerät bekommen und konnte nicht damit umgehen. Weil ich gerade im Rahmen einer Sondermaßnahme des Landes NRW den theoretischen Teil der Meisterprüfung im Augentoptikerhandwerk abgelegt hatte, bat man mich um Hilfe. Ich weiß nicht, ob mein Einführungskurs in den Umgang mit dem Sehtestgerät, meine Glaubwürdigkeit erhöht hat, jedenfalls bin ich dann doch Lebenszeitbeamtin geworden.

Dieses Beispiel bringt mich noch auf eine weitere Forderung im Rahmen des Aufnahmegesprächs. Die Frage nach einem bestehenden Arbeitsverhältnis sollte ebenso zu den Standardfragen gehören, wie die nach evtl. vorhandenen Kindern. Bezogen auf das Arbeitsverhältnis ist von der Klinik aus dafür Sorge zu tragen, dass der gelbe Schein wirklich binnen 3 Tagen beim Arbeitgeber des Patienten /der Patientin ist. Denn wenn der Arbeitsplatz erst einmal verloren gegangen ist, ist es mit einer psychiatrischen Diagnose fast unmöglich wieder auf dem 1. Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und damit beginnt die Karrieren, die entweder in der WFBM oder in der Frührente endet.

Was die Frage nach den Kindern betrifft, so geht es zum einen darum, schlicht den Kontakt aufrecht zu erhalten, bei Alleinerziehenden mit Kleinkindern, muß aber auch die Versorgung der Kinder sicher gestellt werden.

Aber wie sieht die heutige Praxis der Behandlung aus? Schauen wir uns doch einmal an, wie Behandlung und Therapie, auch bei Ersterkrankung heute verläuft. Die Kliniken befinden sich in einem Wettlauf um die kürzesten „Liegezeiten“. Hat der in die psychische Krise geratene Mensch wirklich die Zeit, die er benötigt, um seine Krise zu verarbeiten, die Ursachen zu erkennen und dann Veränderungen einzuleiten? Ich behaupte „Nein!“. Die Symptome werden mit Medikamenten bekämpft, mit der Ursachenforschung wird der Mensch allein gelassen und ist daher meistens schon in der nächsten Krise bevor, er die erste verarbeitet hat. Selbstbestimmte neue Wege einschlagen können die Wenigsten, weil sie durch das so organisierte System zu Drehtürpatienten und in die Frührente geschickt wurden. Eine selbstbestimmte Neuordnung des eigenen Lebens sähe sicher anders aus. Das Problem wird verstärkt, weil die Übergänge in das System der ambulanten Hilfen häufig nicht klappen. Die vom Gesetzgeber vorgesehene ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie gibt es de facto nicht, weil die Krankenkassen die Hürden für die möglichen Anbieter dieser Leistungen so hoch gehängt, haben.

Menschen die von Grundsicherung oder Sozialhilfe leben bekommen dann betreutes Wohnen aus der Eingliederungshilfe. Menschen, deren Einkommen aber nur 1 Euro über dem Sozialhilfesatz liegt, wären Selbstzahler für die Leistungen der Eingliederungshilfe und nehmen sie daher i.d.R. nicht in Anspruch. Die Folge ist, dass sie zu Drehtürpatienten werden oder im schlimmsten Fall im Suizid enden. Wir hatten vor nicht allzu langer Zeit einen Fall der im Suizid geendet hat in unserer unabhängigen Beschwerdestelle.

Das System muss so organisiert werden, dass es den Betroffenen möglich wird, ihre Krise für eine Neuordnung ihres Lebens zu nutzen. D.h. insbesondere bei Ersterkrankung muss ausreichend Zeit sein, die Krise zu verarbeiten, deren Ursachen zu erkennen und Alternativen

für die Zukunft zu entwickeln und dies kann auch bei der selben Diagnose individuell recht unterschiedlich lange dauern. Dies bedeutet aber auch, dass die sprechende Medizin Vorrang vor der Pharmakotherapie bekommen muss, dass die Menschen in Ihren Krisen keine zusätzlichen Gewalterfahrungen durch das psychiatrische Hilfesystem erfahren dürfen und das beginnt mit dem Erstkontakt. Wer in Handschellen gefesselt gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik transportiert wird, hat das Vertrauen in das System, welches ihm helfen soll schon verloren. Vertrauen ist aber die Voraussetzung, um Hilfe annehmen zu können. Wichtig ist Zuwendung, nicht Zwang, welcher als Bestrafung empfunden wird. Der Helfer muss zuhören und nicht nur so tun, er muss ernst nehmen was der Betroffene sagt, denn nur in der Krise, liegen die Ursachen offen, so dass man diese Ursachen therapeutisch nutzen und dort für Veränderungen ansetzen kann. Gerade in der Krise sind die Antennen der Betroffenen sehr weit ausgefahren und sie merken daher sehr genau, ob man ihnen zuhört und sie ernst nimmt. Wenn sie das Gefühl haben gegen die Wand zu reden, verschließen sie sich und damit ist ein therapeutisches Arbeiten nicht mehr möglich. Sind die Symptome erst einmal durch Psychopharmaka unterdrückt, sind die Krisenursachen auch im tiefen Unterbewusstsein verschwunden und einer therapeutischen Bearbeitung nicht mehr zugänglich.

Was könnte hier hilfreich sein? Erprobte hilfreiche Therapieangebote reichen vom „need adapted treatment“ nach dem finnischen Modell bis zu Soteriaelementen in der Pflichtversorgung nach dem Modell, welches in der Abteilung klinischen Psychiatrie der WKPPN Gütersloh Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts erfolgreich gemeinsam mit den Patientenvertretern entwickelt, erprobt und schließlich in der gesamten Abteilung umgesetzt wurde. Unterstützende Maßnahmen können Behandlungsvereinbarungen mit der pflichtversorgenden Klinik sein, in denen festgelegt wird, wo, wie und von wem man künftig behandelt werden möchte, falls man mal wieder gegen seinen Willen in die Psychiatrie eingewiesen wird, sowie unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie, die die Interessen der Patientinnen und Patienten parteiisch aus der Betroffenenansicht vertreten. Zu diesen Konzepten kann ich in der Diskussion, falls es gewünscht wird, noch mehr sagen. Soviel möchte ich aber schon jetzt sagen, dass sowohl need adapted treatment, als auch der Soteriaansatz, die Rückfallquoten deutlich reduzieren. Zusammen mit der Behandlungsvereinbarung, wird das Vertrauen in das Hilfesystem so gestärkt, dass Zwangseinweisungen deutlich sinken, weil die Betroffenen sich rechtzeitig und freiwillig in Behandlung begeben. Auf diese Weise sinkt auch die Zahl der Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Zwangsmedikation erheblich, so dass zusätzliche Traumatisierungen durch das psychiatrische System und damit auf lange Sicht auch eine Chronifizierung vermieden werden können.

Es wäre wünschenswert, dass sich sowohl Fachwelt, als auch Krankenkassen diesen Therapieansätzen mehr öffnen würden. Vielen Betroffenen würde dadurch eine Chronifizierung Ihrer Erkrankung und damit viel Leid erspart und das Gesundheitswesen, die Rentenversicherungsträger und die Sozialhilfeträger könnten viel Geld sparen.

Die UN-Behindertenkonvention fordert zum einen Inklusion und Verhinderung von Exklusion, sie fordert aber auch die Abschaffung von Sondergesetzen und Sonderbehandlung für Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen. Das Wort Barrierefreiheit ist auch bei uns schon seit einigen Jahren in aller Munde. Aber man denkt dabei an abgesenkte Bürgersteige für Rollstuhlfahrer, Piepampeln für Sehbehinderte usw. Was Barrierefreiheit bei seelischer Behinderung heißt, darüber denkt kaum jemand nach. Da wir es bei diesem Kongress überwiegend mit Medizinerinnen zu tun haben, haben wir den Schwerpunkt am Nachmittag auf das Thema Zwang und Gewalt in der Psychiatrie und damit auch auf die notwendigen Änderungen der gesetzlichen Grundlagen gelegt.

Bei der „alle-inklusive-Tagung“ in Osnabrück bestand in meiner Arbeitsgruppe Konsens darüber, dass es künftig nur noch eine Rechtsgrundlage für Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie geben sollte, nämlich die öffentlich rechtliche. Der § 1906 BGB, der eine Zwangsunterbringung schon bei Behandlungsbedürftigkeit erlaubt, sollte also ersatzlos gestrichen werden. Dies wäre ein echter Fortschritt. Aus meiner Tätigkeit als Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG NRW weiß ich, dass einigen Kliniken bei PsychKG-Patienten eine Betreuung einrichten lassen, um zwangsbehandeln zu können, da dass PsychKG NRW, die Hürden für Zwangsbehandlung sehr hoch gehängt hat und Ihnen offensichtlich die Anwendung des Prinzips „verhandeln geht vor behandeln“ zu mühsam ist.

In den PsychKG's und Unterbringungsgesetzen der Länder muss meiner Meinung nach das Faktum der Selbst – oder Fremdgefährdung exakter definiert werden. Es kann einfach nicht sein, dass allein eine psychiatrische Vordiagnose ausreicht, um das entsprechende Gefährdungspotential als gegeben anzusehen. Niemand käme auf die Idee einen Diabetiker, der seine Medikamente nicht nimmt oder seine Diät nicht einhält zwangseinzuweisen oder ihm allein aufgrund seiner Diagnose den Führerschein zu entziehen. Dabei wirkt er sowohl fremd- als auch selbstgefährdend, wenn er als Autofahrer ins Zuckerkoma fällt.

Zwangsmedikation muss meines Erachtens künftig genau so streng dokumentiert und begründet werden wie Fixierungen. Wenn ein Patient vor der Einweisung in die Klinik den Richter nicht zu Hause gesehen hat, darf eine medikamentöse Behandlung erst erfolgen, wenn der Richter vor Ort war und sich selbst vom Faktum der Fremd- oder Selbstgefährdung überzeugen konnte. Es kann einfach nicht sein, dass ein Richter aufgrund von Aussagen nach

„Hörensagen“ Zwangsunterbringungen anordnet oder gar den Beschluss schon faxt, bevor er in der Klinik war und den Patienten persönlich gesehen hat. In erster Linie muss aber dafür Sorge getragen werden, dass die Regel endlich zur Regel wird und die Ausnahme eine Ausnahme bleibt. Es ist also dafür Sorge zu tragen, dass die richterliche Anhörung vor Einweisung in die Klinik erfolgt. In Bezug auf Alkoholsünder im Straßenverkehr gab es in NRW kürzlich die Forderung, dass die entsprechenden Richter 365 Tage in Jahr rund um die Uhr erreichbar sein müssten, Ich denke dieser Forderung ist für Menschen, die gegen Ihren Willen in die Psychiatrie eingewiesen werden sollen und wo das Gesetz vorschreibt, dass sie vor Einweisung von einem Richter gesehen werden sollen erst recht zu erfüllen. Anzustreben ist aus meiner Sicht eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für öffentlichrechtliche Unterbringungen. Es kann einfach nicht sein dass derselbe Sachverhalt in Baden-Württemberg anders behandelt wird als in NRW, Brandenburg, Sachsen oder sonstwo in der Bundesrepublik. Schließlich schreibt unser Grundgesetz auch die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse vor.

Dass auch bei derselben Rechtsgrundlage die Zahl der Unterbringungen recht unterschiedlich sein kann, zeigt der Psychiatriebericht des Landes NRW vom 30.01.09. Hier schwanken die Unterbringungsquoten für 2007 zwischen 3,33 pro 1000 Einwohner in Remscheid und 0,27 pro 1000 Einwohner in Bochum. Dass dies nicht daran liegen kann, dass psychische Erkrankungen im Remscheid häufiger und heftiger auftreten als in Bochum scheint mir evident zu sein.

Es liegt m.E. vor allem an der Einstellung der handelnden Personen zu psychischen Erkrankungen und an deren innerer Haltung im Umgang mit Menschen in psychischen Krisen. Dass man die Zahl der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen auch unter Pflichtversorgungsbedingungen drastisch reduzieren kann zeigt das Beispiel Bochum, wo der Ambulante und komplementäre Bereich so arbeitet, dass die Quote der Zwangseinweisungen die niedrigste in NRW ist. Dass auch der klinischen Bereich hier einen Beitrag leisten kann, hat das in der Abteilung klinischen Psychiatrie II der westfälischen Klinik Gütersloh ab 1994 trialogisch entwickelte und schrittweise in die Praxis umgesetzte Abteilungskonzept, welches ich immer noch die Gütersloher Soteria nenne, nachdrücklich bewiesen:

- Der Pflegestützpunkt im Eingangsbereich der Stationen sowie das Konzept der diagnosedurchmischten Sektorstationen, auf der alle PatientInnen von der Aufnahme bis zur Entlassung verblieben, ermöglichte eine Psychiatrie der offenen Türen.

- Die Wohnküche als Treff- und Kommunikationsmittelpunkt von PatientInnen und MitarbeiterInnen stützte mit seiner wohnliche Atmosphäre und dem gemeinsamen Tun die therapeutische Gemeinschaft.
- Das weiche Zimmer bot Reizabschirmung, Ruhe- und Schutzraum.
- Die sprechende Medizin stand im Vordergrund.
- Das Bezugspersonensystem gab den PatientInnen Sicherheit. Zusammen mit der Möglichkeit einen Behandlungsvereinbarung abzuschließen, in der die Form der gewünschten Behandlung, sowie deeskalierende Maßnahmen festgelegt wurden, aber auch notwendige Regelungen für die Zeit der Abwesenheit zu Hause getroffen werden konnten, führte dazu, dass die PatientInnen freiwillig und rechtzeitig in die Klinik kamen. Auch dies war sehr niederschwellig und bedurfte keiner Einweisung durch den Hausarzt.

Auf diese Weise sank die Zahl der Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen drastisch, ebenso wie der Medikamenteneinsatz. Fixierungen gab es nur noch selten.

Dieses Beispiel zeigt, wie durch ein vernünftiges Konzept und den Aufbau eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses zwischen Klinik und PatientInnen Zwang und Gewalt vermieden, mindestens jedoch gemindert werden können.

Im Psychiatriebericht des Landes NRW, wird übrigens auch darauf hin gewiesen, dass bereits 2006 die Kommunen aufgefordert wurden, Modellprojekte zur Reduzierung von Zwangsunterbringungen zu entwickeln. Obwohl Projektmittel zur Verfügung ständen, wären von Seiten der Kommunen bisher keine Mittel angefordert worden.

Ich dachte, diesem Mangel kann abgeholfen werden und habe den Psychiatriekoordinator des Kreises Herford darauf angesetzt. Die Anfrage erbrachte, dass es bisher noch keine Förderrichtlinien gäbe. Wir sollten doch erst einmal ein Konzept entwickeln und dieses einreichen. Dabei sind wir nun. Ich bin gespannt, wie es weiter geht.

Ruth Fricke

Mitglied des geschäftsführenden
Vorstandes des BPE e.V.