

Anlage 2

Weniger Medikamente – dafür andere Therapien?

Ein Vortrag von Dr. Zinkler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Heidenheim gGmbH und ein Besuch in dieser Klinik

Anlässlich des Landestreffens des Landesverbandes Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker hielt Dr. Zinkler am 5.4.2014 in Stuttgart einen Vortrag mit anschließender Diskussion zu oben genanntem Thema.

Die Ausführungen von Dr. Zinkler waren sehr außergewöhnlich und unterschieden sich von den Aussagen, die wir normalerweise von professioneller Seite zu hören bekommen.

Zunächst erklärte er uns, dass es in seiner Klinik fast nur offene Türen gibt. Dies gelte auch für Patienten mit einem Unterbringungsbeschluss, die in anderen Kliniken automatisch in geschlossene Abteilungen eingewiesen werden. Mit Zahlen belegte er, dass es keinen Zusammenhang zwischen offenen Stationstüren und der Anzahl der Entweichungen gäbe.

Auf die Nachfrage, wie er das denn mache, wenn aggressive / gewaltbereite Patienten eingeliefert würden, meinte er: dann könne man ja erst mal mit diesem Patient im Park der Klinik einen Spaziergang machen. Der Begleiter, meist jemand vom Pflegepersonal, käme dadurch leichter mit dem Patienten ins Gespräch und könne ihn so beruhigen.

Zu den Medikamenten meinte Dr. Zinkler, dass sich das Prinzip „Watch and Wait“ (Beobachte und warte) bewährt habe. Man begänne mit einer geringen Dosis eines Medikamentes (Monotherapie) beobachte die Wirkung und würde dann weiter entscheiden, gemeinsam mit dem Patienten. In anderen Kliniken würde oft, wenn ein Medikament nicht so anschlage wie erwartet, ein weiteres Medikament „draufgesetzt“ und dann noch ein Medikament, so dass der Patient am Ende oft einen Cocktail an Medikamenten bekäme. Dies sei nicht sinnvoll, man müsse sich genügend Zeit lassen, um zu sehen, ob und wie das Medikament wirke.

Ein weiterer wichtiger Punkt war, dass es an seiner Klinik sog. Peer-Berater gibt. Das sind Psychiatrieerfahrene, die eine spezielle Ausbildung, die sich „Ex-In“ nennt, durchlaufen haben und eigenständig Sprechstunden für Patienten in der Klinik abhalten könnten.

Auch die Angehörigen würden überall mit einbezogen. Das sei selbstverständlich, also Standard, und es sei eine Ausnahme, wenn das einmal nicht der Fall wäre.

In der Klinik wird der sogenannte offene Dialog praktiziert, das sind regelmäßige Zusammenkünft-

te von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegepersonal. Die Chefvisiten und Teambesprechungen seinen auf einer der drei Stationen zugunsten von Therapieverhandlungen mit den Patienten abgeschafft worden. Dadurch hätten sie mehr Zeit für die Patienten, was sich positiv auf die Behandlungen auswirke. Ob dieses Modell auf den anderen zwei Stationen übernommen werde, müsse sich erst noch erweisen.

Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen seien eine Voraussetzung für einen Umgang auf Augenhöhe mit den Patienten. Dies sei nicht selbstverständlich. Die Kliniken müssten dazu aktiv aufgefordert werden, von den Betroffenen und den Angehörigen.

Er betonte immer wieder, dass es auf die „institutionelle Behandlungskultur“ ankomme. Den Angehörigen gab er mit auf den Weg, sich von den Kliniken nicht abweisen zu lassen, sondern ihre Einbeziehung einzufordern.

Zehn Tage danach, am 15.4.2014, hatten Herr Peghini und ich, wir sind beide Vorstandsmitglieder des Landesverbandes der Angehörigen, Gelegenheit zu „überprüfen“, ob die Aussagen von Dr. Zinkler tatsächlich auch zutreffen. Wir wurden zu einer klinikinternen Fortbildung, die mindestens monatlich durchgeführt wird, eingeladen und sollten über unsere Angehörigenarbeit berichten. Anwesend waren mehr als 30 Personen, Pflegepersonal, Ärzte und ein Peer-Berater (s.o.), mit denen wir einen interessanten Gedankenaustausch hatten. Wir stellten fest, dass wir mit unseren Forderungen nach Einbeziehung der Angehörigen offene Türen einrannten. Der leidvollen Erfahrung vieler Angehörigen in unserem Landesverband, die mit den Argumenten „Datenschutz“, „Schweigepflicht“, „der Patient möchte das nicht“ usw. oft zurückgewiesen und nicht einbezogen werden, wurde in dieser Klinik das Prinzip des „offenen Dialogs“ (s.o.) entgegengesetzt. Es wurde zwar betont, dass die Schweigepflicht natürlich eingehalten werde, da es aber nach ihrer Behandlungskultur ganz selbstverständlich sei, die Angehörigen einzubeziehen, gäbe es damit keine Probleme.

Im Anschluss an diese Fortbildungsveranstaltung konnten wir noch einige Abteilungen der Psychiatrischen Klinik besuchen. Interessant waren dabei weniger die Räumlichkeiten, die im Wesentlichen denen anderer Kliniken glichen, als die Antworten des Pflegepersonals auf unsere Fragen. So sind die Patienten in den Stationen „gemischt“. Das Alter ist recht unterschiedlich, Mutter und

Anlage 2

Kind Zimmer sind mitten drin und nicht in getrennten Stationen, man wolle möglichst eine „Normalität“, wie im Leben „Draußen“ schaffen, hieß es. So waren auch einige Patienten in der Stadt unterwegs, um Besorgungen zu machen und bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Das sei wichtig und könne auf das Leben nach der Klinik vorbereiten. Ein Raum war voll Musikinstrumenten und an den Wänden hingen Bilder von den Musikern in Aktion. Auf dieses Angebot war die Klinik besonders stolz.

Zum Schluss machten wir noch die Bekanntschaft eines der beiden „Therapiehunden“ der Klinik, einem Königspudel, ein mittelgroßer friedlicher Hund, der gerade in Begleitung einer Assistenzärztin durch den Gang einer Station lief. Der Hund müsse manches aushalten, er würde zwar

von den Patienten geliebt, aber manchmal auch fest gepackt werden, was ihm nicht so gefallen würde, wurde uns erzählt. Bei allem was wir von dieser Klinik gehört und gesehen haben, hat uns ein Hund dann auch nicht mehr überrascht.

Für mich waren der Vortrag von Dr. Zinkler und der Besuch in seiner Klinik sehr beeindruckend. Es hat mir gezeigt, dass es, im Gegensatz zu den negativen Erfahrungen, die wir bei unserem Bemühen um die Einbeziehung der Angehörigen immer wieder machen, auch anders gehen kann. Und es hat mir Mut gemacht, mich weiterhin aktiv für die Belange der Angehörigen und ihrer psychisch kranken Familienmitglieder einzusetzen.

Barbara Mechelke, Angehörigengruppe Bruchsal

Die Bewertung psychischer Erkrankungen bei der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB)

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die Gesundheit und Lebensqualität des Einzelnen und können zu gravierenden Teilhabebeeinträchtigungen führen. Dementsprechend fallen auch seelische Erkrankungen unter den Behinderungsbegriff des Sozialgesetzbuches.

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX ist eine Behinderung eine Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit eines Menschen von dem für das Lebensalter typischen Zustand, welche länger als sechs Monate andauert und seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

Betroffene haben die Möglichkeit, den eigenen GdB durch die Versorgungsverwaltung feststellen zu lassen und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises zu beantragen.

Als Grundlage für die Feststellung des GdB hat die Verwaltung die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (VMG), eine Anlage zur Versorgungsmedizin-Verordnung (AnlVersMedV), heranzuziehen. Die meisten seelischen Erkrankungen sind nach Teil B Nr. 3.7 AnlVersMedV zu bewerten. Danach gilt:

- Leichtere psychovegetative oder psychische Störungen: GdB 00 – 20;
- Stärker behindernde Störungen: GdB 30 – 40;
- Schwere psychische Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten: GdB 50 – 70;

- Schwere psychische Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten: GdB 80 – 100.

Die Bewertung psychischer Erkrankungen auf dieser Grundlage ist für die Betroffenen häufig undurchsichtig und unzureichend. Entsprechende Bescheide wirken formelhaft und lassen keine Rückschlüsse darauf zu, warum im Einzelfall ein GdB von z. B. lediglich 20 oder 30 für die geltend gemachte Erkrankung in Ansatz gebracht worden ist.

Ob eine leichtere, stärker behindernde oder schwere psychische Störung vorliegt, ist demzufolge häufig Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen in Widerspruchs-, Klage- und Berufungsverfahren.

Im Streitfall kann eine Erläuterung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus dem Jahre 1998 als Argumentationshilfe dienen. Indizien für das Vorliegen einer schweren psychischen Störung sind demnach insbesondere

- eine sich in den meisten Berufen auswirkende verminderte Einsatzfähigkeit,
- familiäre Probleme durch Kontaktverlust,
- eine intensive Therapie (Facharzt, ambulante Psychotherapie, antidepressive Medikation).

Liegen mehrere dieser Indizien vor, dann kann im Einzelfall allein für das seelische Leiden ein GdB von 50 und mehr und damit die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft durchgesetzt werden.