

8. Badische VGT am 26.03.2010

HK – BUR im Dialog

Freiheit zur Krankheit

Vorschlag eines Fallbeispielles

Betreuung für M.K. * 1964
Ledig, alleinstehend,

Erstbestellung der Betreuung: 24.08.1998

Betreuungsbegründende Diagnose: chronische Psychose

Angeordnete Aufgabenkreise: Vermögenssorge

Gesundheitssorge

Wohnungsangelegenheiten

Entscheidung über die Unterbringung

Anhalten und Öffnen der Post

Situation bei Betreuungsübernahme:

Zur Anhörung bei der Betreuungsrichterin erscheint der junge Mann alkoholisiert, hat mehrere Plastiktüten dabei mit Bier und Bekleidung, weiter die Einweisung seines Facharztes zur stationären Behandlung im ZfP. Es werde sich um den 40. Aufenthalt handeln. Nimmt in der Anhörung die Betreuung dankend an. Die Wohnung ist zu diesem Zeitpunkt bereits gekündigt durch den Vermieter, es droht Zwangsräumung.

Der Betreute hat die Mittlere Reife erworben, danach eine Ausbildung zum Koch mit Erfolg durchlaufen. Gegen Ende der Ausbildung sei es zu ersten Manien mit anschließenden Depressionen gekommen. Sei in fachärztlicher Behandlung bei seinem früheren Kinder- und Jugendpsychiater. musste nach drei oder vier Jahren seine Erwerbstätigkeit aufgeben, da die Krankheit immer schlimmer geworden sei. Er trinke dann auch recht viel, dann ziehe es ihm den Stecker und er mache blöde Sachen. Das geschehe immer in der Manie. Dann komme es auch vor, dass er auf Trebe gehe. Kenne schon einige Psychiatrien in der Republik, habe längere Zeit in Berlin gelebt, das Weglaufhaus sei nichts für ihn, schon wieder zu heftig. Charité sei die beste Klinik.

Betreuer kann in Erfahrung bringen, dass MK schon mehrere Entzugsbehandlungen begonnen habe, keine zu Ende geführt. Es handle sich um eine psychoseinduzierte Suchtproblematik.

Der Betreute ist berentet, seine Rente ist so hoch, daß kein Anspruch auf Leistungen SGB XII – Grundsicherung für dauerhaft erwerbsunfähige besteht. Wohngeldanspruch ist gegeben, ebenfalls Befreiung von Zuzahlungen SGB V.

Die Behandlung im ZfP, die er am Tage der Anhörung noch antritt, beendet MK vorzeitig durch entweichen, geht auf Trebe, taucht im benachbarten Ausland auf, wo er wegen „Mundraub“ auffällig wird (hat einem Berber seinen Wein geklaut). Nach Rücksprache mit der Kantonalpolizei wird Betreuer nach Deutschland „überstellt“ und in das ZfP gebracht, dort erklärt er Freiwilligkeit. Er bittet um Unterstützung für eine weitere Langzeittherapie, es kann auch eine Einrichtung gefunden werden, die ein entsprechendes Profil aufweist, die Krankenkasse stimmt zu. Behandlungsantritt.

Mittlerweile wird die Wohnung geräumt und an Eigentümer übergeben.

Betreuer bricht die Langzeit nach vier Wochen ab, habe keinen Zweck, er durchschaue die Therapeuten, das macht dann keinen Sinn. Will eine Bibelschule besuchen und Prediger werden. Die Medis braucht er nicht, er erkennt, wenn Manie kommt, hat eigentlich nur Angst vor den Depressionen. Kommt zunächst bei seinem Bruder unter, der selbst mehrere stationäre Behandlungen durchlaufen hat wegen Suchtproblematik (nass). Es eskaliert zwischen den beiden, es kommt zur Unterbringung zunächst nach dem PsychKG, dann nach §1906 BGB.

Dem Betreuten kann neue Wohnung vermittelt werden. Dank übergroßer Geduld (und Verständnis) des Vermieters hat er die Wohnung noch heute, trotz mehrfacher Vermüllung,

Zerstörung etc.

Weiterer Verlauf:

In den Folgejahren immer das gleiche Spiel, absetzen der Medikation. Macht sein Recht geltend, über die Medikamente selbst zu bestimmen. Nach Beginn einer Manie und ersten Problemen und Kontakten mit den Ordnungsorganen folgen vermehrt Selbstmedikationen („ich weiß was mir gut tut“).

Immer wieder Auffälligkeiten, zum Teil sehr massiv, Strafverfolgungsbehörden stellen Ermittlungsverfahren immer wieder wegen Schuldunfähigkeit ein. Zuführungen zur stationären Behandlung, oftmals schneller wieder entwichen, als der Betreuer einen begründeten Genehmigungsantrag § 1906 BGB schreiben kann bzw im Amtshilfeverfahren die Anhörung durchgeführt werden kann. Manchmal taucht Betreuer wochenlang unter, verliert Bankkarte und Ausweispapiere. Zumindestens über die Kartenverfügungen kann der Betreuer manchmal den Weg nachverfolgen.

Die Phasen der manischen Dekompensationen werden immer länger, immer ausgedehnter, immer heftiger. Ein anhörender Betreuungsrichter warnt den Betreuten eindringlich, daß früh oder später die Forensik drohe.

Seitdem ist Thema zwischen Betreutem und Betreuer, alles zu tun, um seine Freiheit ohne Einrichtung zu leben und seine Freiheit zu haben, krank zu sein.

Immer wieder kann auch der Vater des Betreuten den jungen Mann auffangen. Mutter ist vorverstorben, Vater wegen langjährigem Suchtmittelmißbrauch ebenfalls frühberentet. Hilft seinem Sohn immer wieder materiell oder tatkräftig, insbesondere bei der Wiederherstellung der Wohnung. Der Vater verstirbt – unerwartet – im Sommer 2008. Darauf erfolgt längere Depression, vorwiegend stationärer Aufenthalt in der Klinik. In der Folge kommt es zum endgültigen Bruch mit Bruder.

Jüngste Entwicklungen:

Zur Krankheitsbild und Einschätzung der behandelnden Klinikärzte einige Auszüge aus dem jüngsten Gutachten zur Genehmigung einer Unterbringung (Sommer 2009):

„Betreuer befindet sich seit heute erneut in unserer stationären Behandlung.

Einweisungs- und Aufnahmeumstände:

Betreuer wurde in der Nacht von der Polizei wieder auf die Station gebracht. Vor knapp einer Woche war der Patient zur stationären Behandlung, die zuletzt auf der Rechtsgrundlage einer Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz (UBG) erfolgte, entwichen. Nunmehr erklärte der Patient, er habe es damals "satt gehabt". Er habe sich in der Zwischenzeit bei einer "Bekanntem" aufgehalten. Ein Wohnungsschlüssel habe er nicht mehr, da ihm dieser "geklaut" worden sei. Er wolle nunmehr im ZfP bleiben. Am Abend des 21.08 habe er eine größere Menge Alkohol getrunken. Eine Depotmedikation wurde vom Patienten abgelehnt. Die orale Medikation könne wie zuletzt verordnet fortgeführt werden. Eine produktiv psychotische Symptomatik wurde vom Patienten bestritten. Bei der orientierenden körperlichen Untersuchung zeigte der Patient keine frischen Verletzungszeichen. Im Alkoholatemtest 1,3 ‰. Kardio-pulmonal wirkte er kompensiert.

Psychopathologischer Aufnahmebefund:

Wenig gepflegter, wacher, orientierter, auffassungs- und konzentrationsfähiger, psychomotorisch ruhig wirkender Patient. Affektiv wirkte er etwas niedergestimmt, jedoch auslenkbar und bedingt schwingend. Der formale Gedankengang wirkte orientierend unauffällig. Im inhaltlichen Gedankengang dominierte eine mäßige Kritikminderung. Keine deutlichen Wahngedanken oder Wahnideen. Kein Anhalt für akute Halluzinationen oder Ich-Störungen. Von Suizidalität distanzierte sich der Patient glaubhaft.

Unmittelbare Vorgeschichte:

Patient befand sich zuletzt für 7 Wochen in der hiesigen stationären Behandlung, in den zurückliegenden 12 Monaten insgesamt vier Aufenthalte. Aufnahmeanlaß war eine akute psychotische Exacerbation, nachdem Betreuer erneut seine Medikamente abgesetzt und verstärkt Alkohol getrunken hatte. Aufnahmeanlaß war, dass der Patient im Stadtbild auffällig geworden war und offenbar mehrere Passanten im Rahmen eines Erregungszustandes bedroht hatte, so dass die Polizei hinzugezogen werden musste. Im Rahmen der stationären

Behandlung wurde Patient abermals medikamentös eingestellt auf Flupentixol, darüber hinaus Valproinsäure und Chlorprotixen, worunter sich der Patient nur leidlich stabilisierte. Der Patient zeigte im Rahmen der stationären Behandlung kaum oder nur geringe Krankheitseinsicht und verweigerte weitgehend die Kooperation bei der Planung einer angemessenen poststationären Perspektive. Der Patient war schließlich aus der Behandlung entwichen.

Krankheitsvorgeschichte:

Bei dem Patienten liegt seit über 20 Jahren eine rezidivierend schizoaffektive Psychose vor, wegen der er 70mal in der hiesigen stationären Behandlung war. Darüber hinaus liegt ein phasenhafter Alkoholabusus vor, der die weitere Krankheitsgeschichte im Zusammenhang mit mangelnder medikamentöser Compliance komplizierte. Patient lebt in einer Mietwohnung, ist berentet, wird umfanglich durch Herrn O. gesetzlich betreut.

Die besondere Problematik des Patienten stellte sich in der Vergangenheit insbesondere dadurch dar, dass der Patient sich immer wieder nachhaltig weigerte, sich ambulant ausreichend sozialtherapeutisch und fachpsychiatrisch betreuen zu lassen. In akuten Krankheitsphasen ist Patient immer wieder rast- und ziellos durch Deutschland gereist, hat dadurch erhebliche Krankenhaus-Behandlungskosten verursacht. In akuten Phasen ist der Patient insbesondere durch Alkoholkonsum immer wieder eigen- und fremdgefährdend aufgefallen. Der Patient ist immer in körperliche Auseinandersetzungen involviert gewesen, hat sich auch wiederholt Verletzungen durch diverse Stürze zugezogen, u.a. ist er vor einigen Jahren auf den Bahngleisen schwer gestürzt (Atemalkohol 4,0 ‰) was fast tödliche Folgen gehabt hätte. Aufgrund der schwierigen Kooperationsbereitschaft ist das psychiatrische Grundleiden zuletzt zunehmend chronifiziert, so dass Patient immer häufiger stationäre Behandlungen aufsuchen musste. Die Grundproblematik besteht unserer Einschätzung nach darin, dass Patient die sehr notwendige Behandlung vielfach durch Entweichen frühzeitig beendet hat, so dass keine tragfähige stationäre Behandlungsperspektive erarbeitet und umgesetzt werden konnte.

Beurteilung:

Bei dem Patienten liegt gegenwärtig eine akute Episode einer bekannten schizo-affektiven Psychose mit einhergehendem Alkoholabusus (ICD-IO F 25.0/F IO.1) vor. Die Krankheitseinsicht ist im Rahmen dieser Erkrankung als sehr wechselhaft und nicht tragfähig genug zu bezeichnen, so dass eine ausreichende Behandlungsbasis gegeben ist. Psychiatrischerseits ist nun eine längerfristige Behandlung in einem beschützten Rahmen erforderlich, um schließlich eine poststationäre Behandlungsperspektive unter Einschluß einer tragfähigen Medikation zu bewirken. Sollte eine solche Behandlung unterbleiben, drohen in kurzer Zeit massive Exacerbationen, die nicht nur eine körperliche Eigengefährdung bedeuten, etwa durch tätliche Auseinandersetzung und alkoholbedingte Unfälle, sondern auch die weitere Prognose im Hinblick auf die Chronifizierung des Leidens mit nicht mehr behandelbaren Restsymptomen verschlechtern. Diese ungünstige Entwicklung kann durch eine Behandlung gegen den erklärten Willen wirksam vermieden werden.“

Während der Behandlung stimmt Betreuer zunächst einer oralen Medikation zu. Der Oberarzt des ZfP vertritt gegenüber Betreutem und Betreuer die Ansicht, Betreuer müsse nun in den Heimbereich wechseln. Betreuer lehnt dies ab, und bittet den Betreuer ihn hierbei zu unterstützen.

Anmerkung:

Bis dahin das Fallbeispiel. Die „Auflösung“ gebe ich gerne noch bekannt, in wie weit die Lösung der Diskussion dient, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Wir treffen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung. Zielstellung ist das „Leben in Freiheit“ zu sichern. Eckpunkte sind:

1. Akzeptanz der Depotmedikation
2. Fachärztliche Betreuung im Gemeindepsychiatrischen Zentrum
3. Suchtmittelverzicht
4. Annahme eines Betreuten Einzelwohnens durch den SPDi

Im Moment funktioniert es, Betreuer beginnt, eine Tagesstruktur zu schaffen. Nimmt BEW als auch die PIA Termine gerne an. Ist stolz, seine Freiheit zu erhalten, wenn er die Medikamente über Depot erhält.

22.03.10 – Gerold Oeschger