

Verhandeln statt behandeln?

Margret Osterfeld

Was haben Enquete und Reform gebracht? Der kritische Rahmen

Eine alte Schlagzeile aus den Zeiten der Psychiatriereform wurde mir zum Thema gemacht. Wichtig ist mir das Fragezeichen, das beim Druck des Einladungsflyers wohl vergessen wurde. Geladen bin ich – und ich danke dafür – weil ich vor 15 Jahren selbst zur Psychiatriepatientin wurde. Heute bin ich fast dankbar für diese Erfahrung, wäre ich doch andernfalls zu einer durchschnittsfrustrierten Durchschnittspsychiaterin geworden. In nur fünf Wochen erlebte ich damals vier Angriffe auf meine Selbstbestimmung, abwechselnd nach Psych-KG und Betreuungsrecht (BtG). So sollte lediglich eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, um mich zu einer Medikation ohne Aufklärung und Zustimmung zu zwingen, Gefährdungssituationen lagen nicht vor. Diese Erfahrung ließ mich neu über mein Fachgebiet nachdenken. Das Medikament, das eine Frau Professor mir damals aufnötigen wollte (Gabapentin) ist bis heute für psychiatrische Indikationen nicht zugelassen, wahrscheinlich ist, dass Frau Professor an einer pharmagesponserten Studie beteiligt war, d.h. eine Extrazahlung bekam für jede Patientin, die sie in die Studie einschloss. So schnell wird man in der Psychiatrie zum Versuchskaninchen, auch heute noch. Doch um Psychopharmaka soll es heute nicht gehen. Deutlich sagen möchte ich allerdings noch in der Einleitung: Hätte ich diese Patientenerfahrung gemacht bevor ich 25 Jahre alt wurde – das war zur Zeit der Psychiatrie-Enquete – dann wäre ich heute sicher eine sogenannte chronische Patientin, untergebracht in einem Heim und mit reichlich Psychopharmaka versehen.

In mehr als 40 Jahren ist das Schlagwort »ambulant vor stationär« nicht Wirklichkeit geworden. Niedergelassene Psychiater betreiben eine Fünf-Minuten-Medizin, erfolgreich wehren sie sich gegen die Teilnahme am ärztlichen Notdienst, Haus- oder Heimbesuche kommen in ihrem Berufsalltag viel zu selten vor. Das mag ein Ergebnis der gekammerten ärztlichen Selbstverwaltung sein, patientenfreundlich ist es nicht. Eine »Schnittstelle,« die sicher Teilhabe daran hat, dass der psychiatrische Berufsstand gut verdient und dass Menschen mit chronischen Diagnosen zwischen Klinik und Tagesstätte, Heim und Werkstatt für Behinderte (WfB) hin und her geschoben werden. Sie sind die Schnipsel, deren Stimme nur selten in Beiräten, kaum im Qualitätsmanagement und viel zu selten in der Politik gehört werden. Gleichzeitig sind sie die »Kunden« in diesem Psychiatriesystem. Haben sie nichts zu sagen? Kunden haben auch Rechte, da sind wir uns alle einig. Gebeten wurde ich, hier die Betroffenenperspektive zu verdeutlichen, so möge man mir verzeihen, wenn meine Worte für meine Kollegen scharf klingen. Systeme kann man nur verändern und fortentwickeln, wenn ihre Reibungsverluste auch benannt werden.

Warum wir in Deutschland bezogen auf die Bevölkerungszahl so viel mehr psychiatrische Krankenhausbetten brauchen als anderen EU-Staaten, bleibt ein Rätsel.

Ist es etwa so, dass so viel mehr Deutsche so schwer psychisch krank werden, dass sie ein Klinikbett brauchen? Sind sie gefährlicher oder verrückter?

Tatsache ist, nach all meinem Wissen, dass es keine wissenschaftliche Erklärung für die vielen teuren Krankenhausbetten gibt. Nach zwei Jahrzehnten Tätigkeit in einer der größten psychiatrischen Kliniken stelle ich allerdings fest, es sind die Kliniken und ihre habilitierten Chefärzte, die die Steuerungsfunktion in der Psychiatrielandschaft behalten haben und weiter behalten wollen. Bis zu zwanzig Prozent ihrer Patienten, ihrer Kunden, bekommen sie ohne deren Zustimmung. »Unterbringung« heißt das, sei es nach BtG oder nach »Schutz- und Hilfgesetzen (Psych-KGs)«. Wir Betroffenen haben im Jahr fünf nach Ratifizierung der UN-BRK nicht mehr die Erwartung, dass Kliniken oder psychiatrische Fachverbände ein Interesse daran haben, in den Dialog mit den Kunden zu treten um Zwang zu vermindern. Sie schmücken sich mit Qualitätszertifikaten aller Art, nutzen das Schlagwort dieses Vortragstitels in irgendeinem Leitbild, doch sie verteidigen ihre Vernunftlosigkeit gegenüber den »armen Kranken« und in der Praxis geht es nur noch darum, mit rascher hochdosierter Medikation »schwarze Zahlen« zu schreiben. Irgendwie ist die psychiatrische Versorgung zur Gewinnzone geworden für die Entscheidungsträger. Die seit dem Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen werden nur an wenigen klinischen Orten in die Alltagspraxis umgesetzt.

In zahllosen Aufsätzen spricht man von der »Schnittstellenproblematik« doch vierzig Jahre Psychiatriereform konnten nicht dazu beitragen, dass aus Schnittstellen solide Nahtstellen werden, die Genesungswege statt gesellschaftlicher Exklusion fördern. Im fünften Jahr nach der Ratifizierung der UN-BRK wird nicht diskutiert wie Inklusion bei psychischer Behinderung aussehen kann, sondern wo der Staat sparen kann in der »Versorgung« und wer an den psychisch Kranken, den chronisch psychisch Kranken, den psychisch Behinderten oder seelisch Beeinträchtigten wie viel Geld verdient. Es geschieht, dass sich ein Geschäftsführer eines psychosozialen Trägervereins ein Gehalt von 14 000 € genehmigt, während seine Kunden und Klienten von Hartz IV leben. Ist das noch soziale Marktwirtschaft oder schon marktkonforme Demokratie? Immerhin lässt sich der Presse entnehmen, dass diesem Verein der ambulanten psychiatrischen Versorgung die Gemeinnützigkeit entzogen wurde. Doch wie viele Menschen mit psychiatrischen Diagnosen finden den Weg zurück ins Erwerbsleben, wie viele werden wegen der Diagnose aussortiert, arbeitslos und deshalb zu Hartz IV-Empfängern und Kunden des betreuten Wohnens?

Ich spreche dies so deutlich aus, weil wir hier auf dieser Tagung nicht nur über Reformbedarfe sprechen sollten. Wir müssen uns verdeutlichen, dass wir mitten in der zweiten Psychiatriereform leben; ohne eine Enquetekommission wird auf allen politischen und unternehmerischen Ebenen nach Einsparungsmöglichkeiten gesucht. Zwar wurde unter der noch jungen Bundesregierung die Einführung von PEPP um zwei Jahre hinausgeschoben, doch ein neues Bundesteilhabegesetz liegt in der Schublade und wird den SGB XII umkrepeln. Die berufspolitischen Verbände der ambulanten Versorgung, ob Dachverband oder DGSP, schließen sich schon

jetzt den Wohlfahrtsverbänden an und raten mehr oder weniger dringend davon ab, ein Teilhabegeld einzuführen. Das Spiel kennen wir Menschen mit psychischen Behinderungen schon seit 2008 mit dem persönlichen Budget nach SGB IX. Eine breite Umsetzung bei psychisch Kranken wurde und wird auf Träger- und Verwaltungsebene blockiert. Wie wird es diesmal laufen, die Verbände bringen sich schon in Position. Wenn auch SGB IX und XI umgekrempelt werden, Grundlagen des Schwerbehinderten- und des Pflegerechts, kann es leicht passieren, dass von den sozialen Ansprüchen der alten Enquetekommission wenig übrig bleibt. Doch immerhin gibt es inzwischen mehr Teilhabe von engagierten Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, ehrenamtlich natürlich, ohne Spesenerstattung für Hartz IV-Empfänger.

Politische, nicht nur therapeutische Beziehung – der Klinikalltag

Sie sehen, ich möchte nicht so sehr über die Qualität der therapeutischen Beziehung sprechen, sondern von der Qualität der politischen Beziehungen. Auch wir von F-Diagnosen Betroffene wollen politisch gehört und wahrgenommen werden, wie jeder Bürger. Wenn im Ausblick der Dokumentation der letzten APK-Jahrestagung vom »Erfolg der Lobbyarbeit für die Sache der psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger« (S. 302) gesprochen wird, dann darf ich fragen, ob es eine Betroffenenlobby gibt oder ob wir immer noch professionelle Fürsprecher brauchen, weil uns der Geist abgesprochen wird.

Seit einer Gesetzesänderung im Jahre 1999 zeigt das Psych-KG in NRW, dass politische Beteiligung auch von Menschen mit F-Diagnosen sinnvoll und möglich ist. Die Besuchskommission nach diesem Gesetz ist trialogisch besetzt: Neben einem Vertreter der Bezirksregierung, einem Juristen und dem psychiatrischen Sachverständigen, der das Protokoll schreibt, gehören ein Betroffenenvertreter und ein Angehörigenvertreter der Kommission an. Das hat zweifellos Qualitätssteigerungen in der Arbeit der Besuchskommissionen gebracht und es heißt, dass das Landesgesundheitsministerium unsere Beiblätter zum Protokoll mit großer Aufmerksamkeit liest. Doch um noch einmal auf die ehrenamts- und Spesenproblematik zurück zu kommen, der psychiatrische Sachverständige Protokollant erhält für seine Schreibearbeit ein Honorar von annähernd 300 €. Die diagnosebetroffenen Besuchskommissionsmitglieder müssen sich bestimmt nicht weniger Gedanken um Form und Inhalt ihrer Beiblätter machen, sie müssen selbst in ihrer Freizeit tippen und korrigieren und bekommen für all das keine Pauschale. Es wäre ein Leichtes, dies zu ändern um so der politischen Betroffenenarbeit mehr Würdigung zu verschaffen.

Einige Beispiele, was der Besuchskommission noch im Jahr 2014 in renommierten Kliniken begegnet, jedoch erst durch Beiblätter an das verantwortliche Ministerium herangetragen wird, sollen belegen, wie die Würdigung der Patientenrechte in der Praxis aussieht.

Nachdem ich im Frühjahr recht schockiert aus einer Uniklinik heimkehrte, bewies schon im Juli eine andere Uniklinik, dass die seit zwei Jahren dort vorgetragenen Kritiken der

Besuchskommission zu keinerlei Praxisänderung führte. Eine nachvollziehbare Dokumentation von Grund und Ziel gravierender Zwangsmaßnahmen gab es dort immer noch nicht. Eine junge Mutter mit einer postpartalen Psychose wurde unmittelbar nach der Verlegung aus der Gynäkologie für mehr als 24 Stunden voll fixiert. Das Fixierungsprotokoll ließ die Notwendigkeit der Fixierung für etwa drei Stunden vage erkennen, gelöst wurden die Riemen aber erst, als am nächsten Tag der Richter erschien. Dieser entschied, dass die Psych-KG Unterbringung nicht rechtens war. Verhandeln statt behandeln? Ist eine gewisse Erregung, wenn man kurz nach der Entbindung von seinem Kind getrennt und in eine andere Abteilung verlegt wird, nicht für jeden Menschen nachvollziehbar? Als Nichtjuristin darf ich feststellen, dass die Fixierungsmaßnahme wohl voreilig, unüberlegt und anscheinend auch unrechtmäßig war.

Im gleichen Haus wurde eine andere Patientin, mehr als siebzig Jahre alt, unter der Diagnose »Manie« mit Haldol behandelt. Dies ist nicht leitliniengerecht, obendrein steht das Präparat auf der Priscus-Liste, die für alle Ärzte einsehbar aufzeigt, welche Medikamente im Alter nicht angewendet werden sollen. Mit hängenden Augenlidern und nur spärlichen Bewegungen (als Hinweise auf eine mögliche Überdosierung) berichtete uns die Dame, dass sie mit der Behandlung nicht einverstanden sei. Ich fragte sie, ob die Ärzte mit ihr über Sinn und Ziel der Medikation gesprochen hätten. Sie verneinte klar. Die Oberärztin antwortete auf meine Frage, wo die Medikamentenaufklärung in der Patientenakte dokumentiert sei, nur schnippisch, die habe man nicht dokumentiert, man habe sie aber gemacht. Qualität der therapeutischen Beziehung? Ist das psychiatrische Beziehungsgestaltung zu einer alten Dame im 21. Jahrhundert? Menschenwürde, Freiheit und Gleichheit vor dem Gesetz treten zurück, sobald eine Behandlungsindikation gestellt ist?

Sie werden mir den eingangs erwähnten Begriff »Versuchskaninchen« nun verzeihen und nachvollziehen können, dass klinische Psychiatrie aus der Perspektive der Diagnosebetroffenen immer wieder als rechtsfreier Raum erlebt wird. Die universitäre Psychiatrie hat UN-BRK und Verfassungsgerichtsurteile bis heute nicht zur Kenntnis genommen oder versucht Auswirkungen der Konvention auf die psychiatrische Praxis zu vermeiden. Nachdem das Gesundheitsministerium NRW nun infolge der Verfassungsgerichtsurteile vorschreibt, dass alle Zwangsmedikationen nicht nur in der Patientenakte dokumentiert sondern auch statistisch erfasst werden müssen, zeichnet sich für uns Besuchskommissionsmitglieder bereits ab, dass Kliniken der Kommission lediglich richterlich genehmigte Zwangsmedikationen mitteilen wollen, richterlich abgelehnte Fälle werden weiterhin ebenso wenig erfasst, wie Behandlungen ohne Patientenzustimmung.

Die Qualität der *politischen* Beziehungen

Die Diagnosebetroffenen werden vom Gesundheitsministerium NRW in die Besuchskommission nach Psych-KG berufen. Es ist ein politisches Mandat. Erfolge hat die dialogische Besetzung durchaus gebracht. Dass in NRW die Videoüberwachung fixierter Psych-KG-Patienten inzwischen untersagt ist, ist dem Engagement politisch aktiver Diagnosebetroffener, aber auch dem europäischen Komitee zur

Prävention von Folter und menschenunwürdiger Behandlung (ill-treatment) zu verdanken. Einem jeglicher Bewegungsfähigkeit beraubten Menschen steht die menschliche Begleitung durch eine Sitzwache zu. Die letzte Änderung des Psych-KGs machte dies für NRW deutlich und die Besuchskommission kontrolliert die Umsetzung. Nicht erzählen möchte ich hier, mit welchen Begrifflichkeiten manche Klinikleiter dies immer noch beklagen. Doch hinweisen muss ich darauf, dass diese Klinikleiter ihre Kameras ohne zu zögern anwerfen, sobald ein betreuungsrechtlich untergebrachter Mensch fixiert werden muss. Bundesrecht vor Landesrecht? Unterschiedliche Rechtsstandards, unterschiedliche Berücksichtigung der Menschenrechte, je nach Rechtsgrundlage des Freiheitsentzugs? Kann dies sein in einer Psychiatrie des 21. Jahrhunderts? Kann dies sein vor dem Hintergrund, dass in der Bundesrepublik weit mehr Menschen aufgrund von psychiatrischen Sachverhalten die Freiheit entzogen wird, als wegen strafrechtlicher Verstöße gegen das Gesetz? Erfüllt die Bundesrepublik ihre Schutzpflicht auch für psychisch kranke Bürger, wenn sie für all die Menschen, die in Kliniken oder auch in Heimen nach BGB ihrer Freiheit beraubt werden, keinerlei Kontrollorgan wie die Besuchskommission nach Psych-KG vorhält?

Gleichzeitig erreichen mich immer wieder Gerüchte, dass die Arbeits- und Sozialministerkonferenz erneut nach Wegen sucht, die ambulante Zwangsbehandlung zu genehmigen. Auch dies kann eine Form von »ambulant vor stationär« werden. Doch damit begibt sich der Rechtsstaat in meinen Augen auf Treibsand. Die Enquete-Kommission hat dies sicher nicht gewollt. Bedenken Sie nur all die Klagen von Staat und Medien über die Überalterung der Gesellschaft. Sollen wir wirklich dahin kommen, dass jeder Mensch, dem einmal eine Demenz bescheinigt wurde – Demenz ist eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Depression und Manie – nach ärztlichem Gutdünken zwangsmediziert wird? Natürlich würde dies der Gesundheitswirtschaft, weiteren Auftrieb verleihen. Doch in so einer Republik möchte ich nicht leben.

Der Mangel an politischen Beziehungen der akademischen Psychiatrie zu Diagnosebetroffenen, an dialogischem Austausch hat zu einer Situation geführt, die Salze 2014 auf einer Tagung so beschrieb: »Die psychiatrische Versorgungsrealität 2014 ist nach großen Entwicklungsschüben der 1970er und 1980er Jahre von Diversifizierung und Fragmentierung gekennzeichnet. (Sie) stagniert und leidet an Innovationsmangel seit den 1990er Jahren, hat ein Theoriedefizit und führt keine programmatische Debatte. (Sie) ist vom Paradigma der Schizophrenie geprägt und unflexibel hinsichtlich neuer Herausforderungen«.

Eine bittere Bilanz nach vierzig Jahren der Reform. Die Landschaft des Psychiatrierechts hat sich deutlich geändert seit Ratifizierung der UN-BRK. Im gleichen Jahr 2009 wurde das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet; inzwischen gibt es auch ein Patientenrechtegesetz, doch trotzdem setzt die klinische Psychiatrie vorwiegend auf medikamentöse Behandlung ohne die schon seit dem 19. Jahrhundert verbindliche Aufklärung der Patienten über Sinn, Ziel und Gefahren der Medikation als Pflichtaufgabe zu begreifen. Heute wandeln Amtsgerichtsbezirke

Psych-KG-Unterbringungen unmittelbar in betreuungsrechtliche um, weil hier eine sicherere Rechtsgrundlage zur Zwangsmedikation besteht. Andernorts beharrt die Klinik lieber gleich auf dem Psych-KG, da man dann vor der Zwangsmedikation »nicht warten« müsse bis der Richter kommt. Die Zahlen, psychiatrisch begründeter Grundrechtseingriffe steigen seit Jahrzehnten, doch belastbare statistische Zahlen zur Häufigkeit von Unterbringung, Fixierung und Zwangsmedikation liefern weder die Kliniken noch die Amtsgerichtsbezirke. Im System psychiatrische Versorgung findet die UN-BRK nach wie vor kaum statt. Ist der Rechtsstaat gleichgültig gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oder sind die Lobbystrukturen der Berufsverbände zu stark?

Beziehungsqualität in der Selbsthilfe und ihrer Organisationen

Ein nicht unerheblicher Teil des Publikums auf dieser Tagung sind Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, Das freut mich, doch es hilft wenig, die Beziehungen zwischen Professionellen, Politik und Betroffenen zu kritisieren ohne zu benennen, wie die Beziehungsgestaltung innerhalb der Selbsthilfe aussieht. Die organisierte psychiatrische Selbsthilfe gibt es seit zwanzig Jahren, sie wächst an Zahl und Bedeutung (vgl. z. B. APK-Tagungsdokumentation 2014, Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen). Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener (BPE) hat, wie viele andere Verbände auch, seine Selbstfindungs- und Spaltungsgeschichte. Wer sich differenzierter mit der ethisch schwierigen Zwangsproblematik auseinandersetzt, läuft Gefahr aus dem BPE ausgeschlossen zu werden und es gelang diesem Verband bisher viel zu wenig, Selbsthilfe-Lobbyarbeit für die Sache aller psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger erfolgreich zu gestalten. Dass die politische Bedeutung der Selbsthilfe trotzdem wächst, lässt sich daran erkennen, dass immer mehr psychiatrische Berufsverbände auch diagnosebetroffene Menschen in ihre Vorstände berufen und sozialpsychiatrische Fachzeitschriften in ihre Redaktionen.

Viele psychiatrische Selbsthilfeformationen, die nicht die Linie des BPE vertreten und sich auch anderen psychiatrischen Diagnosen widmen, finden dagegen nach meinem Eindruck kaum politisches Gehör. Es gibt kaum einen Austausch zwischen namhaften Personen des Netzwerkes Stimmenhörer, der Borderline-Netzwerke, verschiedener Alzheimer-Gesellschaften, Depressionsnetzwerken und dem BPE. Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, die als dialogischer Fachverband 1.300 diagnosebetroffene Mitglieder und weitere 300 Angehörige als Mitglieder hat, scheint politisch unbedeutend zu sein; vom BPE-Vorstand wird sie als konkurrierende Organisation wahrgenommen. Der Alleinvertretungsanspruch des BPE für alle Menschen mit psychiatrischen Diagnosen führt in NRW zu der Auffassung, nur BPE-Mitglieder können von der Landesregierung in die Besuchskommission berufen werden. Hier wäre es natürlich wünschenswert, dass das zuständige Gesundheitsministerium im Rahmen des Inklusionsauftrags an andere Betroffenenverbände herantritt, um für die Besuchskommission Nachwuchs mit psychiatrischen Diagnosen zu gewinnen.

Der BPE vertritt heute nicht mehr bundesweit die Interessen psychisch kranker Menschen. Inzwischen sind der Landesverband Rheinland-Pfalz und auch andere Landesverbände erklärtermaßen nicht mehr Mitglied im BPE-Bundesverband. Doch nachdem bei dieser Tagung der Eindruck entsteht, dass mehr Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Publikum sitzen, als Psychiater, ist der Umschwung vielleicht schon eingeläutet und man darf fragen, welche politische Bedeutung der BPE noch hat. Ich jedenfalls freue mich, dass es heute Abend nach dem Tagungsprogramm hier noch ein Treffen aller in der Selbsthilfe Engagierten geben wird und ich hoffe, dass sich so eine neue Plattform politischer Einflussnahme für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen jenseits von Verbandsrivalitäten entwickelt.

Was hat zu geschehen?

Wenden wir uns möglichen Wegen für die Zukunft zu. Gelobt habe ich die dialogische Besetzung der Besuchskommissionen in NRW. Viel mehr Dialog ist aber möglich in der Republik. Baden-Württemberg wird endlich ein Psych-KG bekommen, es sieht landesweit Beratungs- und Beschwerdestellen auf kommunaler Ebene vor, die ebenso wie die dortigen Besuchskommissionen dialogisch besetzt werden sollen. Wir dürfen hoffen und erwarten, dass die Experten aus Erfahrung mehr Gehör finden werden im Ländle. Vielleicht können wir auch beobachten, dass die Psychiatrie dort in Zukunft weniger Zwang anwendet als in der Vergangenheit und mehr auf Gespräch und Überzeugung setzt.

Doch auch bei diesem Gesetz liegt der Teufel im Detail. Länger als jeder andere Bürger, der gegen Gesetze verstößt, muss ein Psychiatriepatient in Baden-Württemberg warten, bevor ein Richter entscheidet, ob der psychiatrische Freiheitsentzug rechters ist. Das Monitoring durch die Besuchskommission, die staatliche Überprüfung, ob eine Klinik ihre Sonderrechte nicht überzieht und die Patientenrechte vernachlässigt, soll nur alle drei Jahre stattfinden. Auch wenn der Staat sein Gewaltmonopol auf Institutionen überträgt, bleibt er verantwortlich für die Kontrolle der Institution und den Schutz der Grund- und Menschenrechte seiner Bürger mit seelischen Beeinträchtigungen. Mir erscheint fragwürdig, dass eine erhebliche Grundrechtseinschränkung, nur weil sie psychiatrisch begründet ist, weniger Schutz des Rechtes genießt, als im Strafrecht. Es mag an der Zeit sein für eine neue Enquetekommission, zusammengesetzt aus Medizinethikern, Diagnosebetroffenen und ihren Angehörigen, Menschenrechtsjuristen und ein paar Psychiatern, um solche Probleme anzugehen. Vielleicht lassen sich so die Defizite der letzten zwei Jahrzehnte überwinden. Die Definitionsmacht allein den Psychiatern zu überlassen, hat sich nur wenig als zielführend erwiesen.