

»Historische Chance versäumt«

Anmerkungen zur Verabschiedung des »Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme«* VON VOLKMAR ADERHOLD

Hat die Zeit gereicht für ein wirklich gutes neues Gesetz zur Anwendung von Zwang und Zwangsmedikation in der Psychiatrie? Für ein Gesetz, das schwer kranke Patienten verdient haben? Fast immer handelt es sich um Menschen mit vielen negativen Beziehungs- und Lebenserfahrungen und mit frühen interpersonellen Traumatisierungen.

Die Aufhebung der alten Gesetze durch das Verfassungsgericht im Frühjahr 2011 traf die Psychiatrie weitgehend unvorbereitet.

Obwohl vielen psychiatrisch Tätigen, Betroffenen und Angehörigen schon länger bewusst war und ist, dass wir es mit einer nicht patientengerechten Psychiatrie zu tun haben, hat es bis heute aus der institutionellen Psychiatrie keine entschiedene Initiative zu einer grundlegenden Verbesserung und zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen gegeben.

Erst das Urteil des Bundesgerichtshofs im Juni 2012 löste heftige Lobbyaktivitäten aus, was in nur sechs Monaten zu einer Neufassung der gesetzlichen Grundlage für die Zwangsbehandlung nach Betreuungsrecht führte.

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass nun mit der Verabschiedung des »Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme« eine historische Chance zu einer grundlegenden Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten auf dem Weg zu einer humaneren Psychiatrie versäumt wurde.

I. Das neue Gesetz ignoriert Mängel und Missstände

Die drei wichtigsten Problemebenen sollen kurz benannt werden:

1. Das neue Gesetz wird erneut einen bestehenden Mangel verdecken.

Entstehende Zwangssituationen sind oft Ausdruck einer völlig unzureichenden ambulanten Behandlung für diese Patientengruppe. Insbesondere fehlen dort kassenfinanzierte kompetente multiprofessionelle Teams, die beziehungskontinuierlich mit den Patienten arbeiten können. Akute Krisen könnten mit solchen ambulanten Teams verhindert oder begleitet werden, ebenso wie Hospitalisierungen vermindert oder weniger traumatisch gestaltet werden könnten. In fast allen untersuchten westeuropäischen

Staaten liegen die Zwangseinweisungsraten um mindestens die Hälfte unter BRD-Rate pro 100 000 Einwohnern¹: England 53%, Frankreich 6%, Italien 15%, Portugal 4%; Schweden 65%; Dänemark 20% (nur Gerichtsentscheidungen), Niederlande 25% (nur Gerichtsentscheidungen). In den letzten Jahren sind in Deutschland die Unterbringungen im Rahmen des Betreuungsrechts immer weiter angestiegen, und der Trend hält an. Eine nicht nur im internationalen Vergleich unerträgliche Entwicklung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund unserer durch »Euthanasie« belasteten Geschichte besonders beschämend und mahnt eine Veränderung der Praxis und der gesetzlichen Grundlagen an. Wie und warum in den anderen europäischen Ländern so viel weniger Anwendung von Zwang möglich ist, sollte dringend vergleichend überprüft werden.

2. Die meisten Akutstationen sind für diese Patientengruppe zu groß.

Sie überschreiten die bereits in der Psychiatrie-Enquete vor vierzig Jahren empfohlene Größe von 16 Betten. Ein altes politisches Versprechen wurde insoweit nicht eingehalten; hingegen wurde die Psychiatrie fast immer zu einem lukrativen Geschäft für die Krankenhausträger: Größere Stationen dienen der höheren Gewinnabschöpfung. Die Stationen sind zusätzlich oft unterbesetzt und erfüllen damit nicht die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Dies wirkt sich auf die betroffene Patientengruppe besonders schädigend aus.

3. Viele Teams sind zu unzureichend vorbereitet auf den Umgang mit schwierigen Patienten.

Bei Regelverstößen oder Übergriffen wird dann rasch mit Zwang reagiert. Wirksame Deeskalation bedarf hingegen einer komplexen therapeutischen Kompetenz des gesamten Teams. Für diese Kompetenzentwicklung ist auf etlichen Stationen oft viel zu wenig Zeit aufgewendet worden. Eine schlechte personelle Besetzung erschwert Deeskalationsmaßnahmen erheblich.

Schon die Strategie der »offenen Tür« auf Akutstationen kann hingegen das Auftreten von Gewaltsituationen deutlich absenken. Klare wissenschaftliche Evidenzen für das geeignete Vorgehen gibt es leider bis heute nicht. Es fehlen geeignete hochwertige Studien. Daran wird deutlich, welch geringes Interesse das Thema Zwang auch innerhalb

der wissenschaftlichen Psychiatrie hat und wie notwendig klare Impulse von außen, vom Gesetzgeber, sind.

Sollten Sie als Leser der Meinung sein, dass ambulante Zwangsbehandlung eine sinnvolle weitere gesetzliche Ergänzung sei, möchten wir auf die wissenschaftliche Schlussfolgerung zweier Cochrane-Metaanalysen (so genannter Goldstandard) von 2011² und 2005³ hinweisen. Sie zeigen, dass Zwangsmaßnahmen bei vielen Patienten nicht wirksam sind. Es ist zu vermuten, dass kompetente und langfristige ambulante teambasierte Arbeit oftmals gleich wirksam ist bzw. den eigentlich wirksamen Teil des therapeutischen Handelns darstellt. Weil jedoch immer noch die Anwendung von Zwang häufig rascher durchsetzbar ist, werden weitere psychische Belastungen bis hin zur (Re-)Traumatisierung verursacht und vom Gesundheitssystem in Kauf genommen. Aus menschenrechtlicher und ebenso aus therapeutischer Sicht ist dagegen dringend geboten, das Vorgehen mit dem geringsten Schädigungsrisiko zu wählen bzw. gesetzlich vorzugeben.

II. Das neue Gesetz nimmt den Druck, endlich zeitgemäße Alternativen zu entwickeln

In Deutschland wurde das »No-Restraint-Prinzip« – in der Psychiatrie seit 200 Jahren bekannt – nie mit Entschiedenheit verfolgt. Wir haben da einen historischen Nachholbedarf. Wir wissen allerdings, dass ein solcher Paradigmenwechsel meist erst durch Druck und Veränderungen von außen entsteht. Gesetzliche Vorgaben in den zu novellierenden Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder können und sollten jetzt eine Schrittmacherefunktion bekommen, nachdem durch die überstürzte Novellierung des § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) der bundespolitische Druck genommen wurde, endlich bessere und zum Teil schon bestehende Alternativen zur üblichen Zwangspraxis weiterzuentwickeln. Die neue Bundesgesetzgebung ist ein politisches Versäumnis und entspricht erneut nicht den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention.

Denn was bedeutet es für das alltägliche psychiatrische Handeln, wenn in der gesetzlichen Neuregelung die Formulierung gewählt wird, dass »der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere zumutbare

Maßnahme abgewendet werden kann.«? Um welche kurz- und langfristigen Maßnahmen handelt es sich dabei? Wer bestimmt, was »zumutbar« ist? Soll die verfassungsgerichtlich beanstandete »Vernunftlichkeit der Psychiatrie« weiter bestehen bleiben? Kann es sein, dass eine liberale Justizministerin, gemeinsam mit ihrem Parteifreund, dem Gesundheitsminister, einfach das Geschäftsmodell Psychiatrie wahren will? Per Ersatzvornahme hat Minister Bahr fast zeitgleich zur kurzen Zwangsdebatte der stationären Psychiatrie ein neues Finanzierungssystem verordnet. Soll hier auf dem Rücken der Schwächsten gespart werden?

Der klinischen Psychiatrie wird strukturell, finanziell und personell weniger als zuvor zur Verfügung gestellt, obwohl immer mehr Menschen stationär aufgenommen werden. Es kann Kliniken kaum abverlangt werden, Zwangsmaßnahmen abzuwenden, wenn gleichzeitig der Rotstift regiert und immer weniger Zeit und Zuwendung für schwierige Menschen in schweren Krisen vorhanden ist. Wem müssen Zwangseinweisungen und Zwangsmedikationen zumutbar sein, der Psychiatrie oder dem Betroffenen? Wir alle wissen, wie dehnbare die Auslegung einer solchen Gesetzesformulierung ist. Insbesondere Kliniken, die wenig patientenorientiert arbeiten, oder Teams, die durch Gewohnheitsbildung oder »Verschleiß« in dieser ethisch bedeutsamen Frage kein eigenes Engagement haben, werden durch dieses Gesetz die Erlaubnis erhalten, ihre gegenwärtige unzureichende Praxis fortzusetzen. Wir wissen jedoch aus historisch vergleichenden Erfahrungen und Studien, dass man durch ein verändertes klinisches Konzept die Rate der Anwendung von Zwang bis auf ein Prozent des Ausgangswertes absenken kann.

III. Das neue Gesetz nimmt Patientenschädigung in Kauf und wird dafür mitverantwortlich sein

Schädigungen befürchten wir

1. durch Retraumatisierung vor dem Hintergrund der persönlichen Biografie und
2. durch unangemessene, oftmals viel zu hoch dosierte und damit das Gehirn schädigende Pharmakotherapie.

Zu 1: Nicht selten kommt es in der Fixierung zu erheblicher Gegenwehr und Hilfescreien; manche (vor allem akut paranoide Patienten) wähnen sich zum Beispiel kurz vor einer Hinrichtung, erleben im fixierten Zustand die Injektion eines Beruhigungsmittels oder Neuroleptikums als Todesspritze. Die wenigsten Patienten werden nach Anwendung von Zwang über ihr Erleben oder ihre Gefühle befragt, obwohl die psychischen

Reaktionen nach diesen Erfahrungen oft schwerwiegend sind und nicht selten das Ausmaß einer schweren, langfristig anhaltenden posttraumatischen Störung annehmen können. Viele dieser Patienten, d.h. über 50 Prozent, waren in ihrem Leben zuvor Opfer einer interpersonellen Traumatisierung wie physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Auch dieses ging oft von Personen aus, denen sie zunächst als Personen des Alltagslebens getraut haben. Insofern ist eine Retraumatisierung durch psychiatrisches Personal besonders fatal: Die Betroffenen wenden sich ab vom psychiatrischen System. Sie versuchen, den Kontakt zur Psychiatrie zu vermeiden, was nur selten mit Erfolg gelingt. Erneute Zwangsmaßnahmen und »Drehtüreffekte« sind die Folge.

Andere gehen nach solch entwürdigender Erfahrung in eine innere Emigration, geben den Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben auf und lassen sich psychisch und sozial fallen. Zwanganwendung bewirkt so oft das Gegenteil von dem, was therapeutisch sinnvoll und ethisch geboten wäre. Dieses Misslingen bildet sich in der wachsenden Anordnung von gesetzlichen Betreuungen ab. Zwang setzt weiteren Zwang in Gang – zu selten kann dieser Teufelskreis wieder durchbrochen werden.

Zu 2: Aufgrund ständiger Verfeinerung der Forschungsmethoden wird deutlich, dass insbesondere Neuroleptika gegen psychotische Symptome das Gehirn und den Körper auch schädigen. Bei etlichen Betroffenen mit akuten Psychosen wirken sie nachweislich kaum besser als Placebos. Das heißt, der Spielraum und das Erfordernis für die Anwendung psychotherapeutischer und milieutherapeutischer Methoden sind groß. Dieses Wissen ist aber in der psychiatrischen Versorgung und bei den Krankenkassen bisher keinesfalls angekommen.

Neuroleptika wirken nicht ursächlich, also kurativ, auf die Störungen im Nervensystem ein, sondern bewirken – abhängig von der Dosis – die Blockade bestimmter Neurotransmittersysteme. Dadurch kommt es auch zu unerwünschten Veränderungen dieser Transmittersysteme, was den Langzeitverlauf dieser Erkrankungen durchaus verschlechtern kann. Inzwischen ist ein neuroleptikabedingter schleichender Abbau (Atrophie) insbesondere im Frontalhirn beschrieben, der die krankheitsbedingten kognitiven Störungen und Symptome der psychotischen Erkrankungen weiter verschlechtern kann. Stoffwechseleränderungen im Körper (Übergewicht, Zuckerkrankheit u.a.), die langfristig oftmals kardiovaskuläre Erkrankungen verursachen, müssen aus der Sicht vieler Wissenschaftler für die bestehende



Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Neuroleptika

Neu! Aktualisierte und erweiterte Auflage

Überschätzter Nutzen, unterschätzte Risiken

Auch die „neue Generation“ von Neuroleptika kann die Hoffnungen auf eine nebenwirkungsarme Psychose-Behandlung nicht erfüllen.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie setzt sich seit langem kritisch mit der Gabe von Neuroleptika auseinander. In einem aktualisierten und erweiterten Memorandum lenkt sie zudem neu den Blick auf die zunehmende Verordnung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei der Behandlung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung.

In einem Zehn-Punkte-Katalog formuliert die DGSP Kriterien für die Verabreichung und Überwachung der Medikamentengabe sowie für komplexe psychosoziale Behandlungsmodelle als Basis jeder Therapie.

Die 36-seitige Broschüre ist erhältlich bei:

**DGSP, Zeltinger Straße 9,
50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02**

E-Mail: dgsp@netcologne.de

Download: www.psychiatrie.de/dgsp



Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zu ADHS

„Eine Generation wird krankgeschrieben“. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka

Die Zahl der Fälle, in denen Mediziner eine „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) bei Kindern diagnostizierten, ist drastisch gestiegen. Ebenfalls die Behandlung mit dem Wirkstoff Methylphenidat, etwa Ritalin. In einer Broschüre warnt die DGSP vor vorschnellen Diagnosen und den möglichen Gefahren durch die Medikation. Sie kritisiert, dass eine pharmunabhängige Forschung, insbesondere zu den Langzeitwirkungen, fehlt. Die DGSP fordert, dass Ärzte, Eltern und Lehrer die Auffälligkeiten der jungen Patienten als seelischen Notruf verstehen und sich nicht auf die medikamentengestützte Unterdrückung der Symptome beschränken. Ermutigende Beispiele alternativer Konzepte ergänzen das Papier.

Die 30-seitige Broschüre ist kostenlos erhältlich bei:
 DGSP, Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Tel: (0221) 51 10 02
 E-Mail: dgsp@netcologne.de
 Download:
www.psychiatrie.de/dgsp

dramatische, überwiegend kardiovaskuläre Frühsterblichkeit (18 bis 25 Jahre früher) psychotisch erkrankter und neuroleptikamedizierter Menschen mitverantwortlich gemacht werden.

Um Neuroleptika so gering wie möglich dosieren zu können, um diese Schädigungen so weit wie möglich zu vermeiden – wozu wir Ärzte berufsethisch verpflichtet sind –, müssen die Behandlungskontexte angemessen und kompetent ausgestattet sein. Weil es sich dabei um ausgesprochen schwere Schädigungen handelt, ist dies unverzichtbar.

Doch viele Entlassungsmedikationen sowie die Umsatzzahlen von Neuroleptika der neuen Generation bezeugen das Gegenteil.

Aktuell droht die Gefahr, dass die stationäre Psychiatrie sich wieder zurückentwickelt. Wenn es nicht gelingt, mehr öffentliche Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit und die Umstände von Zwangsmaßnahmen in jeder einzelnen Klinik zu lenken, können umso leichter unwürdige Verhältnisse entstehen und die Rechte von Patienten missachtet werden. Eine veränderungsbereite Klinik wird hingegen ihre Zwangsmedikationsraten veröffentlichen und keine Anstrengung scheuen, ihre Häufigkeit zu reduzieren.

Und an die Adresse von Politikern: Sie sollten Druck auf die Psychiatrie und die Krankenkassen ausüben, etwas zu ändern, und Sie sollten diese Veränderungen kontrollieren. Eine kurzfristige Befriedigung der unmittelbaren Erwartungen einer hier unzureichend ausgestatteten, vorbereiteten und konkret arbeitenden Psychiatrie widerspricht der gestaltenden Funktion von Politik und dem Förderungs- und Schutzauftrag für diese Menschen. ■

Dr. Volkmar Aderhold, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern an der Universität Greifswald. E-Mail-Kontakt: v.aderhold@gmx.de

Literatur erhältlich über die DGSP-Geschäftsstelle; E-Mail: dgsp@netcologne.de

Anmerkungen:

- 1 Prozentzahlen im Vergleich zu Deutschland; Zahlen von 1997–2000. Aus: Salize et al (2004): Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 184: 163–168.
- 2 Result: »Compulsory community treatment results in no significant difference in service use, social functioning or quality of life compared with standard care. People receiving compulsory community treatment were, however, less likely to be victims of violent or non-violent crime. It is unclear whether this benefit is due to the intensity of treatment or its compulsory nature. Evaluation of a wide range of outcomes should be considered when this type of legislation is introduced.« Aus: Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ.: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2): CD004408.

3 Result: »Based on current evidence, community treatment orders may not be an effective alternative to standard care. It appears that compulsory community treatment results in no significant difference in service use, social functioning or quality of life compared with standard care. There is currently no evidence of cost effectiveness. People receiving compulsory community treatment were, however, less likely to be victim of violent or non-violent crime. It is, nevertheless, difficult to conceive of another group in society that would be subject to measures that curtail the freedom of 85 people to avoid one admission to hospital or of 238 to avoid one arrest. We urgently require further, good quality randomised controlled studies to consolidate findings and establish whether it is the intensity of treatment in compulsory community treatment or its compulsory nature that affects outcome. Evaluation of a wide range of outcomes should be included if this type of legislation is introduced.« Aus: Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD004408.

* Der Text wurde ursprünglich von Volkmar Aderhold als »Brief an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages« formuliert und am 9.12.2012 per Mail an diese verschickt, mit dem Ziel, fachliche Gesichtspunkte in die Entscheidungsfindung zur Novellierung des Gesetzes zur Zwangsbehandlung einzubringen. Das Gesetz wurde am 17.1.2013 verabschiedet. Die SP veröffentlicht den Brief in redaktionell bearbeiteter Fassung.

Notfall Seele – Zwang und Gewalt, Macht und Ohnmacht in der Psychiatrie

Gemeinsamer Fachtag der DGSP und der Hessischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (HeGSP) in Kooperation mit dem Betreuungsgerechtigkeitstag e.V.
 23. Mai 2013 in Frankfurt am Main

Ist eine Zwangsbehandlung in besonderen Fällen gerechtfertigt? Und wenn nicht: Auf welchen Wegen können psychiatrische Krisen ohne Zwang überwunden werden?

Wir suchen Antworten auf die Fragen:

- Mit welchen alternativen Methoden können psychiatrische Krisen aufgefangen werden?
- Welche Rahmenbedingungen und Strategien sind zur Deeskalation notwendig?
- Wie lässt sich gültiges Recht im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen?

Vorträge:

- Notfall Seele – verschiedene Krisen brauchen verschiedene Antworten (Sebastian Stierl)
- Rechtliche Aspekte zur Zwangsbehandlung/ zum Selbstbestimmungsrecht (Annette Loer)
- Die Wechselwirkung von Milieu, Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Pflege – Ideen zur Reduktion von Gewaltsituationen (Michael Schulz)

Information/Anmeldung:
www.psychiatrie.de/dgsp
info@dgsp-hessen.de