



Psychiatrie ohne Zwang?

Martin Zinkler, beim *Aufbruch für eine humane Psychiatrie in Köln* am 21. Nov. 2017

Franco Basaglia 1924-1980



Aus meiner Sicht ist der Arzt einer der schlimmsten Feinde des Kranken, nicht etwa, weil er böse wäre, sondern weil die Struktur, in der er arbeiten muss, ihn zwingt, den Kranken zu unterdrücken und ihm Gewalt anzutun. ...

Die Medizin ist zu wichtig, als dass man sie in den Händen der Ärzte lassen könnte. (1979)

Franco Basaglia (2)



Denn wenn der Kranke fragt, wann er nach Hause entlassen wird, muss der Arzt in einen Dialog mit ihm eintreten. In diesem Dialog gibt es nicht länger Subjekt und Objekt, sondern zwei Menschen, die zu Subjekten geworden sind. Wenn wir diese Logik des Widerspruchs zwischen zwei Menschen nicht akzeptieren, sollten wir lieber Bananen verkaufen, als Ärzte sein

Juan E Mendez 2013

UN Sonderberichterstatter
über Folter



Es ist unverzichtbar, dass an allen Orten, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, so auch in psychiatrischen und Sozialpflegeeinrichtungen, ein absolutes Verbot aller unter Zwangsanwendung und ohne Einwilligung angewandter Maßnahmen, einschließlich der Fixierung und Isolierung von Menschen mit psychologischen oder geistigen Behinderungen, zum Tragen gelangt

Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

Juan E Mendez (2)



Dieser Mandatsträger ebenso wie auch die Vertragsorgane der Vereinten Nationen haben befunden, dass in Gesundheitseinrichtungen stattfindende unfreiwillige Behandlungen und sonstige psychiatrische Eingriffe Formen der Folter und Misshandlung darstellen

Dainius Puras (2017)

UN Sonderberichterstatter
über das Recht auf
bestmögliche Gesundheit



Seit Jahrzehnten folgt die psychiatrische Versorgung einem **reduktionistischen biomedizinischen** Krankheitsverständnis. Dieses hat dazu beigetragen, Menschen mit intellektuellen, kognitiven und psychosozialen Behinderungen sowie Menschen mit Autismus und solche, deren Lebensweise von vorherrschenden kulturellen, sozialen und politischen Normen abweicht, auszuschließen, sie zu vernachlässigen und Zwang und Misshandlung auszusetzen.

Dainius Puras (2)



Staaten müssen **angemessene Indikatoren und Maßstäbe zur Überprüfung des Fortschritts** nutzen, auch hinsichtlich der Verringerung und Abschaffung medizinischer Zwangsmaßnahmen. (...)

In Bezug auf das Recht auf psychische Gesundheit bedeutet dies, dass eine nationale Gesundheitsstrategie zu entwickeln ist, die Zwangsbehandlungen aufhebt und einen gleichberechtigten Zugang zu rechtebasierten und in ausreichendem Maße vorhandenen **psychosozialen Versorgungsangeboten** ermöglicht.

Übersicht

Offene Türen und offene Haltung

offene Türen

Erfahrungswissen

Verbindlicher Umgang: Beh.vereinbarungen, Vorsorgevollmacht

Therapieversammlungen

Hindernisse und Distanz

Krankheitseinsicht und Compliance

Spezialisierte Stationen

Heidenheimer Erfahrungen, Modellprojekt Regionalbudget

Therapeutische Kulturen

Offene Türen und offene Haltung

Offene Stationstüren (können Zwangsmaßnahmen reduzieren (DGPPN 2009))

Mainstream: geschlossene und offene Stationen in einer Klinik, Verlegungen von geschlossen nach offen, und wieder zurück --- 400 Kliniken in D

oder: nur offene Stationen, auch für Patienten mit Unterbringungsbeschuß (zB in Herne, Hamm, Neunkirchen, Merzig, Pirmasens, Geesthacht, Friedberg/Hessen, Heidenheim ...): *ich könnte ja raus, also bleib ich erst mal da, es wurde ja schließlich vom Gericht so festgelegt ...* 20 Kliniken in D

Offene Stationstüren

Huber et al. 2016 im Lancet Psychiatry - Vergleich von 20 Kliniken mit geschlossen/offen(16 Kliniken) bzw. nur offenen Stationen (4 Kliniken) in NRW über 15 Jahre: in den Kliniken mit nur offenen Stationen weniger Entweichungen (mit *und* ohne Rückkehr), weniger Suizidversuche; kein Unterschied bei Suiziden

Lang et al. 2010 im European Journal of Psychiatry: beim Öffnen einer bis dahin geschlossenen Station (in Berlin) kommt es zu weniger Entweichungen, weniger Gewaltereignissen und weniger Zwangsmedikation

R & P

Recht und Psychiatrie

2 2017
35. Jahrgang
2. Vierteljahr
19,90 €

Schwerpunktheft:
Offene Türen in der Psychiatrie

**Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie:
Modelle und Standards**
Martin Zinkler, Peter W. Nyhuls

**Das Konzept der offenen Türen –
offen und doch geschlossen?**
Tanja Henking

**Einführung einer »Offenen Tür Politik« –
Was bedeutet diese konkret und wie wirkt sie
sich auf Zwangsmaßnahmen aus?**
Undine E. Lang, Stefan Borgwardt, Marc Walter,
Christian G. Huber

**Wie kann eine »offene Psychiatrie« gelingen?
Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in
der Akutpsychiatrie**
Jakov Gather, Peter W. Nyhuls, Georg Juckel

R&P 2-2017

Offene Haltung: Erfahrungswissen

- (1) Regelmäßiger Kontakt mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfegruppen besuchen Stationen, stellen sich in der Klinikfortbildung vor
- (2) Psychiatrie-Erfahrene halten Sprechstunden – Peer to Peer Beratung
- (3) *ExIn* Absolventen arbeiten in der Psychiatrie, zB als Genesungsbegleiter in der Tagesklinik in Potsdam, oder als *mental health advocates* in England
- (4) Psychiatrie-Erfahrene beteiligen sich bei der Entwicklung von psychiatrischen Diensten, sitzen im Aufsichtsrat, im QM
- (5) Psychiatrie-Erfahrene beteiligen sich bei der Psychiatrie-Planung und bei der Psychiatrie-Gesetzgebung

Verbindlicher Umgang Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügungen

Reduzieren möglicherweise Zwangsmaßnahmen, stärken
Autonomie, kommen aber nur mit tatkräftiger Unterstützung
von Anderen zustande (Mitwirkung der Klinikleitung,
Beratung beim Erstellen, Archivierung der Dokumente...),
Probleme beim Implementieren

Amering, Stastny & Hopper (2005)

Swanson, Swartz and Elbogen (2006)

Henderson et al. (2004, 2008)

Thornicroft et al. (2013), Barrett et al. (2013)

Verbindlicher Umgang im offenen Dialog

Therapieversammlungen statt OA/CA-Visite

- (1) Zeit für OA/CA-Visite wird in 20min-Abschnitte aufgeteilt, alle sind willkommen: Patient, therap. Team, Angehörige, Betreuer, ABW, Jugendhilfe ...
- (2) Tagesordnung wird vom Pat. und den Besuchern vorgeschlagen; zunächst werden Beobachtungen ausgetauscht, dann die sich ergebenden Fragen ergebnisoffen behandelt.
- (3) Termin für die ThV wird gleich nach der Aufnahme festgelegt und allen mitgeteilt, die ein legitimes Interesse haben, daran teilzunehmen.
- (4) Termin für die nächste ThV wird in der ThV schon festgelegt
- (5) Protokoll der ThV kommt ins KIS und wird dem Patienten und den anderen Teilnehmern gleich mitgegeben.
- (6) Patient bestimmt, wer daran teilnimmt

Hindernisse und Distanz

Compliance und Krankheitseinsicht

Complere – erfüllen, *Compliance* – Nachgiebigkeit,
Dehnbarkeit

vs.

Informed consent, bzw. partizipative Entscheidungsfindung

Krankheitseinsicht

oder Krankheitsmodelle, die zwischen Patienten und
Professionellen verhandelt werden; Therapie beginnt
demnach nicht mit einer Diagnose, sondern mit dem Interesse
für und dem Austausch über unterschiedliche Erklärungen
(*explanatory models of mental illness, McCabe & Priebe 2004*)

Hindernisse und Distanz

Spezialisierte Stationen

Mainstream: Stationen für Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen; Subspezialisierungen: Stationen für Depression, DBT, Doppeldiagnosen, Soteria ...

Geschlossene Aufnahmestationen mit 40 und mehr Patienten, die angeblich zu krank sind, um auf den anderen Stationen behandelt werden

Alternative: wir schaffen temporäre Lebensräume, die günstige Bedingungen für die Einhaltung der Menschenrechte schaffen – und bieten alles an, was eine gute Behandlung ausmacht

Heidenheimer Erfahrungen

Heidenheim: Psychiatrische Abteilung (79 Betten, TK, Ambulanz) im Allgemeinkrankenhaus (530 Betten)

In der Psychiatrie 1300 stationäre Aufnahmen im Jahr, Versorgungsauftrag für den Landkreis Heidenheim (130.000 EW), keine andere psychiatrische Klinik im Landkreis. Nur offene Stationen, keine Isolierzimmer. 100% PsychPV .

5% untergebrachte Patienten

Seit Jan 2017 Modellvorhaben nach 64b SGB V

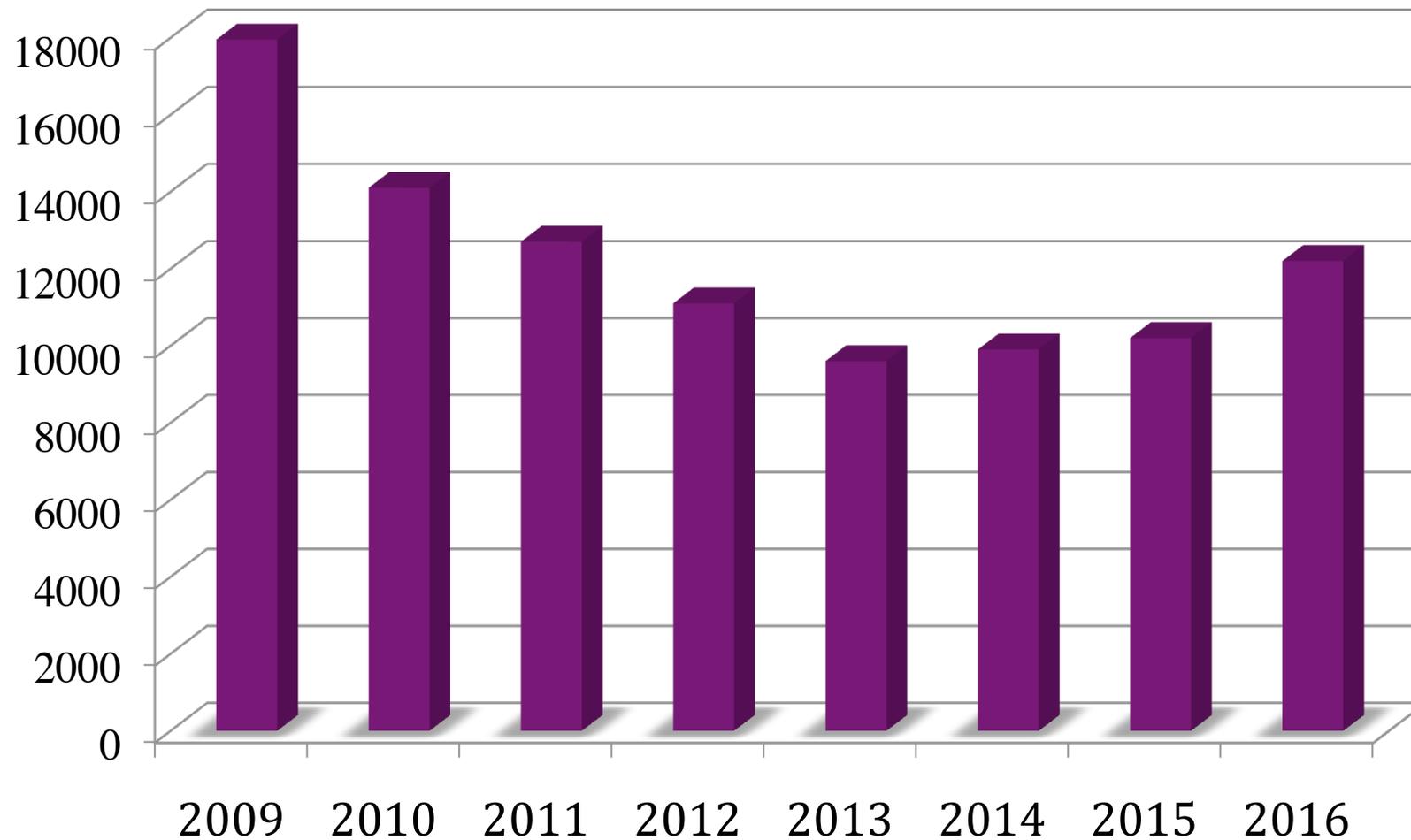
Heidenheimer Erfahrungen (2)

Seit Mitte 2011 zwei gerichtlich genehmigte
Zwangsbehandlungen (eine 2015, eine 2017)

	Gewaltereignisse	Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten in % aller Patienten der Klinik
2009	30	3,2
2010	49	3,1
2011	38	4,5
2012	21	5,2
2013	14	5,4
2014	31	4,8
2015	19	2,9
2016	144 (elektr. erf.)	4,5

Heidenheimer Erfahrungen (3)

DDDs Neuroleptika 2009 -2016



Modellvorhaben nach 64b SGB V

Beginn Jan 2017

Vertrag mit allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen

Aus den bisherigen Entgelten der Klinik für stationäre, teilstationäre und PIA Behandlungen wird eine Summe gebildet: das *Regionalbudget*

Aus den Behandlungsfällen der letzten Jahre wird die Anzahl von Menschen bestimmt (nicht Fälle), die pro Jahr stat/teilstat/amb von der Klinik behandelt wurden, die *Kopfzahl*

Das Regionalbudget wird über 7 Jahre fortgeschrieben und jeweils um die sog. Veränderungsrate erhöht

Die Klinik behandelt jedes Jahr etwa die gleiche Anzahl von Personen (+/- 7% der Kopfzahl), ist aber frei in der Wahl des Behandlungssettings: stat/teilstat/hometreatment/ambulant und in der Behandlungsdauer/-intensität

Modellvorhaben nach 64b SGB V

Stand Nov 2017

Belegung der Stationen bei 70%

Ein Drittel der Patienten hat nun ein Einzelzimmer

Tagesklinische Belegung bei 180%

Lange WE-Belastungen (z.B. Fr-Mo), intermittierend tagesklinisch (zB am Mo, Di und Fr)

12 Patienten im Hometreatment mit täglichen Besuchen

Seit Anfang dJ 95 abgeschl. HT-Behandlungen

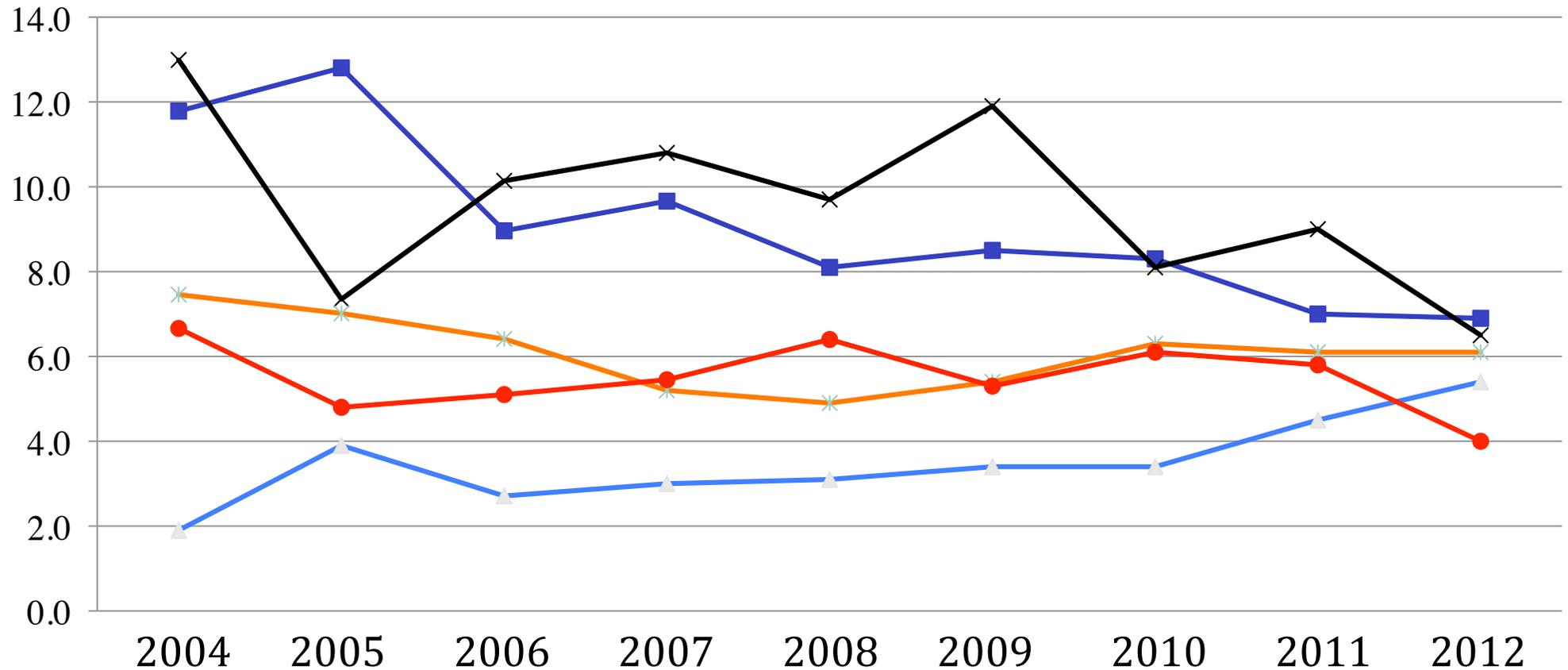
Im HT 40% Depressionen, 40% Psychosen, 20% andere Diagnosen

Spürbare Entspannung des Milieus auf den Stationen

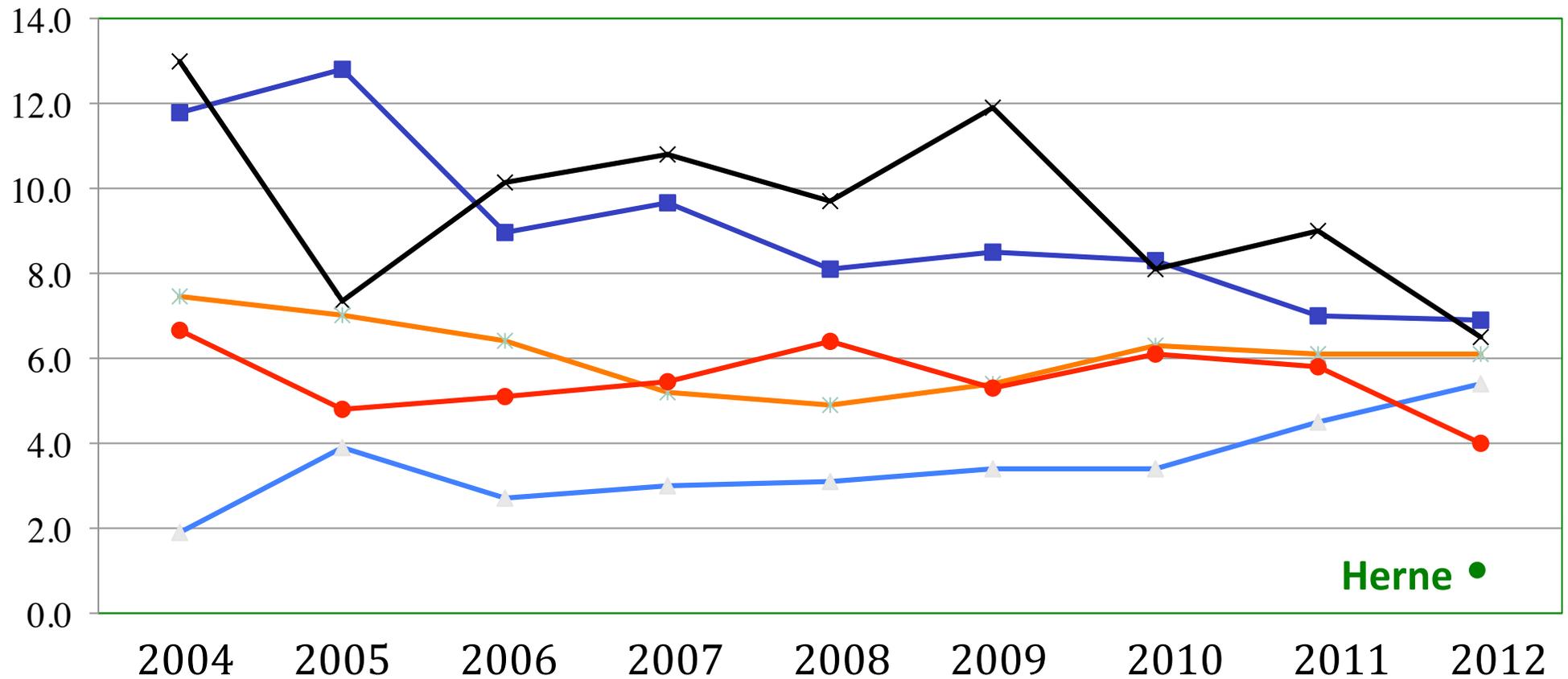
Therapieversammlungen (wie im *Offenen Dialog*)

Therapeutische Kulturen (1)

Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle aus dem Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie 2004-12, T Steinert 2013



Therapeutische Kulturen (2)



Fazit (1)

Offene Türen, nichtspezialisierte Stationen, Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und ein verbindlicher Umgang schaffen günstige Bedingungen für einen institutionellen Gewaltverzicht in der Psychiatrie.

Das Festhalten an Konstrukten wie *Krankheitseinsicht* und *Compliance* schafft dagegen Distanz und erschwert ein empathisches Verständnis für die Bedürfnisse unserer Patienten. Spezialisierte Stationen erschweren ein Öffnen der Stationstüren.

Fazit (2)

Offene Türen und institutioneller Gewaltverzicht fördern eine Reihe von alternativen Behandlungsinstrumenten:

Dabei sein, sich gegenseitig über gewaltfreien Umgang versichern, immer wieder gegensätzliche Positionen austauschen und aushalten, Geduld behalten, Positionen klar formulieren, unterschiedliche Erklärungsmodelle für psychische Störungen austauschen (Stress versus Biologie), Unterstützung nicht zurückziehen („wir können Ihnen nicht helfen, wenn Sie keine Medikamente nehmen“), Behandlungskonferenzen mit den Patienten (offener Dialog www.offener-dialog.de), Bewegungstherapie, Musiktherapie, *Behandlungsvereinbarungen, Peer support, Safewards* www.safewards.net/de

Fazit (3)

Die Vereinten Nationen fordern ein Ende der Gewaltanwendung in der Psychiatrie. Daraus ergeben sich unsere Aufgaben:

- (1) Zwangsmaßnahmen erfassen und im Qualitätsbericht veröffentlichen
- (2) Gewaltfreie Psychiatrie als Qualitätsindikator einführen
- (3) Psychiatrische Stationen öffnen
- (4) Keine neuroleptische Zwangsbehandlung, weder stationär noch ambulant
- (5) Weniger Neuroleptika geben
- (6) Normalität statt Spezialisierung herstellen
- (7) Konsequenter regionalisieren - einschl. Hometreatment

...

Herzlichen
Dank

