

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Ehrenvorsitzende: Dorothea Buck

BPE e.V. , Wittener Str. 87, 44789 Bochum

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

15.05.09

Rechte haben – Rechte verwirklichen

Fachtagung der DGSP, des VGT und der Fachhochschule Köln am 15./16.05.09 in Köln

Impulsreferat zum Forum V: Zwang und Gewalt

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zunächst muß ich 2 kleine Korrekturen zur Vorstellung meiner Person im Tagungsflyer vornehmen:

1. Ich bin nicht Vorsitzende unseres Bundesverbandes, so etwas haben wir gar nicht. Wir haben einen siebenköpfigen gleichberechtigten geschäftsführenden Vorstand und ich bin einen von den Sieben.
2. Unser Verband heißt „Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener“ und nicht Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenere. Wir stellen keine Omnipotenzansprüche!

Nun zur Sache selbst: Die Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie ist für uns Psychiatrie-Erfahrenere selbstverständlich Das wichtigste Ziel überhaupt. Zwangsmaßnahmen wirken krankheitsverstärkend, weil sie das Ursprungstrauma überdecken und so dessen Bearbeitung behindern.

Ich selbst kann mich noch sehr gut an meine Zwangseinweisung Ende August 1999 erinnern. Bei glühender Hitze wurde ich in Handschellen und an die Trage im Krankenwagen gefesselt in unsere damalige 40 Kilometer entfernte Pflichtversorgungsklinik nach Gütersloh gekarrt. Dort standen wir nach einstündiger Fahrt dann noch eine ca. halbe Stunde an der Pforte, ohne dass mir jemand die Fesseln gelöst oder mir etwas zu trinken gegeben hätte. Der Horrortrip endete erst als wir endlich am Leßnerhaus, meiner zuständigen Sektorstation angekommen waren und Frau Dr. Jiko mich aus dieser misslichen Lage befreite.

Wie selbst- oder fremdgefährdend ich wirklich war mögen Sie daran ermessen, dass ich 2 Tage später gemeinsam mit der Psychiatriereferentin des Landes NRW , Frau Slawski-Haun, bei einer DGSP-Tagung auf dem Podium saß, um über die anstehenden Reform des PsychKG NRW zu diskutieren und wo es mir noch gelang wesentliche Punkte durchzusetzen. So gelang es mir z.B. die Behandlungsvereinbarung als eine Form der Vorausverfügung im § 2 Zu verankern und den Halbsatz „... es sei denn der Betroffene möchte aktuell etwas anderes.“ ersatzlos zu streichen, damit man im Zustand einer akuten Psychose nicht alle Mühsam in gesunden Zeiten ausgehandelten Vereinbarungen wieder zu Nicht macht und die Klinik dann wieder nach ihrem Gutdünken handeln kann.

Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention werden wir - hoffentlich gemeinsam – in den nächsten Jahren verstärkt an Konzepten arbeiten müssen, die den Abbau von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie vorantreiben. Wir werden an der Anpassung der PsychKG's und Unterbringungsgesetze der Länder arbeiten müssen. Leider gibt es davon 16 verschiedene. Jedes Bundesland hat andere Regelungen. Hilfsmaßnahmen sind nur in den PsychKG's verankert, nicht in den reinen polizeilichen Unterbringungsgesetzen, wie sie noch in Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland existieren.

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 solle, nämlich die öffentlich rechtliche. Der § 1906 BGB, der eine Zwangsunterbringung schon bei Behandlungsbedürftigkeit erlaubt, sollte also ersatzlos gestrichen werden. Dies wäre ein echter

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

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 Prinzipes „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 zuhause 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 Richter aufgrund von Aussagen nach „Hörensagen“ Zwangsunterbringungen anordnen 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. Anzustreben ist aus meiner Sicht eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für öffentlich-rechtliche Unterbringungen.

Insgesamt brauchen wir jedoch ambulante Hilfen, die Klinikeinweisungen möglichst vermeiden helfen. Hieran zu arbeiten ist eine Aufgabe, der wir uns gemeinsam stellen sollten.

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 Zwangseinzweisungen und Zwangsmaßnahmen auch unter Pflichtversorgungsbedingungen drastisch reduzieren kann hat Herr Kalthoff bereits am ambulanten und komplementären Bereich gezeigt. 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 weich 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 zuhause 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.

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

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, wir 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.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!