ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

1 2015
Februar
März
April
33. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie

Vertrauen versus Angst

Mit Vertrauen ins eigene Leben zurückfinden

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Vertrauen und Kontrolle in menschlichen Beziehungen und in modernen Gesellschaften
Anke Homann, Seite 4

Die Ambivalenz neuer Steuerungs- und Anreizsysteme
Martin Heinze, Seite 7

Trau, schau, wem
Sozialpsychiatrie und die Angehörigen
Susanne Heim, Seite 11

Gibt es Methoden zum Aufbau von Vertrauen im Zwangskontext der Forensischen Psychiatrie?
Allgemeine Betrachtung zum Thema Angst und Psychiatrie.
Nahlah Saimeh, Seite 14

Psychiatrische Themen in der Öffentlichkeit
Aufklärung oder Stigma?
Gisela Friedrichsen, Seite 17

„Der macht nichts, der will nur spielen!“
Vertrauen und Kontrolle in der Beziehung zwischen Verwaltung, Politik, Trägern sowie Nutzerinnen und Nutzern.
Lothar Flemming, Seite 21

Führungsqualität „Vertrauen“ – Quelle guter Zusammenarbeit
Ulrich Nicklaus, Seite 24

29 Spectrum

Religiosität bei Psychosen – Fluch oder Segen?
Ergebnisse aus dem SuSi-Forschungsprojekt.
Julia von Iljin, Kristin Klapheck, Friederike Ruppelt, Thomas Bock, Seite 29

Wenn Wohnungen unbewohnbar werden
Erfahrungen aus der Arbeit eines sozialpsychiatrischen Dienstes.
Ralf Bispinck, Johanna Kuster, Seite 33

Ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht
Die Neuregelung und ihre Auswirkungen auf die Praxis.
Ralph Sattler, Seite 38

41 Nachrichten

42 Termine

Kerbe-Themen 2015

1/2015 Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie

2/2015 Nahtstellen: Das Hilfesystem als Kooperationspartner

3/2015 Trauma

4/2015 Teilhabesteuerung

Titelfoto: Dieter Skubski

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker!“ Dieser, schon zum Alltagsjargon gehörende Werbespruch von Pharmaunternehmen spricht uns ja auch deshalb an, weil er ein altes Menschheitsthema aktualisiert: Vertrauen in die Kompetenz, die Autorität und die Integrität von gut ausgebildeten und mit Fach- und Sachverstand versehenen Mitmenschen. Und hoffentlich auch mit Menschenverstand, so mag mancher beim Hören dieser Aufforderung denken.

Aber wie ist dies mit dem Vertrauen in unserem eigenen Arbeitsfeld bestellt, wer vertraut eigentlich wem in der psychiatrischen Versorgung, von der wir ja gerne sagen: Eine Psychiatrie ist entweder eine soziale oder eben keine. Und sozial meint wohl auch, eine trialogisch miteinander gestaltete Psychiatrie.

Neben strukturellen und ökonomischen Diskussionen in der gegenwärtigen Sozialen Arbeit erscheint uns das Thema des Spannungsverhältnisses von Vertrauen und Kontrolle so elementar, dass wir ihm eine ganze Ausgabe widmen. Elementar, weil es uns als Menschen mit dieser Vertrauensfrage an eine zentrale Conditio Humana erinnert, ohne die die Gestaltung sozialer, humaner und friedvoller Gesellschaften nicht möglich ist.

Der ethischen Frage, wie Vertrauen überhaupt herstellbar ist, geht Anke Homann in ihrem Beitrag nach. Welchen Beitrag neue Anreiz- und Qualitäts-Steuerungssysteme in der psychiatrischen Versorgung zum Thema Vertrauen und Kontrolle ermöglichen, vermittelt uns Martin Heinze. Als Mutter eines psychoseerfahrenen Sohnes und selbst psychiatrieerfahren, fragt Susanne Heim als langjährige Vertreterin der Angehörigenbewegung kritisch nach, ob es eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Angehörigen und Psychiatrie / Sozialpsychiatrie überhaupt gibt bzw. auf welcher Grundlage eine gegenseitige Vertrauenskultur zukünftig wachsen könnte. Und schließlich geht es auch um die strukturellen und ökonomischen Bedingungen der Psychiatrie, die Lothar Flemming aus Sicht eines Leistungsträgers und Ulrich Nicklaus unter dem Aspekt von Führungsqualität auslotet.

Risiken bietet dieses Heft nicht, aber Nebenwirkungen auf Ihre Meinungen sind nicht ausgeschlossen. Wir laden Sie herzlich ein, dieses spannende Thema mit uns auszuloten und freuen uns auf Ihre Resonanzen[1].

Wolfgang Bayer
Jürgen Bombosch
Johannes Peter Petersen

1 Das Schwerpunktthema dieser Kerbe 1/2015 wurde inspiriert durch die Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe (BeB), in Kooperation mit der Diakonie Deutschland, die am 22. und 23. Mai 2014 in Bonn, unter dem Titel: „Angst essen Seele auf“ – Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie, stattfand. Vgl. http://www.beb-ev.de/inhalt/materialien-zur-psychiatrie-jahrestagung-2014/

Vertrauen und Kontrolle in menschlichen Beziehungen und in modernen Gesellschaften

Von Anke Homann

Der Text beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Vertrauen und Kontrolle und verdeutlicht dies am Beispiel eines langjährigen Prozesses seelsorgerlicher Begleitung.[1]

Anke Homann
Theologin, Mitglied des Vorstandes im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein, zuständig für die sozialpolitischen Aufgaben des Verbandes.
E-Mail: homann@diakonie-sh.de

Zu Anfang ist mir wichtig, deutlich zu machen, dass ich Theologin bin, also keine Expertin der Sozialpsychiatrie. Die Perspektive in diesem Text ist nicht die einer Psychotherapeutin und auch nicht die einer Funktionsträgerin mit Führungsverantwortung im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein, obwohl ich beides bin. Mir ist es deshalb wichtig, das zu sagen, damit es nachvollziehbar ist, wie ich mich dem Thema genähert und aus welcher Perspektive ich es erarbeitet habe.

Im ersten Teil des Beitrages versuche ich zu verdeutlichen, wie ich das Thema von Vertrauen und Kontrolle in zwischenmenschlichen Beziehungen für mich aufgeschlossen habe. Im zweiten Teil entfalte ich, was das Thema „Angst – Vertrauen – Kontrolle“ mit mir in einer beispielhaften Seelsorgebeziehung zu einer Frau zu tun hat, die ich seit über 22 Jahren begleite.

Der Film von Rainer Werner Fassbinder „Angst essen Seele auf“, dem der Titel für diese Tagung entliehen ist, ist mittlerweile 40 Jahre alt und in seiner Aussage immer noch so aktuell wie 1974. Die Konfliktlinien zwischen jung und alt, vertraut und fremd, gesellschaftlichen Konventionen und Tabubrüchen existieren nach wie vor in den gesellschaftlichen Zusammenhängen, in denen wir heute leben. So sehr „Angst essen Seele auf“ vor allem ein Film gegen den blühenden Rassismus ist – und leider damit so aktuell wie 1974 – geht er doch weit darüber hinaus. Er zeigt, „wie subjektive Befindlichkeit, Unzufriedenheit, Ängste – gepaart mit einer erlernten anerzogenen (deutschen) Tradition, die sich auf alles ‚Fremde‘, ‚Andere‘, ‚Andersartige‘ negativ bezieht, Projektionsflächen schafft, um diesem Negativen in den Projizierenden selbst einen personalen Ausdruck im anderen zu verschaffen: In der Konstruktion dessen, was man gemeinhin und gemeinerweise – in diesem Fall und in dieser Geschichte – ‚Ausländer‘ nennt“[2].

Angst ist ein Gefühl, das sich einstellt, wenn man sich seiner Handlungsmöglichkeiten nicht mehr gewiss ist.

So wie der Umgang mit Ängsten vor dem „Fremden“, „Anderen“, „Andersartigen“ zum einen Projektionsflächen zur eigenen Entlastung schafft, rufen „Ängste“ zum anderen ein hohes Kontrollbedürfnis auf den Plan, zur Herstellung vermeintlicher Sicherheit. Weltpolitische Ereignisse mögen dafür beispielgebend sein und zeigen zugleich dennoch die Grenzen und das Scheitern von Kontrollsystemen und Kontrollhandlungen zur vermeintlichen Beherrschbarkeit des offenbar Unbeherrschbaren.

Kontrolle ist offenbar der Versuch, Angst zu begrenzen und subjektiv wie objektiv empfundenen Verunsicherungen ein Gefühl der Sicherheit zu geben.

Angst ist ein Gefühl, das sich einstellt, wenn man sich seiner Handlungsmöglichkeiten – also der Erwartung, Herausforderungen zu bewältigen – nicht mehr gewiss ist, oder wenn man den Eindruck hat, Herausforderungen nicht mehr bewältigen zu können. Deshalb geht Angst immer auch mit Machtverlust, also mit Ohnmacht, einher. Soweit eine abstrakte, theoretische Definition von Angst.

Vertrauen ist der Gegenspieler zur Angst.

Angst ist vor allem ein Gefühl – ein Gefühl der Hilflosigkeit, der Unsicherheit, der Ohnmacht. Angst stellt sich ein, weil ich mich bedroht oder verloren fühle, orientierungslos oder ausgeliefert und keinen Ausweg sehe. Dabei löst Angst unterschiedliche Reaktionsformen körperlicher und psychischer Art aus und hat Auswirkungen auf unsere seelische Verfassung, Befindlichkeit. Vertrauen ist der Gegenspieler zur Angst. Vertrauen heißt, dass jemand davon ausgeht, dass er ausreichende Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung hat, um aktuelle oder auch ungewisse zukünftige Herausforderungen zu bewältigen.

Diese Form des Selbstvertrauens setzt die Erfahrung einer eigenen inneren Orientierung, Sicherheit, Stabilität und Verlässlichkeit voraus, die wir erworben haben durch eine frühe, ursprüngliche und andauernde uns be-

gleitende Bindung sowie durch positiv erfahrene emotionale Nähe. Vertrauen und Kontrolle sind also zwei Aspekte, die sich aufeinander beziehen und in einem Dreiecksverhältnis zur Angst stehen.

Eine Seelsorgebeziehung: Frau N.

Ich komme damit zum zweiten Teil, in dem ich anhand einer beispielhaften Seelsorgebeziehung zu einer Frau die Wechselwirkungen von Angst, Vertrauen und Kontrolle darstellen möchte.

Vor einiger Zeit habe ich mich mit ihr zu einem Interview verabredet, in dem sie mir noch einmal ihre Geschichte aus heutiger Sicht erzählt hat. Diese Geschichte ist für sie heute Leidens- und Heilungsgeschichte gleichermaßen.

Frau N. war Ende 20, als sie das erste Mal zu mir in die Seelsorgesprechstunde kam. Ich war damals seit fünf Jahren Gemeindepastorin in meiner ersten Anstellung und hatte gerade meine pastoralpsychologische Zusatzausbildung begonnen. Seit dem Studium, im Vikariat und schließlich auch in der Gemeinde lag mein Interessenschwerpunkt in der seelsorgerlichen Arbeit. Früh hatte ich für mich erkannt, dass ich mich auf diesem Gebiet weiter qualifizieren wollte, um einerseits meine Seelsorgekompetenzen weiter zu entwickeln und um darüber hinaus auch psychotherapeutische Kenntnisse zu erwerben. Die feine Linie in der seelsorgerlichen Beratung und Beziehungsarbeit zu den verstärkt auftretenden psychischen Überlastungen, Störungen bis hin zu klinischen Diagnosen der Menschen, die mich als Seelsorgerin aufsuchten und es bis heute auch nach wie vor tun, hat mich auf diesen Weg geführt und beschäftigt mich bis heute auch fachlich – über die unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen hinaus, die ich in Kirche und Diakonie bisher wahrgenommen habe.

Seelsorge heißt, Räume zu schaffen, in denen Menschen mit ihrer verlorengegangenen Seele in Berührung kommen.

In der Seelsorge kommen Menschen zu mir und lassen mich teilhaben an ihrem Leben, an den Brüchen, dem Scheitern, den Zweifeln und der aktuellen Verzweiflung, den Problemen, Nöten und Ängsten, mit denen sie alleine nicht zurechtkommen. Gemeinsam begeben wir uns auf einen „Erforschungsweg“, auf dem ich sie in ihrer seelischen Not wahr- und ernstnehme, sie vorbehaltlos als Person und in ihrem Sein annehme. Auf diesem Weg eröffne ich ihnen einen Raum, der es ihnen ermöglicht, wieder mit ihrer eigenen verlorengegangenen Seele in Berührung zu kommen. Es geht darum, Vertrauen (zurück)-zu gewinnen, zu sich selbst, ins eigene Leben, um die eigenen Probleme, Sorgen, Nöte und Ängste im Sinne von Selbstregulation bewältigen zu können.

„Ich war ein Niemand, hatte kein Selbstbewusstsein, hatte Angst vor jedem Tag.“

Frau N. kam auf Empfehlung einer anderen Frau zu mir, die ich bereits einige Zeit seelsorgerlich begleitete. Sie litt unter Angststörungen. „Der kannst du vertrauen; die versteht dich“, hatte sie zu Frau N. gesagt.

„Ich hatte Angst, ob ich überhaupt jemals vertrauen kann. Man hat mir alles genommen.“ Diesen Satz hätte Frau N. im ersten Kontakt vor 22 Jahren niemals sagen können. Damals saß sie vor mir – in meinem Amtszimmer – den Blick nach unten gewandt. Augenkontakt war überhaupt nicht möglich; der ganze Körper zusammengezogen, zitternd; einen Tremor in den Beinen. Wortlos, stumm, versteinert ... Heute spricht sie klar, fast souverän und angstfrei über ihre damalige Verfassung: „Ich war ein Niemand, hatte kein Selbstbewusstsein; hatte Angst vor jedem Tag; hab nichts mehr gemacht; war nur in meiner Wohnung; mochte nicht rausgehen; nur abends – kurz zur Mülltonne. Menschlichen Kontakt habe ich gemieden. Ich hatte Angst, zu dir zu kommen.“

Diese Angst habe ich gesehen, gespürt, miterlebt als sie vor mir saß – das erste Mal. Zehn Jahre Psychiatrieerfahrung lagen hinter ihr: „Als ich wieder auf freiem Fuß war“, sagte sie, „war mein Leben zu Ende“. Keine Hilfe, keine Unterstützung; soziale Isolation.“ Mit 18 Jahren ist sie das erste Mal in die Psychiatrie eingewiesen worden – und es schlossen sich weitere 10 Jahre an. Die Einweisungen wurden veranlasst durch ihre Schwägerin, einer Freundin, einer Kollegin (sie arbeitete damals in einem Pflegeheim als Hauswirtschafterin und zum Teil auch als Pflegehilfskraft) und durch ihre Pflegemutter. Sie spricht über Zwangseinweisungen durch amtsrichterlichen Beschluss, nachdem sie im offenen Bereich sich der psychotherapeutischen Behandlung verweigert hat: „Ich hab nicht mehr geredet, hab nur noch geschwiegen.“ Und dann über die Erniedrigung bei der Zwangseinweisung: „Ausziehen vor männlichen Pflegern (und das vor dem Hintergrund sexueller Missbrauchserfahrungen); Badewanne; alles wird einem weggenommen – alles wird kontrolliert; alles wird eingeschlossen. Dann Überwachung durch die Glasscheibe; Ärzte kommen rein, um zu überprüfen, ob ich etwas sage, wie ich reagiere. Erst die Verlegung auf ein Zimmer hat etwas mehr Ruhe gebracht. Durch Medikamentengabe waren wir Versuchskaninchen. Man hat die „Neben“-Wirkungen an uns Patienten beobachtet. Isolation von Patienten im Waschraum. Sie haben geschrieben – wie lange kann ein Patient schreien? Neun Monate durfte ich überhaupt nicht raus – war nur im Zimmer. Die Medikamente haben meinen Körper betäubt – ich konnte nicht auf meinen eigenen Beinen stehen; Essen im Bett; keine Beschäftigungstherapie.“

Die Medikation erinnert sie noch exakt (fast sogar die Dosierungen): Atosil, Melleril, Diazepam, Rohypnol, Tavor – dazu ein brauner Becher mit Bedarfsmedizin. Sie spricht über Zwangsernährung und Fixierung.

Zeitsprung

Durch die Begleitung eines sozialpsychiatrischen Dienstes darf Frau N. die Klinik zum Wochenende von freitags bis sonntags verlassen. Irgendwann entscheidet sie zu Hause zu bleiben – meldet sich zunächst noch regelmäßig in der Klinik – dann nicht mehr. Die letzten Worte des zuständigen Arztes: „Haben Sie sich das richtig überlegt? Nach einer Woche sind Sie wieder drin!“ Frau N.: „Ich hatte keine Chance, ins eigene Leben zu kommen.“

Die Hilfestellungen durch den ambulanten sozial-psychiatrischen Dienst

griffen langsam. Der Besuch eines Amtsarztes in ihrer damaligen Wohnung: „Ihr Balkon ist hoch genug – das reicht – würden Sie springen?“ – sauber sind Sie ja – was machen Sie den ganzen Tag?“ Frau N. heute: „Einmal einen Stempel – immer einen Stempel. Suizidgefährdet – so bin ich zu dir gekommen. Ich habe niemandem mehr getraut. Zehn Jahre meines Lebens hat man mir geklaut.“

Ein Raum, frei von Erwartungen und Anforderungen, mit großer Verbindlichkeit.

Ich wusste damals am Anfang nichts von ihrer Geschichte; hatte keine Kenntnis über eine Borderline-Diagnose.
Sie saß vor mir – eine Frau - voller Angst, zitternd, stumm, betäubt, leer. Das, was ich anzubieten hatte, war der Raum – der Raum in dem sie da sein konnte – so wie sie war – in ihrer seelischen Not, mit ihrem Misstrauen, ihrer Sprachlosigkeit. Das, was ich anzubieten hatte, war der Raum – der Raum, in den ich sie einlud zu einem ersten Kontakt mit dem Gefühl, dass dieser Raum geschützt ist, frei von Erwartungen und Anforderungen, und dass dieser Raum eine Verbindlichkeit garantiert, dass alles, was sich hier ereignet und gesprochen wird, im seelsorgerlichen Vertrauensschutz geschieht.

Der Raum der Seelsorge ist frei von Kontrolle, Überwachung – er ist eine Einladung, Vertrauen zu finden, zu entwickeln, wieder – zu gewinnen – zu sich selbst, einem anderen, zu Gott (dem Göttlichen, dem Transzendenten).Der Raum der Seelsorge ist eine Einladung, wieder oder überhaupt zu sich selbst zu finden, den Kontakt zur eigenen Seele – wieder oder überhaupt aufzunehmen und damit die Wirksamkeit spiritueller Erfahrung zu erleben.

Schritt für Schritt ins eigene Leben

Gemeinsam sind Frau N. und ich einen Weg gegangen, von dem wir nicht wussten, wohin er uns führen würde. Langsam – ganz allmählich – gelang die Kontaktaufnahme, den Blick allmählich aufrichtend – von Angesicht zu Angesicht. Die ersten Worte – langes Schweigen – und nach und nach das Erzählen einer von Geburt an langen Leidens-, Missbrauchs- und Gewaltgeschichte. Behutsame Körperarbeit mit Entspannungs-, Konzentrations-, und Achtsamkeitsübungen begleitete den Prozess, Schritt für Schritt ins eigene Leben von Frau N. zu gehen. „So habe ich langsam ins Leben zurückgefunden“, sagte Frau N. in unserem Interview. „Wer vertraut schon jemandem, von dem man so eine Vorgeschichte wie meine kennt.“

Vertrauen war das Thema dieser Seelsorgebeziehung in den zurückliegenden 22 Jahren, auf beiden Seiten. Und ständig auch Vertrauen im Verhältnis zu Angst und Kontrolle. Es gab diverse Unterbrechungen, Einbrüche, Rückschritte, Stillstand – aber immer wieder hat der Raum, der alles ermöglicht, alles hält, alles schützt seine spirituelle Wirksamkeit entfaltet. (Ich berichte an dieser Stelle nicht über durchaus unorthodoxe und unkonventionelle Formen meiner Arbeit.)

Heute lebt Frau N. ein eigenständiges, selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben. Sie lebt mit ihrer Katze in der eigenen und selbst gewählten – nach diversen Umzügen –Wohnung. Sie hat sich vor einigen Jahren ihren „Lebenstraum“ erfüllt, indem sie einen Schrebergarten gepachtet hat und diesen bewirtschaftet. Wenn sie von ihrem Garten spricht, spricht sie über sich selbst: „Ja, da möchte ich hin; ich möchte wieder den Zugang zu meinem eigenen Körper. Vielleicht sagt mir ja der Garten, da komme ich hin.“ Und sie ist – was jahrelang aufgrund traumatischer und retraumatischer Erfahrung nicht möglich war – wieder aus eigener, freier Entscheidung in Kontakt mit einer Psychiaterin, um noch weiter daran zu arbeiten, die bislang noch nicht integrierten Themen schrittweise selbstregulierend für sich zu navigieren. „Weil ich gelernt habe, an mich selbst zu glauben, kann ich an mir arbeiten“, sagt sie heute.

Sie hat eine feine Wahrnehmung für sich selbst entwickelt, wo sie vertrauen kann und wo nicht; welche Form der Kontrolle für sie gut, annehmbar und hilfreich ist. Und sie lebt mit der Unkalkulierbarkeit ihrer Ängste und beschreibt es wie folgt: „Die Angst treibt dich, macht fertig, mürbe. Dann kommt der Druck im Körper – dann kommt das Zittern – dann der Blackout. Danach bin ich wieder da, fange normal an. Das Zittern ersetzt das Schneiden.“ Was da ist, ist immer noch der Raum, in dem dies alles geschieht, erlebt oder gesagt werden kann. Der Raum, der alles ermöglicht, alles hält, alles schützt und seine spirituelle Wirksamkeit ins Leben hinein entfaltet.

Mit diesem Bespiel habe ich mich auf einige subjektive und sehr persönliche Ausführungen konzentriert im Blick auf das Thema, wie Angst – Vertrauen – Kontrolle im Beziehungsverhältnis zueinander stehen.

Anmerkungen

1 Der Text basiert auf dem Eröffnungsvortrag der Psychiatrie-Jahrestagung des EWDE / BeB in 2014: „Angst essen Seele auf“ – Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie.

2 Kritik von Ulrich Behrens auf filmzentrale.com, abgerufen am 6. November 2014.

Die Ambivalenz neuer Steuerungs- und Anreizsysteme in der Psychiatrie

Von Martin Heinze

Das Fachhochforum zur Gesundheitspolitik „Wettbewerb, Qualitätssicherung und evidenzbasierte Medizin“ diskutierte diese Themen unter den Schlagworten der Ambivalenzen und problematischen Effekte. Außer Zweifel steht, dass der Wettbewerb verschiedener Anbieter zu einer Differenzierung psychiatrischer Angebote beigetragen hat, die Qualitätssicherung einen gemeinsamen Maßstab bildet, um patientenrelevante Ergebnisse in der Versorgung auch sicherzustellen und letztlich die evidenzbasierte Medizin dazu beiträgt, die am besten belegten therapeutischen Mittel auch allgemein zur Nutzung zu bringen. Sie sichert somit ebenfalls die Qualität der Versorgung. Dennoch haben diese Themen ihre Schattenseiten und müssten insofern einer kritischen Diskussion unterworfen werden, als ihre Anwendung als reine Prinzipien andere Kontexte ausblendet und im Rahmen einer mit ihnen gegebenen Technisierung das Individuelle verlustig gehen könnte. Die Ambivalenz, die viele Betroffene und Psychiatrieerfahrene angesichts dieser Themen befällt, ist somit nachvollziehbar. Sie spricht nicht gegen die Annahme dieser Prinzipien als Leitgedanken für die medizinische Entwicklung. Wohl spricht sie dafür, die durch sie geformte Medizin besonders kritisch zu begleiten.

Der erste Teil des Vortrags beschäftigt sich mit Anreiz- und Steuerungssystemen in der psychiatrischen Versorgung. Dieses Thema ist angesichts der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Krankenhauspsychiatrie von höchster Relevanz. Dabei werden keinesfalls mit der neuen Gesetzgebung allein Anreize gesetzt: Diese bestanden auch im vorherigen System. Die Finanzierung nach Bundespflegesatzverordnung vergütete Belegungstage in der Psychiatrie. Dies setzte für die Leistungserbringer bestimmte finanzielle Anreize, so dass das Versorgungssystem in diese Rechnung gesteuert wurde: Ein positiver Anreiz bestand vor allem für eine lange Verweildauer (die nicht immer im Nutzerinteresse lag), wobei eine Steigerung der Fallzahlen nicht speziell getriggert wurde, jedoch eintrat und somit auch eine Kostenerhöhung. Das System war hinsichtlich der Leistungserbringung sehr unflexibel; eine Ambulantisierung war bei diesem Vergütungssystem nicht möglich, Anreize für präventive Angebote wurden nicht gesetzt und die Qualität der Leistungen nicht gesondert gefordert. Durch die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen ändert sich nun dieses System analog zum DRG-System[1] der somatischen Medizin. Dieses orientiert sich an Fallzahlen, die jeweils mit einer DRG bzw. PEPP[2] belegt sind, und an der Menge der erbrachten therapeutischen Einzelleistungen. Die Einführung in der Psychiatrie wird dazu führen, dass die Verweildauer reduziert wird, die Fallzahl und Leistungsmenge jedoch erheblich erhöht, so dass analog der somatischen Medizin die Erbringung überflüssiger Leistungen getriggert wird und damit auch eine erhebliche Kostensteigerung zu erwarten ist, die durch einen „Deckel“ abgefangen werden muss. Auch dieses System zeigt keinerlei Flexibilität hinsichtlich der Ambulantisierung der Psychiatrie oder zur Erbringung präventiver Leistungen. In welcher Gestalt es eine Qualitätskontrolle geben wird, wird die Zukunft zeigen.

Ein positiver Anreiz bestand im früheren System vor allem für eine lange Verweildauer, die nicht immer im Nutzerinteresse lag.

Geht man davon aus, dass die Psychiatrie heute, noch vom alten System herkommend, fehlgesteuert ist, so kann man fragen, ob sich die Neuerungen in die richtige Richtung bewegen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden hat in ihrer Stellungnahme von 2007[3] auf die alte Fehlsteuerung des Systems hingewiesen und kommentiert, eine bessere Steuerung könne nur erzielt werden, wenn das psychiatrische Versorgungssystem konsequent regional ausgerichtet und kooperativ zwischen allen Leistungsträgern entwickelt würde, personenzentriert handle und im Sinne psychiatrischer Behandlungszentren umgestaltet würde. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007[4] deutlich gemacht, dass es notwendig sei „eine Rahmenordnung mit finanziellen Anreizen zum systemrationalen Handeln“ zu schaffen. Damit ist von Experten bestätigt, dass das bisherige psychiatrische Versorgungssystem nicht nur fehlgesteuert, sondern zudem auch in einem hohen Maße irrational ist. Es liegt auf der Hand, dass sich mit einer besonderen Betonung der Leistungsmengen ohne hinreichende Definition von Ergebnisqualität und ohne rationale Nutzung der im System vorhandenen Ressourcen die Lage nicht verbessern, sondern verschlechtern wird.

Ohne rationale Nutzung der im System vorhandenen Ressourcen keine Verbesserungen.

Obwohl in der Fachdiskussion mittlerweile klar ist, dass ein rationales Versorgungssystem regional verankert

Martin Heinze
Prof. Dr. med., Nervenarzt, Psychotherapeut und Forensischer Psychiater, Leiter der Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Immanuel Klinik Rüdersdorf.
E-Mail: m.heinze@immanuel.de

sein muss, auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung bezogen und qualitäts- statt leistungskontrolliert werden sollte, wurde dies nicht umgesetzt. Als Hintergrund ist zu vermuten, dass die Politiker, die die Rahmenbedingungen setzen, sich zu sehr noch in einer neoliberalen Vorstellung von Ökonomie bewegen, so dass die versimplifizierte Vorstellung, man müsse das psychiatrische Versorgungsangebot in Einzelleistungen auflösen, die dann in einem konkurrenten Verfahren, nur vom Markt gesteuert, eine faire Bewertung finden würden, in den Köpfen steckte. Obwohl in anderen Politikfeldern deutlich geworden ist, dass öffentliche Aufgaben auch einer aktiven Regulation bedürfen, wurde hier die Idee der Deregulation in einer Weise ins Spiel gebracht, dass von regionaler Versorgungsverantwortung etc. nichts mehr zu finden ist.

Qualitäts- statt Leistungskontrolle

Es gebe durchaus Alternativen: man könnte ein System an den vorhandenen Ressourcen einer Region orientieren, die dann flexibler und mehr für präventive Aufgaben genutzt würden, insgesamt also der Gesunderhaltung der Bevölkerung zugute kämen. Mehr noch könnte man definieren, welche Aufgaben Psychiatrie und Psychotherapie heute haben und die Ressourcenvergabe an der Erfüllung dieser Aufgaben orientieren. Dies würde zu einer Senkung der Verweildauern und Fallzahlen führen. Leistungen könnten flexibel erbracht werden und vor allem würden Anreize gesetzt, präventiv tätig zu werden. Die Kosten würden den Aufgaben folgen, sie könnten also durchaus steigen, wenn ein gesellschaftlich anerkannter Bedarf für die psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen vorliegt, was sinnvoll wäre. Sie könnten sich aber auch neutral entwickeln, so kein weiterer gesellschaftlicher Handlungsbedarf vorliegt.

Tatsächlich hat die Einführung des neuen Entgeltsystems zu erheblichen Protesten geführt, denen nur teilweise begegnet wurde. Vor allem stellt sich aber eine tatsächliche Ambivalenz der Beteiligten ein, was denn von diesem System zu halten sei. Grundlage für diese Nichtakzeptanz dessen, was da kommen soll, ist die Einsicht, dass bei der Schaffung des ordnungspolitischen Rahmen die möglichen Anreiz- und Steuerungswirkungen für die Psychiatrie und Psychotherapie nicht ausreichend prädiziert wurden, sondern einfach der Psychiatrie fremde Elemente aus dem DRG-System und ordnungspolitische Vorstellungen anderer Politikbereiche hier eingeflossen sind. Dabei sind die Werte klar, auf deren Erfüllung hin man Systemveränderungen prädizieren könnte: psychiatrische Versorgung sollte den Bedürfnissen psychisch Kranker gerecht werden, sie sollte dem Patienten die nötige Zeit für die Genesung bieten, sie sollte flexibel den Übergang zwischen verschiedenen Behandlungssettings sicher stellen, sie sollte Behandlungsressourcen vom vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich verlagern, letztlich die Teilhabe am sozialen Leben sicher stellen, die Prävention fördern und ökonomisch attraktiv machen und offen für zukünftige Entwicklungen und Qualitätsforderungen sein.

Gewinn der Anbieter statt Gewinn an seelischer Gesundheit.

Ein häufiges Argument der markwirtschaftlich orientierten Psychiatrieplaner ist, dass mit den Techniken der Marktwirtschaft und der Konkurrenz die Effizienz des Versorgungssystems gesteigert werden kann. Die ist auch, sieht man die somatische Krankenhausentwicklung als Grundlage, durchaus teilweise zu erwarten, denn der Bettenabbau in der Somatik und die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Sektor ist retrospektiv sicher wünschenswert gewesen.

Unnötige Leistungen werden aufgrund des Anreizes, Leistungen überhaupt zu erbringen, erbracht.

Allerdings zeigt die heute breit diskutierte Problematik, dass unnötige Leistungen aufgrund des Anreizes, Leistungen überhaupt zu erbringen, erbracht werden, auch, dass neben den positiven Effekten zunehmend neue Fehlsteuerungen eintreten, der Gewinn von Ressourcen durch die Effizienzsteigerung also nicht mehr dort hin gelangt, wo ein eigentlicher Bedarf bei den Patienten gegeben ist, sondern letztlich durch das System selbst falsche Bedarfe generiert werden. Auf der ökonomischen Ebene hat dies vor allem mit einem Fehlverständnis von Effizienz zu tun. Effizienzbetrachtungen sind an sich sinnvolle Techniken, zu einem rationalen Ressourceneinsatz zu kommen. Definierte man als Effizienz für die psychiatrische Versorgung, dass möglichst viel an psychischer Gesundheit aus einem bestimmten Ressourceneinsatz generiert werden würde, so wäre dagegen nichts einzuwenden. Dienstleister würden sich gemeinsam darum kümmern, seelische Gesundheit zu fördern und entsprechend ihren Möglichkeiten einzusetzen.

Diese Definition ist aber nirgendwo zu finden. Auch dies liegt an neoliberalen Verkürzungen: Als Effizienz wird ausschließlich betrachtet, welcher Geldwert aus den Ressourceneinsatz zu ziehen ist. Es geht also um den Gewinn der Anbieter und nicht um den Gewinn an seelischer Gesundheit. Was bei solchen, auch volkswirtschaftlich falschen, Effizienzbetrachtungen passiert, ist eine grobe Verwechslung von Mittel und Zweck. Nach Immanuel Kant können nur der Mensch und die Natur Zwecke menschlichen Handels sein. Die eingesetzten Techniken, unter anderem hier der Kapitaleinsatz, sind dagegen nur Mittel, die als solche keinen Wert realisieren, zwar nötig sind, aber nicht als Selbstzweck verstanden werden dürfen.
Das für das neue psychiatrische Vergütungssystem gewählte Modell ist dementsprechend auch ökonomisch kaum haltbar, auch wenn es sich als ökonomisch durchdachtes verkaufen will. Denn es gibt keine Theorie der Marktwirtschaft, die nicht gleichzeitig darstellen würde, dass Marktkräfte das Geschehen nur dann sinnvoll und produktiv gestalten können, wenn ein entsprechender ordnungspolitischer Rahmen vorhanden ist, der Fehlsteuerungen abmildert. Soll der Markt der gesellschaftlichen Entwicklung dienen, so bedarf es eines politischen Eingreifens, damit dieser Zweck auch im Sinne des Gemeinwesens und damit zum Wohle vieler Beteiligter erreicht werden kann. Die ökonomischen Beziehungen, auch die Gewinne, die reinvestiert werden, sind Mittel zur Erreichung der Ziele. Die Effizienz-

betrachtung für die Psychiatrie muss fragen, mit welchem Personaleinsatz das Ziel, die seelische Gesundheit der Bevölkerung zu stärken und wieder herzustellen, effizient erreicht werden kann. Nur sekundär darf sie fragen, welche Effizienz im Bereich des Kapitalertrages damit verbunden ist. Denn nur die Reflektion darauf, wie wir als Menschen sinnvoll unsere Menschlichkeit entfalten können, reguliert wiederum unsere Vorstellung von der Welt, indem sie Kritik an überzogenen Einstellungen möglich macht, vor allem Kritik am Warencharakter, in den alle menschlichen Beziehungen hinein sich verändern können. Wir sollten eine Verdinglichung menschlicher Beziehungen nicht zulassen, nicht zulassen, dass ein Mensch nur auf seinen Waren- und Ertragswert reduziert wird oder überhaupt auf einen Wert, der ausschließlich im Hinblick auf seinen Nutzen im Sinne des Kapitals bestimmt wird. Ebensolche Verdinglichungen sind gegeben, wenn der Mensch nur als Kunde, Nutzer oder als humane Ressource gesehen wird.

Man wird solche augenscheinlichen Fehlentwicklungen nicht nur aufgrund ökonomischer Theorien, hier in Marktwirtschaft, die neoliberal und nicht sozial entwickelt wird, verstehen können, sondern wird um kulturtheoretische Überlegungen nicht umherkommen. Max Weber hat in seinen Schriften nach dem Schicksal der abendländischen Kultur unter den Bedingungen fortschreitender Rationalisierung gefragt. Er bestimmt die Kultur des Westens als „okzidentalen Rationalismus“, dessen Träger vor allem die Bürokratie und der moderne Kapitalismus sind, wobei er den Kapitalismus für die „schicksalvollste Macht des modernen Lebens“ hält. Bekanntestes Stichwort ist hier das „stählerne Gehäuse der Bürokratie“, welches ein Gehäuse der Hörigkeit sei. Wir laufen, so Weber, in die Gefahr des Einmündens in eine Gesellschaftsordnung, die durch totale Heteronomie gekennzeichnet ist und in der der Mensch zum passiven Objekt einer zweckrational operierenden Verwaltungsmaschinerie reduziert wird.[5]

Gesellschaftsordnung, die durch Heteronomie gekennzeichnet ist.

Für die Psychiatrieentwicklung können hier viele Gedanken angeschlossen werden: Bereits in den Überlegungen der 80er Jahre zur Berücksichtigung der Nutzerinteressen – aus den Patienten wurden Verbraucher – die an sich produktiv war, da sie die Nutzer einbezog und den Weg von einer institutionszentrierten zur personenzentrierten Behandlung bahnte, wurde kritisch, wiederum im Sinne einer Ambivalenz, bemerkt, dass auch mit Einführung solcher Variablen wie Patientenzufriedenheit, Lebensqualität usw. in die psychiatrische Versorgung eine Technisierung gegeben ist, die letztendlich die persönliche Biografie der Patienten hintanstellt, gute Zahlen im Sinne einer so definierten Ergebnisqualität bringen will und nicht fragt, inwieweit die individuelle Geschichte des Patienten tatsächlich eine angemessene Fortsetzung findet, wenn er denn nur als Kunde zufrieden ist.

Eine gelungene Beziehung zwischen Patient und Therapeut führt zur Heilung – nicht das spezielle methodische Verfahren.

Ähnliche Ambivalenzen stellen sich im Bereich der evidenzbasierten Medizin dar. Das Prinzip ist verlockend und unumgänglich. Statt der nur persönlichen Erfahrung des Arztes, der dadurch, dass er nur seinen eigenen Erfahrungshintergrund hat, durchaus falsch liegen kann, wird die kollektive Erfahrung der wissenschaftlichen Psychiatrie herangezogen, so dass die theoretisch bestmögliche Behandlung für jeden Patienten erzielt werden kann. Soweit das Prinzip, die Praxis dazu hat aber ihre Schwächen. Klinische Evidenz liegt nur dann vor, wenn kontrollierte Studien durchgeführt werden. Viele Verfahren der Psychiatrie, vor allem der direkten Zuwendung und Beziehungspflege, die doch das Kerngeschäft unseres Gebietes ist, können mit einem solchen methodischen Vorgehen nicht abgebildet werden.

Im Bereich der psychopharmakologischen Forschung werden zudem nur Substanzen in Studien getestet, von deren Einsatz ein ökonomischer Gewinn zu erwarten ist, denn fast alle pharmakologischen Studien werden von der Industrie finanziert, da eine entsprechende staatliche, an anderen Werten orientierte Forschung nicht gegeben ist. Ältere Psychopharmaka, die durchaus gut oder sogar besser als die neueren seien könnten, geraten so aus dem wissenschaftlichen Bewusstsein der Psychiatrie und kommen den Patienten nicht mehr zugute. Es hat sich ein industrieller Komplex der pharmazeutischen Industrie gebildet, der sich neuerdings auch auf die Psychotherapie überträgt: auch hier gewinnen zunehmend ökonomische Interessen überhand. Bestimmte Verfahren werden für bestimmte Krankheitsbilder als notwendig propagiert. Diese müssen dann erworben werden, die entsprechenden Fortbildungen sind teuer und vor allem schließen sie durchaus erfahrene Psychotherapeuten, die entsprechende Nachweise nicht haben, zunehmend von der Versorgung aus. Dabei sind in der Psychotherapie vor allem unspezifische Wirkfaktoren wohl das Entscheidende. Alles deutet darauf hin, dass im Wesentlichen eine gelungene Beziehung zwischen Patient und Therapeut zur Heilung führt, was man bereits im 19ten Jahrhundert bemerkte[6], und nicht das spezielle methodische Verfahren. Besonders heikel wird es dann, wenn die ökonomischen Interessenhalter auch Aktivitäten der Selbsthilfe mit entsprechend aufgearbeiteten Informationen unterwandern.

Im Ergebnis ist die evidenzbasierte Medizin wohl unumgänglich, da der vorherige Zustand einer willkürlichen Therapieverabreichung nun auch nicht wünschenswert war. Ohne kritische Begleitung und vor allem ohne Analyse des Cui bono, welchen Interessen also die Forschung dient, führt sie aber nur zu einer Entmündigung der Professionellen und auch der Patienten, die über verschiedene Foren in die neuen Therapieverfahren indoktriniert werden. Beide, Patienten und Therapeuten, werden somit durchaus im Sinne Webers zu Objekten einer zweckrational operierenden Gesundheitsmaschinerie.

Im konkreten Handeln in den Krankenhäusern sieht man die Auswirkungen bereits deutlich: Ärzte müssen ihre therapeutischen Entscheidungen zunehmend aufgrund betriebswirtschaftlicher Strategien treffen, Psychologen müssen ihren individuellen

Zugang zum Patienten aufgeben, um die von ihnen geforderten technischen Standards zu erbringen, Begleittherapien werden reduziert auf abrechenbare Leistungen und die Pflegeressourcen werden dort eingesetzt, wo eine entsprechende Abrechnungsziffer eine Refinanzierung sichert.

Es stellt sich somit das ungelöste Problem, wie denn die sachlich richtigen Inhalte unter Wirkung finanzieller Interessen überhaupt umgesetzt werden können. Insofern ist sie Sicherung der Versorgungsqualität sehr wichtig, weil kompensatorisch. Bereits der Wegfall der Psychiatriepersonalverordnung und den großen Schwierigkeiten, die die Selbstverwaltung damit hat, hier neue Standards zu setzen, zeigt aber an, dass auch die Qualitätssicherung nicht frei ist von Lobbyinteressen. Die im Rahmen der Selbstverwaltung für die Zwecke der Qualität geschaffenen Institutionen, vor allen anderen der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), zeigen dabei ein erhebliches Eigeninteresse: sie wachsen ständig hinsichtlich ihres Personalbedarfs, entwickeln sich zu eigenständigen Behörden und lösen die Frage nach dem Sinn des therapeutischen Handelns wiederum auf in das stählerne Gehäuse ihrer eigenen Bürokratie.

Die universelle Bürokratie setzt auf Berechenbarkeit. Andererseits garantiert sie aber auch Verlässlichkeit und Stetigkeit, Präzision, Disziplin und Straffheit.

Somit wird Max Weber, zumindest aus der heutigen Einschätzung, Recht behalten: Der okzidentale Rationalismus mit seiner Arbeitsteiligkeit, Fachgemäßheit, Hierarchie und mit der Bürokratie als der rationalsten und damit überlegenen Form der Herrschaftsausübung besteht weiter und verschärft sich auch im Gesundheitswesen. Die universelle Bürokratie setzt auf Berechenbarkeit (Statistik statt Individualität). Andererseits garantiert sie aber auch Verlässlichkeit und Stetigkeit, Präzision, Disziplin und Straffheit. Ihre Beurteilung fällt daher ambivalent aus. Dynamisch stellt sich ein unentrinnbarer Prozess ein, der die Totalität der zu versorgenden Patienten umfasst und in dem wenige individuell, sondern fast alle schablonenhaft in den Rollen ihrer zunehmenden Spezialisierung handeln. Ob man diese Dialektik, und das wäre das bessere Wort für Ambivalenz, überhaupt auflösen kann, ohne die Grundprinzipien dieses Rationalismus, also den Kapitalismus als der „schicksalsvollsten Macht des modernen Lebens“, grundsätzlich zu überwinden, bleibt eine offene Frage.

Kompensatorisch wird man immer wieder gegenläufige Werte einklagen können, um die schlimmsten Auswirkungen abzumildern. Jedoch zeigt sich auch, dass unsere technisierte Kultur durchaus in der Lage ist, neu formulierte Ansprüche der Menschen in ihre zweckrationalen Operationen der Verwaltungsmaschinerie aufzunehmen und damit aber auch im dialektischen Sinne aufzuheben. Die Beziehung als Grundlage des psychiatrisch-psychotherapeutischen Handelns wird damit immer wieder ausgehöhlt und man kann auch, wenngleich man es heute anders formulieren müsste, immer noch die Psychiatrie kapitalismuskritisch betrachten: „Von den Produktionsverhältnissen und den diesen entsprechenden herrschenden Verhaltenserwartungen einer Gesellschaft her gesehen ist die Kommunikation mit all denen bedroht und gestört, die diesen objektiven und subjektiven Erwartungen nicht nachzukommen fähig oder willens sind.“[7] Zu fordern wäre auch heute eine Repolitisierung der Diskussionen im Sinne dessen, dass man sich zu normativen Vorstellungen über die Menschlichkeit des Menschen und wie sie gesellschaftlich zu fördern sei bekennt und sich diese Werte auch im Hinblick auf die Systementwicklung vor Augen führt. Die Verantwortlichen müssten dazu zum Denken auch der Ambivalenzen und Widersprüche bereit sein und den bequemen Weg der vorgeblichen Lösung aller menschlichen Fragen durch Technisierung aufgeben.

Wie kann man Menschlichkeit gesellschaftlich fördern?

Der Vortrag wurde im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit gehalten, der am 13./14. März 2014 in Berlin stattfand.

Anmerkungen

1 DRG = Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)

2 PEPP = Pauschaliertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

3 „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Oberen Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003), 1. Auflage 2007, insbesondere S. 97f.

4 Sachverständigenrat im Gesundheitswesen: Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (Kurzfassung, S. 41, www.svr-gesundheit.de).

5 Siehe zum Beispiel Max Weber, Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen 51980 (1921), S. 128, und derselbe, Gesammelte politische Schriften, Tübingen 51988 (1921/22), insb. S. 320ff, 330ff.

6 „ ...denn die Erfahrung lehrt, daß oft die sorgfältigste Behandlung des Wahnsinns nicht eher von Erfolg ist, als bis sie durch die Zuteilung eines besonderen Wärters gefördert wird.“ (Artikel Irrenanstalt, Meyers Konversationslexikon, Verlag des Bibliographischen Instituts, Leipzig und Wien, Vierte Auflage, 1885–1892)

7 Klaus Dörner, Bürger und Irre, Frankfurt/M. 1969.

Trau, schau, wem

Sozialpsychiatrie und die Angehörigen

Von Susanne Heim

Angehörige und Psychiatrie tun sich noch immer schwer miteinander – selbst dort, wo sich die Psychiatrie sozial nennt. Es ist keineswegs selbstverständlich, dass Angehörige, die mit ihrem erkrankten bzw. genesenden Familienmitglied zusammenleben, angehört, beraten, an Hilfeplanung oder Entlassungsvorbereitung beteiligt werden. Scheinbar längst überholte Vorurteile wirken unterschwellig munter weiter und verhindern entspannt vertrauensvolle Begegnungen. Doch es gibt auch erfreuliche Beispiele für ein wertschätzendes und kreatives Miteinander. Warum werden solche Vorbilder zwar viel gelobt, aber so wenig nachgeahmt?

Susanne Heim
Mutter eines psychoseerfahrenen Sohnes und selbst psychiatrieerfahren, seit 30 Jahren in der Angehörigen-Selbsthilfe engagiert, u.a. auch Initiatorin und Ko-Moderatorin des Kölner Psychose-Forums, www.heim.sozialpsychiatrie.de
E-Mail: sheim@psychiatrie.de

Vorsichtshalber sei's vorweg gesagt: Wenn Sie beruflich in der (Sozial-)Psychiatrie tätig sind und sich von dieser Wortmeldung einer psychiatrie-erfahrenen Angehörigen diskreditiert fühlen, weil nichts davon Ihre Haltung, Sicht- und Handlungsweisen widerspiegelt – dann sind Sie ganz offensichtlich nicht gemeint. Sie haben also keinen Grund, gekränkt zu sein!

Dass mir dieses Vorwort nötig erscheint, ist unter anderem meinen Erfahrungen als Referentin in Sachen Angehörige geschuldet: Ob ernst gesprochen oder augenzwinkernd aufgespießt - seit mittlerweile dreißig Jahren sind es immer wieder Psychiatrieprofis im Auditorium, die sich gegen kritische Betrachtungen beleidigt und empört zur Wehr setzen, weil auf sie und ihre Arbeitsweise das alles nicht zutrifft. Warum dann die Aufregung? Wird Vulnerabilität womöglich doch durch einen Virus verbreitet?!

Der „Kundschaft", den Erkrankten wie den Angehörigen, wird weit weniger Zimperlichkeit zugestanden. Ich finde es bemerkenswert, wie selbstverständlich in der Sozialpsychiatrie den Menschen, die sich ihr anvertrauen (müssen), unbedingtes Vertrauen abverlangt wird. Kann man Vertrauen fordern, erwarten? Muss man sich das nicht erst einmal verdienen, sich dessen würdig erweisen? Wie fraglos vertrauenswürdig zeigen sich Institutionen und die dort Tätigen, die den mündigen Patienten propagieren und gleichzeitig auf dessen „Krankheitseinsicht" und Compliance pochen?! Das ist Doublebind vom Feinsten: Sei mündig = für dich selbst verantwortlich – und tu, was ich dir sage. Erkrankte wie Angehörige sollen einsichtig sein, nicht etwa aktiv werden, Einsicht nehmen, um selbst abwägen und (mit-) entscheiden zu können.

„Sei mündig = für dich selbst verantwortlich – und tu, was ich dir sage."

Professionelle Doublebind-Botschaften

Eigentlich wurden und werden Doublebind-Botschaften in und von der Psychiatrie vorzugsweise den Angehörigen zugeschrieben und ihnen als krankmachend angelastet. Gleichzeitig werden sie ihnen aber ungerührt zugemutet, gerne mit erhobenem Zeigefinger. Auch heute noch. Sie sollen ihre erkrankten Familienmitglieder loslassen und sie gleichzeitig auffangen, sich nicht in deren Angelegenheiten einmischen, aber dafür sorgen, dass sie zuverlässig ihre Pillen schlucken, den Arztbesuch nicht vergessen und bei einer sich anbahnenden Krise rechtzeitig, freiwillig die Klinik aufsuchen. Kurzum, Angehörige sollen blind vertrauen und gleichzeitig kontrollieren – und möglichst keine Fragen stellen. Selbst wenn sie „schuldeinsichtig" sind und es künftig besser machen wollen, aber nicht wissen wie.

Ist das eine Basis für gleiche Augenhöhe? Auch im Zeitalter des viel gepriesenen Trialogs gibt es mehr wohlfeile Lippenbekenntnisse als praktische Schritte in Richtung einer sozialen Psychiatrie, die ihrem Namen gerecht wird, indem sie den Menschen als soziales Wesen wahrnimmt. Wie sollen Erkrankte sich gesehen fühlen und Vertrauen fassen, wenn sie nur durch die psychiatrische Brille betrachtet werden, als Objekt von Diagnose und Behandlung, als Symptomträger und Studienobjekt? Wie sollen Angehörige sich wertgeschätzt fühlen und die (gefühlte) Verantwortung den beruflich Helfenden anvertrauen, wenn sie bei denen mal als Störfaktoren gelten, die man tunlichst auf Abstand hält, mal als nützliche Ressource, über die man nach Gusto verfügen kann, ohne Rücksicht auf den familiären Kräftepegel.

Es geht durchaus auch anders

Nein, ich will nicht ungerecht sein. Hier und da hat sich schon etwas bewegt, haben sich Hoffnung weckende Beispiele für Better Practice entwickelt. Etwa Soteria-Einrichtungen, die sich am Modell der therapeutischen Gemeinschaft orientieren, wo Patientinnen und Patienten sich aktiv an der Gestaltung des Stationsalltags beteiligen und in Krisen eine achtsame Begleitung durch eine Bezugsperson erfahren. Freilich, dem deutschen Vorreiter in Zwiefalten auf der Schwäbischen Alb sind seit 1999 bundesweit ganze fünf Kliniken gefolgt: 2003 in München-Ost, 2012 auf der Reichenau im Bodensee, 2013 im nordrhein-westfälischen Gangelt und Berlin sowie im Dezember 2014 in Hamburg. Acht andere haben es bislang nur – aber immerhin – zu einer Akutstation mit Soteria-Elementen gebracht. (www.soteria-netzwerk.de)

Wo Patienten und Patientinnen als Teil eines sozialen Gefüges wahrgenommen werden, wird auch nach ihrer Lebenswelt gefragt.

Vom „Geburtsort“ der Psychose-Seminare, von ihrem „Vater“ Thomas Bock und den Impulsen, die seit dem legendären trialogischen Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 von dort ausgegangen sind, kann man eigentlich nur schwärmen – und voller Bewunderung nach Hamburg blicken. Dort haben diese Impulse vielfältige Aktivitäten angestoßen und hervorragende Ergebnisse gezeitigt. So konnte die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie im November 2014 mit ihrem 40. Geburtstag auch gleich sechs weitere Jubiläen feiern: 25 Jahre Trialog/Psychoseseminar, 20 Jahre Sozialpsychiatrische Ambulanz am Universitätsklinikum Eppendorf, 15 Jahre Krisentagesklinik, 15 Jahre Vorlesungsreihe Anthropologische Psychiatrie, 15 Jahre trialogisch innovativer Verein Irre menschlich Hamburg mit seinen zahlreichen Informations-, Begegnungs- und Präventionsprojekten sowie 10 Jahre EX-IN (Peer-Schulung) Hamburg. Eine beneidenswerte Bilanz - oder besser: Zwischenbilanz. Denn in Hamburg haben sich so viele engagierte Menschen zusammengefunden, dass die Sozialpsychiatrie dort wohl gar nicht mehr anders kann als in Bewegung zu bleiben.

Warum nur fristen positive Ansätze und hochgelobte Beispiele oft - sogar innerhalb einer Klinik – ein isoliertes Inseldasein mit beschränkter Strahlkraft? Warum wirken sie, trotz ihrer überzeugenden Erfolge, so wenig ansteckend? Warum finden sie nicht flächendeckend engagierte Nachahmer? Ja doch, sie werden zur Kenntnis genommen. Keine Informationsveranstaltung ohne psychiatrisch Tätige, die lebhaftes Interesse zeigen und eifrig Fragen stellen – um am Ende zu resümieren, ein solches Modell lasse sich halt leider nicht auf ihre Stadt, ihre Klinik, ihre Institution übertragen. „Wer etwas erreichen will, hat Ziele. Wer etwas verhindern will, sucht Gründe“, sagt Richard David Precht. Die guten Beispiele liefern freilich auch gute Gründe für soziale Psychiatrie. Sie könnten doch Ansporn sein, dieses Ziel entschlossen anzusteuern.

Wo Patienten und Patientinnen ganzheitlich, als Teil eines sozialen Gefüges wahrgenommen werden, kann es nicht mehr passieren, dass niemand nach ihrer Familie fragt, ihrer Lebenswelt. Dann rücken die nächsten Angehörigen, auch kleine Kinder, ganz von selbst als Mitbetroffene ins Blickfeld, ihre Kompetenzen und Hilfsbemühungen ebenso wie ihre Hilfsbedürftigkeit. Erst wenn auch sie gesehen werden, wenn ihr Beitrag zur Genesung ebenso gewürdigt wird wie ihr jeweils eigenes Recht auf Schutz und Wohlergehen, können wir auf Augenhöhe kommen, ohne dass Patienten oder Angehörige sich den Hals ausrenken müssen. Dann erst kann das – gegenseitige! - Misstrauen allmählich schwinden und damit das Kontrollbedürfnis überflüssig werden.

Psychiatrie könnte auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft Vorbild für den angstfreien Umgang mit Fremdem sein.

Hochschulgebildete Vorurteile

Doch leider gilt noch immer, woran Alexander Veltin schon 1995 in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis erinnert hat: „... eine recht verstandene Sozialpsychiatrie ist ihrem Anspruch gemäß auf den Dialog mit allen Gruppierungen im psychosozialen Felde hin angelegt, sie muss den Anspruch nur, daran hat es in der Vergangenheit leider vielfach gefehlt, auch einlösen.“ Und die Vergangenheit ist noch immer nicht vergangen. Denn dazu müssten erst einmal die tradierten Vorurteile über Bord geworfen werden, die keineswegs nur in der gern gescholtenen „Gesellschaft“ rumoren. Eigentlich könnte die Psychiatrie, erst recht als soziale Psychiatrie, auf dem Weg zur inklusiven Gesellschaft Vorbild und Vorreiter sein für den angstfreien Umgang mit Fremdem, mit Befremdlichem. Stattdessen fördert sie mit ihren Krankheits- und Risikoszenarien Unsicherheit und Vorbehalte. Ja, auch die diskriminierenden Vorurteile gegenüber den Angehörigen wurden in der Psychiatrie kreiert. Sie wurden durch ihre Lehrbücher als „wissenschaftliche Erkenntnisse“ verbreitet und nicht widerrufen, im Laufe der Zeit durch neue Theorien allenfalls modifiziert – von der „schizophrenogenen“ Mutter (Frieda Fromm-Reichmann, 1948), auch als „unerbittliche Folterknechte“ und „dramatisierende, frigide Hysterikerinnen“ denunziert[1] bis hin zur gestörten und also verstörenden Kommunikation des Familiensystems, das sich hinter dem „Indexpatienten“ versteckt – einer „wahren Fundgrube an Pathogenität“[2] und „Verrücktheit hervorbringendes Interaktionssystem“, vergleichbar „einem Staat, in dem Bürgerkrieg herrscht“[3].

Eine unendliche Geschichte, die weiterwirkt, unter anderem auch durch populärwissenschaftliche (Taschen-) Bücher, die teilweise noch heute im Buchhandel zu finden sind. Die Psychiatrie hatte Max Planck demnach nicht im Sinn, als er optimistisch prophezeite: „Irrlehren der Wissenschaft brauchen 50 Jahre, bis sie durch neue Erkenntnisse abgelöst werden, weil nicht nur die alten Professoren, sondern auch deren Schüler aussterben müssen.“ In der Psychiatrie von heute wird die Familie nicht mehr offen schuldig gesprochen – nicht als Ursache, „nur“ als Entstehungsort der Erkrankung identifiziert! Mir ist inzwischen die Hoffnung auf grundlegenden Wandel vergangen. Ausgerechnet ein Verfechter der Sozialpsychiatrie und Wegbereiter der Angehörigenbewegung hat ihr den Garaus gemacht. Seit 1984 ist sein Name mit dem „Freispruch der

Familie“ verbunden – den Klaus Dörner in seinem Buch „Leben und sterben wo ich hingehöre“[4] praktisch widerruft. Dort notiert er 2007, mit Blick auf pflegende Angehörige: „Freilich kann der Gewinn einer Gruppe oder einer Beratung auch in der schmerzlichen Einsicht bestehen, dass etwa die Tochter eines Dementen, die Eltern eines psychisch Kranken oder geistig Behinderten und der Ehepartner eines chronisch Kranken die Beziehung zueinander emotional so aufgeladen haben, dass sie... das reale Helfen Dritten überlassen müssen.“ Da haben wir sie wieder, säuberlich auseinanderdividiert: die Sündenböcke und die Opferlämmer. Dass zu einer Beziehung und ihrer emotionalen Temperierung mindestens zwei gehören – hat sich offenbar auch unter altgedienten und verdienten Sozialpsychiatern noch nicht herumgesprochen.

In der Psychiatrie von heute wird die Familie „nur“ als Entstehungsort der Erkrankung identifiziert.

Selbsterfahrung: Zusatzqualifikation psychiatrisch Tätiger

Da ist es durchaus folgerichtig und verständlich, dass selbst psychiatrisch Tätige, wenn sie Angehörige (geworden) sind, glauben dies schamvoll verbergen zu müssen, auch an ihrem Arbeitsplatz, im Kollegenkreis. Ganz zu schweigen etwa von eigener Psychose-Erfahrung! Wenn aber niemand davon wissen darf, wenn ich ständig auf der Hut sein muss: Wie kann ich dann Erkrankten, Genesenden und ihren Angehörigen offen und empathisch begegnen, Kompetenzen nutzen, die ich meiner Selbsterfahrung verdanke? Gerade solche doppelt qualifizierten „Profis“ könnten doch Identifikationsfiguren sein, dazu berufen, das Bild psychisch Kranker und ihrer Angehörigen in der Öffentlichkeit zu korrigieren – und durch unerschrockenes Auftreten Betroffenen Mut zu machen zum aufrechten Gang. Nichts ist wirkungsvoller als ein persönliches Beispiel! Angst und (Selbst-)Verleugnung sind hingegen kein Nährboden für Zuversicht und Vertrauen.

Wenn ich selbst mutlos bin, nicht zu mir und meiner Lebenserfahrung stehen kann: Wie glaubwürdig kann ich dann mein Gegenüber ermutigen, sich selbst (wieder) zu vertrauen, eine Krise nicht als Katastrophe zu sehen, sondern als Chance für Entwicklung? Sich besser kennen zu lernen, die eigenen Bedürfnisse, Stärken und Schwächen genauer wahrzunehmen und zu (be-)achten. Nur so können doch Erfahrungen, nicht zuletzt die misslichen, als Entwicklungshelfer dienen. Das gilt übrigens für alle Lebensbereiche, nicht nur im Bannkreis der Psychiatrie. Wie so vieles, was ganz „normal“ menschlich-zwischenmenschlich ist und nur im Brennspiegel Psychiatrie besonders scharf zutage tritt. Die hat dafür mal wieder einen neuen Behandlungsansatz samt neuem Zauberwort erfunden: Empowerment.

Angehörige sind einst für das Sozialpsychiatrische Zentrum auf die Straße gegangen.

Es ist ja Mode geworden, eigentlich selbstverständliche Bestandteile einer adäquaten Behandlung zu isolieren, zu generalisieren und als jeweils ganz neuen Königsweg zu präsentieren. Need Adapted Treatment? Na, was denn sonst? Wofür soll eine Behandlung gut sein, wenn sie nicht dem jeweiligen Bedürfnis und Bedarf angepasst ist?! Recovery? Sollte das nicht Zweck und Ziel jeder Behandlung sein? Dürfte aber ohne Empowerment kaum zu erreichen sein! Was nützten all die schönen „Ansätze“, wenn sie nicht wirklich praktiziert werden? Darüber reden reicht nicht. Und was ist eigentlich aus PPQ (ProPsychiatrieQualität)[5] geworden? In Biotopen stecken geblieben wie der Trialog, den man fast als Vorhut für die Inklusion verstehen könnte?

Ja, es gibt auch einige Leuchttürme, z. B. das eine oder andere Sozialpsychiatrische Zentrum (SPZ), das sich dem trialogischen Miteinander geöffnet hat, wo Besucher und Besucherinnen gar eigene Angebote selbstverantwortlich gestalten und verwalten. Aber selbstverständlich ist das noch lange nicht. So kann es passieren, dass der feierliche Abschied für einen verdienten SPZ-Koordinator von den Mitarbeitenden ohne die Beteiligung von Besucherinnen und Besuchern vorbereitet wird – und zweigeteilt: Vormittags Fachveranstaltung für Promis und Profis, bei der die Klientel des SPZ allenfalls am Rande Erwähnung findet, aber nicht zu Worte kommt – nachmittags „Familienfest“ fürs Fußvolk. Und im Reigen der Grußwort-Überbringer ist der wohl älteste Kooperationspartner nicht vorgesehen: die Angehörigen, die für dieses SPZ einst auf die Straße gegangen sind, um seine Gründung vor dem Rotstift des Stadtkämmerers zu bewahren.

Bei Ihnen könnte sowas nicht passieren? Bei Ihnen funktioniert das alles bestens mit der Augenhöhe und dem Trialog? Sie sprechen auch mit Angehörigen? Sie fragen erkrankte Eltern nach den Kindern und deren Wohlergehen? Sie handeln nach der Maxime von Regine Hildebrandt: Nicht labern, sondern machen. Chapeau! Wir sollten uns zusammenrotten, uns mit Gleichgesinnten verbünden, um gemeinsam gegen den Stachel zu löcken, der Sozialpsychiatrie auf die eingeschlafenen Füße zu helfen und (wieder) Entwicklung in Gang zu bringen. „Was dem Einzelnen nicht möglich ist, das vermögen viele“, sagt Friedrich Wilhelm Raiffeisen. Also, packen wir’s doch an!

Anmerkungen

1 **Stierlin, Helm** (1992), Von der Psychoanalyse zur Familientherapie, Stuttgart.

2 **Selvini-Palazzoli, Mara** (1992), Die psychotischen Spiele in der Familie, Stuttgart.

3 **Simon, Fritz B.** (2002), Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. 9. Auflage, Heidelberg

4 **Dörner, Klaus** (2007), Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. 7. Auflage, Paranus Verlag.

5 Vgl. www.ppq.info

Gibt es Methoden zum Aufbau von Vertrauen im Zwangskontext der Forensischen Psychiatrie?

Allgemeine Betrachtung zum Thema Angst und Psychiatrie

Von Nahlah Saimeh

Wenn eine Tagung mit dem Titel „Angst essen Seele auf – Vertrauen und Kontrolle in der Sozialpsychiatrie“ abgehalten wird, ist ihr allein schon wegen der bemerkenswerten Kombination von „Angst“ und „sozial“ Aufmerksamkeit beschert. Wer hätte Angst vor dem Sozialstaat, käme gar auf die Idee, ihm ausgeliefert zu werden? Muss man sich vor den Protagonisten des Sozialen fürchten? Welche „Angst“ ist hier gemeint? Die Angst des psychisch kranken Menschen vor der Psychiatrie? Die Angst der Angehörigen vor der Psychiatrie? Die Angst der Bevölkerung vor psychisch Kranken oder gar vor einem psychiatrischen Krankenhaus in ihrer Nähe? Oder ist es die Angst der Gesunden vor einer psychischen Störung? Psychiatrien sind nach wie vor verbunden mit der Vorstellung, dass Menschen dort „in die Spur“ gebracht würden, also eher Orte der Sanktion seien, vielleicht des Drills? Was für Allgemeine Psychiatrien gilt, gilt für die Forensik insbesondere. Auch Journalisten verwechseln in ihrer Berichterstattung nach wie vor Forensische Kliniken mit Gefängnissen, sprechen von „Vollzugsanstalten“, obwohl sie eigentlich über Krankenhäuser berichten. Wer hat vor wem Angst?

Patienten haben Angst: Angst vor Behandlung, Angst vor den Nebenwirkungen von Medikamenten, Angst, vom Arzt nicht verstanden zu werden, Angst falsch beurteilt zu werden, Angst vor der Dauer des Freiheitsentzuges. Muss man vor Ärzten Angst haben? Die deutsche Geschichte – und damit die deutsche Medizingeschichte – hat das sehr wohl gezeigt. Muss man aber in einem demokratischen Rechtsstaat Angst vor Ärzten haben? Dies ist die Frage, die wir uns heute stellen dürfen. Diese Frage verlangt differenzierte Antworten, und es ist an der Zeit, überholte Vorstellungen und Vorbehalte der Psychiatrie gegenüber nachhaltig aus dem Weg zu räumen.

Vertrauen und Kontrolle

Welche Rolle aber spielt Vertrauen, welche Bedeutung hat Kontrolle? Und wer übt Kontrolle aus? Und in Bezug auf wen? Die Psychiatrie hat die ungeliebte Zwitterrolle aus Behandlungsauftrag und Erfüllung ordnungspolitischer Aufgaben. Darin liegt zugleich die Tragik des Fachgebiets, denn gerade die Psychiatrie befasst sich zentral mit dem „Mensch-Sein“, mit der Individualität seiner Person und den in der Person angelegten Freiheiten der Weltaneignung. Psychische Störungen bedeuten zumeist, in der Aneignung von Welt stärker eingeschränkt zu sein, als es die eigenen prämorbiden Möglichkeiten zulassen. Das von einer tiefen Menschlichkeit genährte Anliegen des Psychiaters muss es sein, dem Menschen zu seiner individuellen freiheitlichen Auseinandersetzung mit der Welt zurück zu verhelfen. Das wird in der öffentlichen Debatte gerne unterschlagen.

Muss man in einem demokratischen Rechtsstaat Angst vor Ärzten haben?

Dennoch ist die Sache kompliziert. Das fängt damit an, dass die Psychiatrie als einzige Fachdisziplin den zentralen Begriff der Medizin, die „Krankheit“, weg definiert hat. Die Psychiatrie kennt nur noch Störungen. In Japan wurde absurderweise der Begriff der Schizophrenie wegen des Stigmatisierungspotenti-

Nahlah Saimeh
Dr. med., seit 2004 Ärztliche Direktorin am LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt; Forensisch-psychiatrische Sachverständige.

als verboten. Kein Krebsforscher käme auf die Idee, maligne Tumoren nur noch als „migrierende Zellverbände mit atypischer Nuclearstruktur“ zu bezeichnen, geschweige denn, dass derlei von einer Regierung vorgegeben würde.

Das Bild in der Öffentlichkeit über die zeitgemäße, differenzierte state-of-the-art Behandlung diverser psychischer Störungen – einschließlich der Berichterstattung darüber, wann auch Zwangsmaßnahmen ein Thema sind – ist nach wie vor unzureichend und wird von Zerrbildern überlagert. Während in den klassischen medizinischen Fächern der Behandlungsauftrag immer vom Patienten selbst erteilt werden kann (von lebensbedrohlichen Notfällen einmal abgesehen, bei dem man vom mutmaßlichen Willen des Notfallpatienten ausgeht), können psychisch kranke Menschen in Einzelfällen krankheitsbedingt weder ihr Behandlungsrecht einfordern noch einen Behandlungsauftrag erteilen. Unter Umständen können sie ihn, zum Beispiel infolge eines Sprachzerfalls, nicht einmal explizit erteilen. Wir haben Angst vor einer solchen Situation und müssen dann auf andere vertrauen.

Und weil das so ist, kommt hier die Kontrolle ins Spiel. Kontrolle ist überall da notwendig, wo der Einzelne

nicht mehr komplett Herr seiner Entscheidungen ist, vorübergehend oder dauerhaft. Kontrolle sichert den Empfänger der Hilfe ebenso ab wie den Hilfeleister. Angst schmälert Vertrauen, Kontrolle kann Vertrauen stärken und ent-ängstigen.

Angst – Vertrauen – Kontrolle in der Forensischen Psychiatrie

Wie sieht es nun in der Forensischen Psychiatrie aus? „Die forensische Psychiatrie ist die Dunkelkammer des Rechts“ schrieb Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung (SZ vom 10.06.2013) anlässlich der höchst umstrittenen Unterbringung von Gustl Mollath in der Bayerischen Forensischen Psychiatrie. Eine „Dunkelkammer des Rechts“ ist ein absolut unduldbarer Missstand in einem von Transparenz, Kontrolle und Willkürfreiheit geprägten Rechtsstaat. Ist das aber wirklich so?

Angst schmälert Vertrauen, Kontrolle kann Vertrauen stärken und ent-ängstigen.

Gehen wir von den Begriffen Angst – Vertrauen – Kontrolle aus. Ich will zunächst beschreiben, welche Ängste in Bezug auf die Forensische Psychiatrie herrschen, welche Kontrollen es gibt, und zuletzt Vertrauen bildende Maßnahmen gegenüber verschiedenen Adressaten darstellen.

Welche Ängste haben Laien in Bezug auf die Psychiatrie allgemein?
- In der Psychiatrie arbeiten Quacksalber und Unfähige,
- in der Psychiatrie leben gefährliche „Irre“,
- in der Psychiatrie wird man zwangsbehandelt und bekommt „Elektroschocks“,
- Menschen werden erst durch die Psychiatrie krank.

Welche Ängste haben Laien in Bezug auf die Forensische Psychiatrie?
- Die Forensik ist ein gefährlicher, gewalttätiger Ort
- Eine forensische Klinik gefährdet die Sicherheit der BürgerInnen
- In der Forensik sitzen nur kriminelle Schwerstverbrecher, Kindsmörder und Serienvergewaltiger
- Weil das so ist, ist die Forensik Geldverschwendung. (Alternative Strafvorstellungen auf Stammtischniveau)
- In der Forensik arbeiten gutgläubig-naive Quacksalber
- Ständig laufen Patienten weg und begehen neue Straftaten
- Die Psychiater (Gutachter) lassen gefährliche Menschen zu Unrecht frei
- Das Personal steckt unter einer Decke. Fehler werden vertuscht.

Durch den Fall des Herrn Mollath besonders genährt wurden Vorwürfe, Psychiater hielten wahre Aussagen für Anzeichen von Verrücktheit und: als Gesunder wird man für krank gehalten und kann sich nicht wehren. Der erste Teil dieser Aussage ist nicht von der Hand zu weisen, der zweite Teil hingegen schon weitaus unwahrscheinlicher. Ferner besteht nach wie vor der Vorwurf, die Forensik sei ein Ort mangelnder rechtsstaatlicher Kontrolle und während in den letzten 15 Jahren ganz überwiegend so getan wurde, als würden zu viele aus der Forensik entlassen, um dann sofort wieder mordend und missbrauchend durch die Gegend zu ziehen, wird nun kritisiert, es würden viel zu wenige entlassen.

Der Fall von Gustl Mollath verdient auch deswegen als psychiatrie-politischer Medienskandal seine besondere Bedeutung, weil die Sorge in der unkundigen Öffentlichkeit genährt wurde, man könne durch „obere Zehntausend“, zu denen sich mittlerweile offenbar auch Bankangestellte und angestellte Ärzte zählen dürfen, als psychisch krank denunziert und weggesperrt werden. Der nicht mehr amtierende Bundeskanzler Schröder, selbst Jurist, sprach denunzierend von einem „Gutachterkartell“ (BamS 08.07.2001, G. Schröder zum Mordfall „Julia“). Alle stecken unter einer Decke und schreiben ab.

Wohl kein Bereich der Medizin wird von außen so kontrolliert wie der Bereich der Forensischen Psychiatrie.

Welche zentralen Kritikpunkte gibt es in der Fachdiskussion?

Die Fachdiskussion kennt viele Themen und einige decken sich mit den Themen, die im Falle des Herrn Mollath auch benannt wurden. Ich will hier eine Auswahl treffen:
- Instrumentalisierung der Forensischen Psychiatrie und der Gutachter zur dauerhaften Sicherung von gefährlichen Rückfalltätern,
- (zu) lange Verweildauern mit hoher Sicherungsabsicht,
- zunehmende Forensifizierung schizophrener Menschen und notwendige Präventionsarbeit der Allgemeinen Psychiatrien,
- Anstieg der Bettenzahl infolge der Verdopplung der Verweildauer,
- möglicher Trend zur Gerontoforensik durch mehr straffällig werdende alte Menschen sowie durch Alterungsprozesse in der Forensik,
- bisher unzureichende Therapieevaluation in der Forensik,
- Verbesserung der Prognostik,
- notwendige Steigerung der Anzahl komplementärer Wohneinrichtungen, gerade für langfristig moderat deliktriskante chronisch Kranke und Menschen mit mittelschwerer Intelligenzminderung (Problem: „Forensik als letzte Wiese“),
- zu wenig Personal zur milieutherapeutischen Unterstützung. Personal reicht für Sicherung und Minimalbetrieb,
- Gutachterausbildung und Gutachtenstandards / Mangelnder interdisziplinärer Austausch von Juristen und Gutachtern,
- erhebliche Defizite der Behandlungsplanung hinsichtlich Stringenz, Transparenz, Konsequenz der Durchführung,
- die klinische Dokumentation ist wenig aussagekräftig,
- Überlegungen zur Novellierung der Anwendung des MRV-Rechtes (Befristung der Behandlung und Unterbringungsdauer? Keine Einweisung bei minder schwerer Delinquenz?).

Wer schaltet das Licht in der Dunkelkammer ein?

Mir ist kein Bereich der Medizin bekannt, der von außen so kontrolliert wird wie der Bereich der Forensischen Psychiatrie. An einer Unterbringung in die Forensische Psychiatrie sind Verteidiger, Richter, Schöffen, Staatsanwalt und Gutachter beteiligt (nebenbei bemerkt: auch der Proband selbst). An der Fortdauer der Unterbringung sind wiederum Verteidiger, Richter der Strafvollstreckungskammer und Gutachter sowie Behandler beteiligt, nebenbei: auch der Patient selbst. Die Fortdauer wird nicht autonom durch die behandelnden Psychiater beschlossen, sondern sie wird in ei-

nem begründungsgetragenen Diskurs verhandelt und von der Strafvollstreckungskammer beschlossen.

Die Staatliche Besuchskommission kommt mindestens einmal jährlich unangekündigt (mittlerweile wirklich unangekündigt) zur Klinikbegehung, prüft Akten und spricht mit von ihr ausgewählten Patienten auf von ihr ausgewählten Stationen ohne Beisein der Klinikmitarbeiter. Die Kommission zur Verhütung von Folter nimmt unangemeldet ganztätig eine umfassende Begehung der Einrichtungen vor, lässt sich alle Räumlichkeiten zeigen und hat Zugang zu allen Räumlichkeiten. Sie sprechen mit Patienten ihrer Wahl (sofern der Patient einwilligt). Externe Gutachter sind dazu da, den Behandlungsverlauf in einer Klinik kritisch zu begutachten. Sie sind fachliche Hinweisgeber, Kontrolleure, Zeugnisaussteller. Sie stellen nicht nur dem Probanden ein Gutachten aus, sondern automatisch auch der Klinik. Als solche sollen sie auch betrachtet werden.

Von Bundesland zu Bundesland ist gegenwärtig noch unterschiedlich geregelt, in welchen Abständen externe Gutachten zu erfolgen haben. Meiner Ansicht nach ist NRW hier mit der Dreijahresregelung durch die Kliniken vorbildlich, auch wenn ich der Ansicht bin, dass nicht die Klinik selbst Auftraggeber sein sollte, sondern die Strafvollstreckungskammer, damit die Kliniken auch nicht ansatzweise in den Dunstkreis des Vorwurfs geraten, sie würden sich willfährige „Hausgutachter“ halten. In NRW gibt es eine von der Ärztekammer herausgegebene Gutachterliste für Prognosegutachten. In anderen Bundesländern gibt es das bislang nicht.

Das Beschwerdemanagement dient der hohen Transparenz und Überprüfung der Behandlung von Menschen in der Forensik.

Es gibt darüber hinaus Kontrollgremien der (unteren) staatlichen Maßregelvollzugsbehörde in jenen Bundesländern, in denen kommunale Träger mit der Forensischen Psychiatrie beauftragt sind. Für ständiges Licht in der Dunkelkammer sorgen vor allem aber auch engagierte Rechtsanwälte, die mit Fug und Recht als externe Qualitätssicherungsbeauftragte gelten dürfen. Mir ist kein Bereich in der Medizin bekannt, in dem ein Diskurs über Behandlungsmaßnahmen, Richtungen und Behandlungsbewertungen so von einem Gespräch mit fachlichen Laien auf Augenhöhe ausgetragen wird wie in der Psychiatrie. Vergleichbare Diskussionen in anderen medizinischen Bereichen, die massive Konsequenzen für den Betroffenen und ggf. für dessen soziales Nahfeld haben, gibt es nicht ansatzweise in diesem Ausmaß. Die Psychiatrie ist – gerade aufgrund ihrer massiven Bringschuld, die sie mit ihrer Geschichte bis weit in das letzte Viertel des zurückliegenden Jahrhunderts hat – fortschrittlicher als gemeinhin dargestellt wird.

Das Schicksal der Patienten im Hinblick auf Unterbringungsdauer und Therapiedichte ist regional verschieden.

Für Patienten gibt es einen gesetzlich verbrieften Beschwerdeweg außerhalb der Klinik, in der er untergebracht ist. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat zu diesem Thema ein hervorragendes Kontroll- und Aufsichtsorgan. Seit 1979 können sich Patienten der LWL Kliniken an eine mit Politikern besetzte Beschwerdekommission wenden. Informationen über den Beschwerdeweg erhalten Patienten üblicherweise durch eine ihnen persönlich ausgehändigte Informationsmappe und Informationstafeln auf der Station. Jede Beschwerde von Patienten wird – zumindest beim LWL – zentral registriert und bearbeitet. Von rund 480 bis 520 Beschwerden, die bei der Kommission pro Jahr eingehen, stellen sich rund 15% als berechtigt heraus, 85% aller Beschwerden sind nachweislich inhaltlich unbegründet. Die meisten Beschwerden richten sich gegen Medikation, Zulassung zu Therapien oder Nicht-Zulassung zu Therapien bzw. Krisenintervention sowie gegen das konkrete Verhalten und den Tonfall von Behandlern. Natürlich müsste die Zahl der berechtigten Beschwerden niedriger sein, daran muss man arbeiten und sich messen lassen. Das umfassende Beschwerdemanagement jedoch dient der hohen Transparenz und Überprüfung der Behandlung von Menschen in der Forensik.

Es gibt einige Missstände in den Forensischen Psychiatrien, und sie sind nicht in jeder Klinik und nicht in jedem Bundesland in gleicher Weise zu beklagen. Dass das Schicksal des Patienten im Hinblick auf Unterbringungsdauer, Therapiedichte und Lebensbedingungen von Bundesland zu Bundesland erheblich verschieden ist, ist schon ein Misstand.

Es gibt einiges zu kritisieren, z. B. dass es immer wieder Sicherheitsroutinen mit fragwürdigem Gewinn gibt, es zu Behandlungsverzögerungen kommt, die Diktion in der Dokumentation den Geist der Überheblichkeit, Ignoranz und Besserwisserei atmet oder aber durch verschwurbelte Wortakrobatik Banales oder Ratlosigkeit verdeckt wird. Die Wohnverhältnisse sind mit ihren Doppel- und Mehrfachzimmern infantilisierend. Was aber schafft Vertrauen und an welchen Adressaten?

Adressaten Vertrauen bildender Maßnahmen

- Patientinnen und Patienten,
- Angehörige,
- Beschwerdekommissionen, Aufsichtsgremien,
- Bürgerinnen und Bürger (Multiplikatoren),
- Stadt, Leiter komplementärer Wohneinrichtungen, Polizei.

Maßnahmen für Patientinnen und Patienten

- Informationsmappe und persönliches Informationsgespräch zu Rechten (Telefonnummern, Kontaktstellen);
- Ausführliche Information über externe Kontrollorgane der Klinik;
- Einverständniserklärung zur Akteneinsicht für die „Anti-Folter-Kommission“;
- bei entsprechendem Wunsch gemeinsame Gespräche mit Bezugsperson/Vertrauensperson des Patienten/der Patientin;
- Tätigkeit der Beschwerdekommission;
- Persönliche Antwortschreiben oder Beschwerdegespräche durch die Betriebsleitung;
- Patientenbeirat.

Maßnahmen für Angehörige

- Angehörigen-Informationsabende;
- Persönliche Gespräche mit dem verantwortlichen Therapieleiter (nach Einverständnis des Patienten);
- Teilnahme an besonderen Klinikveranstaltungen.

Maßnahmen für Beschwerdekommissionen und Aufsichtsgremien

- Transparente und zuverlässige, institutions-kritische Aufarbeitung von Beschwerde-Anfragen;

Maßnahmen für Bürgerinnen und Bürger

- Informationsveranstaltungen zur Forensik;
- Klinikbegehungen (diverse Besuchergruppen gesellschaftl. Multiplikatoren);
- Öffnung innerklinischer kultureller Veranstaltungen für die Öffentlichkeit;
- Informationsbroschüren zu aktuellen Themen in der Klinik;
- Bereitstehen als Gesprächspartner und Ansprechadresse bei Fragen und Problemen;
- Absolutes Ernstnehmen der Bürgerinteressen;
- Öffnung der Klinik für Medienberichterstattung;
- Bürger-Beirat;
- Offene Kommunikation mit Feuerwehr und Polizei zu relevanten Sicherheitsstandards.

Das LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt hat es trotz dramatischer Vorgeschichte mit einer Reihe schwerster Zwischenfälle in den 80er und 90er Jahren geschafft, durch eine konsequente vertrauensvolle Bürgerkommunikation und durch konsequente, transparente Öffentlichkeitsarbeit Vertrauen zu schaffen, so dass sich die Bürgerinnen und Bürger vor einigen Jahren sogar aktiv für den Erhalt einer großen Zahl von Behandlungsplätzen ausgesprochen haben. Transparenz ist möglich, sie schafft Vertrauen und das nicht zuletzt auch durch Kontrolle.

Psychiatrische Themen in der Öffentlichkeit

Aufklärung oder Stigma?

Von Gisela Friedrichsen

Habe ich vielleicht einen Burnout? Letzte Nacht habe ich nicht besonders gut geschlafen. Manchmal habe ich das Gefühl völligen Erschöpftseins. Ich kapituliere dann vor dem Programm der nächsten Tage. Wie soll das zu schaffen sein?

Wann war ich eigentlich das letzte Mal im Kino? Wann habe ich das letzte Mal Sport getrieben? Ich komme nicht mal dazu, meine Abrechnungen abzuheften, und das wäre wichtig für die Steuer. Und wir wollten doch mal wieder die Nachbarn zum Essen einladen. Ich möchte einmal einen Tag so richtig vertrödeln. Aber wenn ich das tue, geht es mir hinterher noch schlechter, weil ich ja weiß, was ich eigentlich alles zu tun gehabt hätte. Ich will, ich muss, ich soll. Ich habe keine Lust mehr, bin innerlich leer und fertig."

Ist jemand, der sich so fühlt, nun krank, depressiv, psychisch am Ende und ein Fall für den Psychotherapeuten? Oder einfach nur reif für den Urlaub? Wellness vielleicht? Oder eine Ayurveda-Kur? Soll man zum Yoga gehen wie meine Sekretärin? Oder zum Heilpraktiker? Oder muss man sich einfach nur ab und zu am Riemen reißen?

Medien interessieren sich nicht ernsthaft für die Probleme der psychisch Kranken, sondern ausschließlich für die mediale Verwertbarkeit dieser Probleme.

Im SPIEGEL stand einmal eine Geschichte mit dem Titel „Schwermut ohne Scham". Und in der Unterzeile stand, dass in Deutschland die Zahl der Diagnosen seelischer Krankheiten steige, dass sich viele Leute überfordert fühlten, dass die einen unter Depressionen litten und die anderen einfach nur gestresst seien. Und dann wurde die Frage aufgeworfen, wo eigentlich die Grenze zwischen krank und gesund verlaufe. Das eigentliche Thema des Artikels war die schleichende Abschaffung der seelischen Gesundheit.

Gisela Friedrichsen
Studium der Germanistik und Geschichte, 1973 Redakteurin bei der Frankfurter Allgemeinen Zeitung; seit 1989 Gerichtsreporterin beim Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL.

Die kleinste Störung der Befindlichkeit werde inzwischen pathologisiert. Früher lautete eine Devise im Journalismus „sex sells". Heute könnte man schon fast sagen: Krankheit geht immer. Krebs, Alzheimer, Knie- und Hüftgelenksarthrosen, Bluthochdruck, Rückenschmerzen – alles also, was mit dem Älterwerden zu tun hat – bringt Auflage. Durchaus auch Berichte über psychische Probleme, allerdings eher in speziellen Fällen. Ein Gunter Sachs, der sich, um der Demenz zu entgehen, suizidiert. Ein Torwart Enke, der unter dem Druck der Erwartungen kapituliert. Ein Fußballspieler Deisler, der einfach nicht mehr konnte. Ein Skispringer Hannawald, der einfach ausstieg. Das sind Themen, die zu Titelstories werden.

Prominente, die auch mal ihre schwache Seite zeigen, mit denen sich Herr und Frau Jedermann identifizieren können oder mit denen man Mitleid haben darf – das sind alles Stoffe für die Medien. Darüber diskutiert die Nation. Erschöpft und ausgelaugt fühlen wir uns doch alle mal, über- oder unterfordert, unzufrieden mit dem Chef, dem Partner, den Kindern. Aber was dabei nicht vergessen werden darf: Von Promis gibt es Bilder! Das ist schließlich das A und O bei den Medien.

Doch Obacht: Die Medien interessie-

Geschichte und Erfahrungsberichte einer deutschen NGO in der rumänischen Psychiatrie (1990-2014)

Zeitenwende

Dokumente eines psychiatrischen Unterstützungsprojekts in Rumänien

Herausgeber:
Paul-Otto Schmidt-Michel
Hans-Peter Elsässer-Gaißmaier
2014
Verlag Psychiatrie und Geschichte, Zwiefalten
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
T 07373 10-3223
zwiefalten.bibliothek@zfp-zentrum.de

ISBN 978-3-931200-21-3

ren sich keineswegs ernsthaft für die Probleme ihrer Protagonisten oder der wirklich psychisch Kranken, sondern ausschließlich für die mediale Verwertbarkeit dieser Probleme. Und dafür sind Prominente nun mal geeigneter als Lieschen Müller. Außerdem: Ist eine Sache „durch“, d. h. nicht länger ein Verkaufsschlager, dann verschwindet sie ganz schnell aus den Schlagzeilen. Rudi Assauer ist inzwischen kaum noch ein Thema. Auf ihn griffen seinerzeit Bild, ZDF, Reinhold Beckmann, Günter Jauch und der Stern in geradezu konzertierter Aktion zu, als seine Demenz publik wurde. Bild hat dann die Sache mit Assauers Ehefrau noch einmal aufgewärmt unter der Überschrift: „Man hat mir meinen Mann genommen“. Inzwischen hat Assauer seine mediale Schuldigkeit getan. Bis zum nächsten Mal vielleicht, zum Geburtstag oder irgendeinem Jubiläum, wenn sein Verfall – mit dramatischen Bildern illustriert – wieder ins Programm passt.

Die Angst vor dem bedrohlichen Bösen in Gestalt eines kranken Täters bestimmt die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen: Wie das schon klingt – schizoid, schizophren! Sind das nicht besonders gefährliche Leute? Borderline – was ist das überhaupt? Wem solch eine Diagnose gestellt wird, der ist, im Gegensatz zum modischen Befund Burnout, stigmatisiert. Mit ihm – und seinen Angehörigen – will man nicht wirklich zu tun haben. Es könnte einen ja selbst treffen.

Verfolgt man die Berichterstattung in den Medien, fällt auf, dass psychisch ernsthaft Kranke hauptsächlich im Zusammenhang mit Gewalttaten und Verbrechen vorkommen. Psychisch Kranke gelten als unberechenbar und gefährlich. Diese Vorstellung ist in den Köpfen der Menschen fest verwurzelt. Das war vor 20 Jahren so und gilt heute noch immer. Tatsächlich aber werden allenfalls fünf Prozent aller Verbrechen von geistig verwirrten Tätern begangen. Die Vorurteile also sind riesig.

Wir können die Welt, wie sie ist, nicht von der Welt unterscheiden, wie sie dargestellt wird.

Experimente haben gezeigt, dass die Beurteilung von Kriminalität und Präventionsmaßnahmen davon abhängt, wie der Täter und der Tathergang dargestellt werden. Wird eine Bestie beschrieben, entsteht der Wunsch nach Strafe und Vergeltung. Wird dagegen die Straftat einem Virus ähnlich dargestellt, wünscht sich die Öffentlichkeit, die Ursache möge beseitigt werden.

Der Journalist, der sich mit dieser Materie befasst, hat nicht selten zwischen Pest und Cholera zu wählen: Wenn medizinische Lehrmeinung und öffentliche Meinung von Krankheit und Gesundheit nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen sind, wird er sich im Zweifel dem beugen, was „ankommt“, was sein Leser, sein Zuschauer oder sein Chefredakteur zu erfahren wünschen.

Schlagzeilen vom „irren Gewalttäter“ vermitteln dem oberflächlichen Leser den Eindruck, dass, wer eine Gewalttat begeht, zwangsläufig ein Irrer sein muss. Denn ein normaler Mensch, so heißt es ja oft, tue doch etwas Derartiges nicht. Dass die Gleichung „krank gleich böse“ bzw. „böse gleich krank“ nicht so einfach aufgeht, erlebt der Gerichtsreporter täglich. Doch die Öffentlichkeit ist vom Zusammenhang dieses Begriffspaars überzeugt.

Die Angst vor dem Verbrechen und damit vor dem bedrohlichen Bösen in Gestalt eines kranken Täters bestimmt heute die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen in den Medien. Seine Krankheit ist eben keine „normale“ Krankheit, eine wie jede andere. Also gilt der Schizophrene als gefährlich, weil man über seine Krankheit nichts weiß, ja nichts wissen will. Uns beschwert immer noch das Erbe unserer Vorfahren, die Menschen ermordet oder sterilisiert haben, weil es hieß, ihre psychischen Krankheiten seien vererbte Hirnkrankheiten, die ausgemerzt gehören.

Wer kennt nicht die Darstellungen psychisch kranker Menschen in Filmen und Fernseh-Sendungen, die zwar mit der Wirklichkeit der Kranken wenig zu tun haben, viel aber mit den Fantasien von der Unberechenbarkeit und Bedrohlichkeit psychisch Kranker. Die

Macht der Bilder überwindet dabei jeden vernünftigen Widerspruch. Diese Darstellung ist aber auch Teil eines dramaturgischen Konzepts, das das Publikum unterhalten, schockieren, seltener hingegen zum Nachdenken bringen soll. Wahnsinnige oder perverse Täter mobilisieren dabei (un)bewußte Ängste vor dem Einbruch des Irrationalen in unsere vermeintliche Geborgenheit.

Als Teilnehmer an einer „Risikogesellschaft", wie Ulrich Beck den gegenwärtigen Zustand beschreibt, wollen wir Gefahren aber einschätzen können. Wir wollen wissen, ob der so genannte „Maskenmann", jener Angeklagte, der vor dem Landgericht Stade stand, weil er in norddeutsche Schullandheime und Internate eingedrungen war, um vorpubertäre Jungen betasten zu können, ein psychisch Kranker ist oder nicht. Er hatte drei Jungen getötet – in der Absicht, die sexuellen Übergriffe zu verdecken. Dieser Befund stammt von dem psychiatrischen Sachverständige Norbert Nedopil. Das war einigen Eltern zu wenig. Sie wurden mit ihrem Leid offenbar besser fertig in der Vorstellung, ihr Kind sei von einem Irren getötet oder sexuell angegangen worden als von einem psychisch Gesunden, der nur Angst hatte, seine Taten könnten auffliegen.

Das gilt als zu banal, zu wenig irrational. Das steht in den Augen der Familien und der Öffentlichkeit in keinem Verhältnis zu dem angerichteten Unheil. Wie sollte man sich die unheimlichen Verbrechen sonst erklären? Die Gefahr, die von Personen wie dem „Maskenmann" ausgeht, war nicht einschätzbar, also verlangte man nach einem Irren.

Der Philosoph Niklas Luhmann schreibt: „Was wir über unsere Gesellschaft, ja über die Welt, in der wir leben, wissen, wissen wir durch die Massenmedien...Andererseits wissen wir so viel über die Massenmedien, dass wir diesen Quellen nicht trauen können. Wir wehren uns mit einem Manipulationsverdacht, der aber nicht zu nennenswerten Konsequenzen führt, da das den Massenmedien entnommene Wissen sich wie von selbst zu einem selbstverstärkenden Gefüge zusammenschließt." Wir möchten das meiste Gehörte, Gesehene und Gelesene ja gar nicht glauben. Aber da nichts anderes da ist und da unser Gehirn mit dem Bedürfnis nach Zusammenhängen ausgestattet ist, verfängt sich unser Glaubensbedürfnis letztlich doch an den Darstellungen, die uns angeboten werden. Wir können beim besten Willen die Welt, wie sie ist, nicht von der Welt unterscheiden, wie sie dargestellt wird.

Was natürlich genau die Frage aufwirft, über die wir hier reden: Wie wird die Psychiatrie oder wie werden die psychischen Erkrankungen von den Medien dargestellt?

Die öffentliche Einschätzung eines Falls hängt oft vom Einfluss von Fangemeinden, Lobbyisten, Bürgerinitiativen ab.

Es gibt einerseits die hysterische Angst vor psychisch kranken Sexualtätern – ich spreche jetzt nicht von den schweren Fällen, über die nicht zu diskutieren ist, sondern von den Personen, die nach Auffassung mancher Leute nie wieder in Freiheit gelangen sollten, obwohl sie vielleicht nur vergleichsweise harmlose Dinge getan haben. Andererseits wird die potenzielle Gefährlichkeit eines Ulvi Kulac oder eines Herrn Mollath von vornherein kategorisch zurückgewiesen. Mit welchen Argumenten?

Mal wird ein Mensch zur Bestie aufgepumpt, dann wiederum wird einer zum Lämmlein zurückgestuft. Warum? Es kommt eben doch darauf an, was der Zeitgeist gerade will. Die Opfer spielen dabei oft nur eine Nebenrolle – es sei denn, sie sind gerade das Thema, das ankommt.

Viele Erwartungen der Öffentlichkeit kann auch ein Sachverständiger nicht befriedigen.

Ich kenne Psychiater vorwiegend in ihrer Eigenschaft als forensische Sachverständige. Ich kenne die Fragen, die die Gerichte an sie stellen. Ich weiß, worauf es den Anwälten ankommt, den Vertretern der Opfer – und was die Medien von ihnen wissen wollen.

Im Fall Peggy, der jetzt gerade nach einem Wiederaufnahmeprozess mit einem Freispruch für den einst des Mordes an dem Mädchen beschuldigten Ulvi Kulac zu Ende ging, saßen zwei angesehene forensische Psychiater nebeneinander. Sie widersprachen sich in einem Punkt diametral, nämlich der Frage, ob der fast schwachsinnige Angeklagte möglicherweise ein falsches Geständnis abgelegt haben könnte. Es ging dabei um die Frage, ob Ulvi K. sich einen solchen Tathergang, wie er vom Landgericht Hof 2004 mit Lebenslang bestraft worden war, ausgedacht haben könnte oder ob seine Fantasie dazu nicht ausreicht. Der eine Psychiater, der Berliner Hans-Ludwig Kröber, hielt Kulac für unfähig, eine solche Tötungsaktion zu erfinden. Norbert Nedopil, der Münchner Psychiater, hatte herausgefunden, dass Kulac ungewöhnlich gut Geschichten erfinden und sie auch wortgenau wiederholen könne (was Kröber für einen Beleg dafür hielt, dass Kulac die Tötung begangen habe).

Eine interessante Konstellation. Was bedeutete sie für den Journalisten? Er fragt: Interessiert diese ungewöhnliche Situation vor Gericht meinen Leser, meinen Zuschauer? Die meisten Journalisten streiften in ihren Berichten dieses Thema nur, entweder weil sie es aus Unkenntnis für belanglos hielten oder weil sie davon ausgingen, mit derlei Spitzfindigkeiten nicht den Geschmack ihres Publikums zu treffen. Doch über die Frage hinaus, ob Kulac zu Unrecht als Mörder verurteilt wurde, stand der Verdacht im Raum, die Staatsanwaltschaft könnte seinerzeit einen zusätzlichen Psychiater beauftragt haben, nachdem der erste nicht das gewünschte Ergebnis präsentiert hatte. Und zwar einen, auf dem man sich angesichts des Fehlens jeglicher Sachbeweise gegen den Angeklagten „verlassen" konnte, dass er eine Verurteilung stützen würde mit seinem Gutachten. Ein eigentlich hochbrisantes Thema. Doch es kam nicht gegen die Spekulationen an, was mit dem Kind geschehen und wer in den Fall sonst noch verwickelt sein könnte.

Die Einschätzung eines Falls in der breiten Öffentlichkeit hängt bisweilen von ganz banalen Dingen ab. Zum Beispiel von den putzigen Namen der Protagonisten. „Ulvi" und „Gustl", die sollen gefährlich sein? Nein! Oder von den Aktivitäten der Unterstützergruppen, die die Medien auf ihre Seite zu bringen versuchen. Von Fangemeinden, die Lobbyarbeit betreiben. Von

Bürgerinitiativen, die wie Sekten andere Auffassungen nicht gelten lassen. Kaum ein Laie weiß, worum es in den Fällen tatsächlich geht. Aber so genau will man es dann doch auch wieder nicht wissen.

Wenig seriöse Berichte jenseits der schäumenden Berichterstattung.

Als der Psychiater Andreas Marneros, ehemaliger Klinikchef und vielgefragter Gutachter in Halle, in den Ruhestand verabschiedet wurde, brachte die Bild-Zeitung einen hymnischen Bericht über ihn unter der Überschrift: „Er blickte in die Seelen der schlimmsten Verbrecher". Man will vom Psychiater wissen, warum sich Verbrechen ereignen. Warum der eine zum Täter wird, der andere zum Opfer. Man will erfahren, ob es das Böse an sich gibt. Ob Menschen zu Verbrechern werden, weil sie von Natur aus böse sind, oder weil sie böse gemacht wurden. Das sollen die Psychiater uns erklären, möglichst einfach natürlich - damit die Medien es dann, ohne lange nachdenken zu müssen, in die Öffentlichkeit transportieren.

Doch der Sachverständige hat sich vor Gericht zur Schuldfähigkeit zu äußern, also ob eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung vorliegt oder eine, wie es so schön heißt, „sonstige seelische Abartigkeit" von einem solchen Gewicht, dass die Steuerungs- oder Einsichtsfähigkeit des mutmaßlichen Täters schuldmindernd oder -aufhebend beeinträchtigt war. Oder ob der Angeklagte derart schwachsinnig ist, dass man ihn für seine Tat nicht verantwortlich machen kann oder ob er wusste, dass er sich auch anders, rechtstreu, hätte verhalten können, wenn er dies denn nur gewollt hätte.

Die Erwartungen der Öffentlichkeit und damit die der Medien kann der Sachverständige damit nicht befriedigen. Das gilt auch für die Frage: Ist mit einem Rückfall zu rechnen? Ist der Täter zu heilen? Oder bleibt er gefährlich? Muss man die Öffentlichkeit nicht vor ihm schützen? Ich frage zurück: Ist der Sachverständige denn ein Prophet? Ein redlicher Gutachter wird sich bei solchen Fragen zurückhalten. Denn viel mehr als Lotto sind Prognosegutachten in der Regel nicht.

Steht ein psychisch gestörter Mensch vor Gericht und wird dort das Thema Therapie erörtert, erheben sich sofort kritische Stimmen von der Opferseite: Unser Justizsystem wende sich nur dem Täter zu, nicht aber dem Opfer. Das Opfer werde nicht therapiert, so die Klage, nur der Täter. Nur er stehe im Mittelpunkt des Interesses. Doch dass es bei Therapie erstens nicht um ein Wellness-Programm geht, sondern dass ihr Ziel ist, einen möglicherweise psychisch kranken Menschen, der sich strafbar gemacht hat, wieder in ein normales, straffreies Leben zurückzuführen, begreifen viele Menschen - auch Journalisten im übrigen – einfach nicht. Oder sie wollen es nicht begreifen.

Die Stigmatisierung psychisch Kranker hängt nach meinem Eindruck auch davon ab, dass diese Personen heute missbraucht werden, und zwar von den Medien für ihre eigenen Zwecke. Dienen sie nicht bevorzugt als Stofflieferanten für Krimis und Horrorfilme? Sind wir von einem respektvollen Umgang mit diesen Menschen nicht weiter entfernt denn je?

Jenseits der schäumenden Berichterstattung über besonders schreckliche Taten gibt es auf den Wissenschaftsseiten seriöser Zeitungen und Fachzeitschriften natürlich Berichte über die Behandlung und Behandelbarkeit psychischer Störungen. Diese Texte erreichen zwar nicht das Millionenpublikum des Boulevards, doch ein aufklärerischer Impetus ist ihnen nicht abzusprechen. Besteht also doch Grund zur Hoffnung, dass die Medien gegenüber jenen Menschen, die ein wenig anders sind als der Durchschnitt, auf längere Frist eine Haltung einnehmen, die diese nicht ausgrenzt?

Da ich die Medien kenne, weiß ich, dass man sich auf sie nicht verlassen kann. Medien sind keine pädagogischen Anstalten, sondern kunden- und gewinnorientierte Unternehmen. Sie haben andere Ziele als Ärzte und Therapeuten, und diese Ziele sind nicht immer die redlichsten. Ich will jetzt nicht jede Hoffnung nehmen, durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit das Bild des psychisch Kranken verändern zu können. Doch wahrscheinlich kommt Hilfe aus ganz anderer Richtung.

Viele Untersuchungen deuten darauf hin, dass künftig mit einer Zunahme von psychischen Erkrankungen, zum Beispiel Demenzen, zu rechnen ist. Dies bedeutet viel Leid für die Betroffenen und ihr familiäres Umfeld. Die Gesellschaft wird sich mit einer Situation auseinanderzusetzen haben, die wir uns heute noch gar nicht vorstellen können. Das Wissen um Ursachen und die Komplexität dieser Erkrankungen sowie das Verständnis für nachhaltige Behandlungsprozesse werden dadurch an Bedeutung gewinnen. Inzwischen gibt es bereits mit höchsten Auszeichnungen bedachte Spielfilme über das langsame Vergessen, das Entschwinden eines Menschen in der Erinnerungslosigkeit, die das, was vielleicht einmal das Schicksal von vielen von uns sein wird, in einfühlsamer und künstlerisch eindrucksvoller Weise darstellen. Ohne Diskriminierung und ohne jeden Krawall.

Gesellschaftliche Meinungen und Vorurteile haben sich in der Vergangenheit durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit nicht sonderlich verändern lassen. Die Realität aber wird das Ihre schon tun. Darauf darf man hoffen – und das muss man andererseits auch fürchten.

„Der macht nichts, der will nur spielen!“

Vertrauen und Kontrolle in der Beziehung zwischen Verwaltung, Politik, Trägern sowie Nutzerinnen und Nutzern

Von Lothar Flemming

Zur Entwicklung einer Haltung des Vertrauens und anderer als kontrollierender Handlungen im Zusammenspiel zwischen den Akteuren im Feld der Eingliederungshilfe ist es erforderlich, die jeweiligen Interessen, Absichten und Abhängigkeiten transparent zu machen. Dies gelingt um so eher, je besser die Instrumente oder Verfahrensweisen sind, auf die sich die Akteure für ihre alltägliche Arbeit verständigt haben. Zentral ist die Bestimmung der Ziele des Handelns, die sich heute und in Zukunft aus der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen ableiten lassen: Partizipation und Sozialraumgestaltung mit dem Ziel der Inklusion sind die wesentlichen Perspektiven.

Lothar Flemming
Leiter des Fachbereiches Sozialhilfe II Landschaftsverbandes Rheinland (LVR).
E-Mail: lothar.flemming@lvr.de

Die Situation kennen wir fast alle: Beim Spaziergang im Park stürmt bellend ein unbekannter, also nicht einschätzbarer Hund heran. Von ferne ruft der Besitzer den Satz: „Der macht nichts, der will nur spielen!“ Was tun? Dem Besitzer glauben und abwarten, was passiert? Die Verteidigung gegen einen möglichen Angriff des Hundes vorbereiten? Oder zurückrufen: „Weiß der Hund das?“ – Eine klassische Entscheidungssituation: kann und will ich in nicht einschätzbarer Situation vertrauen und z.B. einfach abwarten oder versuche ich, durch Handlung die Kontrolle über die Situation zu gewinnen?

Wie man sich entscheidet, wird von persönlichen Dispositionen, eigenen Erfahrungen und guten oder schlechten Ratschlägen anderer abhängen. Einer davon ist „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ – hartnäckig W.I. Lenin zugeschrieben, der diesen Satz nie geschrieben hat, aber dem Vernehmen nach im Gespräch häufiger die alte russische Redewendung „Vertraue, aber prüfe nach“ benutzt haben soll.

Es ist interessant, dass aus dieser Aufforderung, nach einem Vorschuss an Vertrauen die Ergebnisse des Handelns eines anderen zu überprüfen, die Wertung geworden ist, dass eine Haltung der Kontrolle besser ist als eine des Vertrauens.

Eine prominente Gegenstimme ist die von Verena Bentele, der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung. Trotz Handicap – sie ist blind zur Welt gekommen – hat sie als Spitzenathletin im Biathlon und Skilanglauf eine Vielzahl von Olympia- und Weltmeisterschaftsmedaillen gewonnen. Ihr aktuelles Buch heißt: „Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser – die eigenen Grenzen verschieben und Sicherheit gewinnen“ und sie führt darin aus: „Kontrolle gibt uns Sicherheit und Orientierung; sie ist wichtig, um ans Ziel zu kommen... Aber: mit einem kontrollierten Verhalten kann ich den sicheren Raum nicht verlassen... Vertrauen bildet das Fundament, auf dem ich mich entfalten kann... Eigentlich sollte es heißen: Kontrolle führt ans Ziel, Vertrauen aufs Siegertreppchen.“ (S. 9/10)

Das Begriffspaar Vertrauen und Kontrolle ist mir aufgegeben für die Analyse der Beziehungen zwischen wesentlichen Akteuren im Feld der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Genannt sind Verwaltung, Politik, Träger und Nutzerinnen und Nutzer. Ich vertrete „die Verwaltung“, genauer das Dezernat Soziales und Integration beim Landschaftsverband Rheinland, dem größten Leistungsträger für Menschen mit Behinderung in Deutschland.

Der Landschaftsverband Rheinland ist ein kommunaler Regionalverband, seine Mitgliedskörperschaften sind die 13 kreisfreien Städte, 12 Kreise und die Städteregion Aachen in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf. Diese entsenden aus ihren Stadt- bzw. Kreisparlamenten Vertreter in die Landschaftsversammlung, den „Rheinischen Rat“, der die allgemeinen Grundsätze der Verwaltung festlegt und deren Handeln begleitet. Für das Sozialdezernat sind die Verbände der Leistungserbringer und deren Mitglieder, die einzelnen Einrichtungen

und Dienste im Bereich der Eingliederungshilfe die wesentlichen Gesprächspartner bei der Entwicklung der „Versorgungslandschaft“ für Menschen mit Behinderungen. Die Menschen mit Behinderung haben einen individuellen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, diese Leistungen müssen ihren individuellen Unterstützungsbedarf decken, deshalb ist es unverzichtbar, Verfahren und Instrumente zur Verfügung zu haben, mit denen der individuelle Bedarf im Dialog ermittelt und festgestellt wird – Stichworte sind: Hilfeplanverfahren, Hilfeplankonferenzen, Beratungsangebote etc.

Die vertraglichen Beziehungen zwischen den Akteuren werden häufig in das Bild des „sozialhilferechtlichen Dreiecks“ gefasst, das immer ein gleichseitiges Dreieck ist, also gleichartige Beziehungen nahelegt. In der alltäglichen Wahrnehmung ist das völlig anders, es werden Abhängigkeiten und Machtverhältnisse erlebt, in denen die Verfügung über Geld und reale Wahlmöglichkeiten eine entscheidende Rolle spielen.

Dabei wird „der Verwaltung“ zwanglos ein viel größerer Einfluss als den anderen Dreieckspartnern zugeschrieben, da sie über die rechtlichen Grundlagen und die finanziellen Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen verfügt. Deshalb ist es nur folgerichtig, ihrem Handeln auch einen wesentlich größeren Kontrollanteil im Verhältnis zu vertrauensvollen Arbeits- oder Kundenbeziehungen zuzusprechen.

Vertrauen ist eine Frage der Haltung, Kontrolle wird mit konkreten Handlungen in Verbindung gebracht.

Das ist naheliegend, wenn genauer betrachtet wird, was sich mit den Begriffen von Vertrauen und Kontrolle verbindet: Vertrauen ist im Wesentlichen eine Frage der Haltung des Menschen, Kontrolle wird mit konkreten Handlungen in Verbindung gebracht.

Beides geschieht nicht unabhängig von Rahmenbedingungen, bei denen Interesse(n) den Bezugsrahmen darstellen und Macht einen wesentlichen Einflussfaktor.

Als ein Beispiel für einen vertrauensbasierten Kontext mag das berühmte „dinner for one“ dienen, bei dem es eine von beiden Akteuren – Miss Sophie und Butler James – nicht hinterfragte Tatsache ist, dass die vier Freunde und Essensgäste von Miss Sophie längst verstorben sind und Butler James deren Rollen mit hohem persönlichen Einsatz übernimmt. Hier ist die langjährige, sehr persönliche Beziehung der beiden Persönlichkeiten trotz hierarchischer Unterschiede die Grundlage der Beziehungsgestaltung. Je größer und machtvoller die zusammenarbeitende Gruppe wird, desto mehr wird das Handeln von den jeweiligen Interessen und den Möglichkeiten zu deren Durchsetzung bestimmt. Dies kennen die meisten aus der Teamarbeit und erst recht aus Gremienarbeit.

Institutionen brauchen eine Unternehmenskultur, um einen Regelkreis der Vertrauensbildung in Gang zu setzen und in Bewegung zu halten.

In Institutionen braucht es deshalb gezielte Bemühungen um die Unternehmenskultur mit Leitbildentwicklung, Personalentwicklung und supervisorischen Aktivitäten, um so etwas wie einen Regelkreis der Vertrauensbildung in Gang zu setzen und in Bewegung zu halten: die Führungskräfte vertrauen ihren Mitarbeitenden, sie handeln demzufolge vertrauensvoll, die Mitarbeitenden entwickeln auf dieser Grundlage Vertrauen zur Führungskraft und handeln ihrerseits vertrauensvoll.

Wenn dies innerhalb einer Einrichtung schon schwierig ist, weil mit wachsender Entfernung vom direkten persönlichen Kontakt die Zuschreibung unkontrollierbaren anderer Interessen als der eigenen, vertrauensbasierten immer größer wird – wie soll es dann erst um die Begegnung oder gar Kooperation von Vertretern unterschiedlicher Akteursgruppen mit erklärtermaßen unterschiedlichen Interessen bestellt sein?

Dies gilt auch für das Zusammentreffen von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Fachkräften der psychiatrischen Versorgung. Schulz u.a. haben sehr richtig festgestellt:
„Es braucht also Vertrauen, berufsgruppen- und hierarchieübergreifend, damit nicht immer die Frage der Risikominimierung für die Klinik, sondern die persönliche Zielorientierung der Betroffenen im Vordergrund steht ... Ein erster Schritt sollte die klinikweite Verständigung auf gemeinsame Konzepte sein, die Psychiatrie im Krankenhaus als Gemeinschaftsleistung erlebbar zu machen.“ (Schulz u.a. in: Kerbe 2/2014, S. 29)

Hier sind die benannten Dimensionen in zwei Sätzen benannt: es gibt unterschiedliche Interessen zwischen den Akteursgruppen der Professionellen (Risikominimierung) und der Patienten (persönliche Zielorientierung), die Entwicklung einer auf Vertrauen basierenden Arbeitshaltung bedarf einer Verständigung unter den Professionellen, deren Ergebnis sie zu den Patienten transportieren müssen – was möglich erscheint, da eine psychosoziale Dienstleistung ohnehin nur als Koproduktion der Beteiligten vorstellbar ist!

Noch nicht beantwortet ist damit die Frage, welche Rahmenbedingungen förderlich oder hinderlich sind, um zu diesen Verständigungen untereinander zu gelangen. Beim Landschaftsverband Rheinland haben wir vor mittlerweile 10 Jahren einen „Instrumentenkoffer“ entwickelt, der aus unserer Sicht geeignet ist, das kooperative Handeln der in meinem Vortragstitel genannten Akteursgruppen in der Eingliederungshilfe förderlich auszugestalten.

Die Instrumente sind:
- ein Instrument der Individuellen Hilfeplanung (IHP3)
- die flächendeckend aufgebauten Hilfeplankonferenzen
- das regionalisierte Fallmanagement in den Fachabteilungen des Dezernates Soziales und Integration
- der medizinisch-psychosoziale Fachdienst im Dezernat
- die individualisierte Leistungsvergütung bei den ambulanten Wohnhilfen
- ein flächendeckendes System von Beratungs- und Bedarfsermittlungsstellen (Sozialpsychiatrische Zentren sowie Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistiger Behinderung)
- Regionalkonferenzen zur Weiterentwicklung der Angebote im Bereich der Eingliederungshilfe.

Im Zentrum stehen also die Instru-

mente auf der Ebene der Einzelfallbearbeitung, flankiert durch die auf den Ebenen der Finanzierung und der Angebotsentwicklung. Dass der Koffer nie abschließend befüllt ist und die einzelnen Instrumente nicht per se die Gewähr für eine vertrauensvolle und förderliche Zusammenarbeit im Sinne der Ziele der Eingliederungshilfe sind, versteht sich von selbst. Die Erfahrungen belegen allerdings, dass sie einen wesentlichen Beitrag leisten zur:

- direkten Kommunikation zwischen den Akteuren über die Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse der Zusammenarbeit,
- Transparenz über die Absichten und Ansätze des jeweils eigenen Handelns,
- gemeinsamen Entwicklung fachlicher und kommunikativer Standards.

Insbesondere die Hilfeplankonferenzen sind aus meiner Sicht ein Lernfeld ersten Ranges, um von einer reinen Expertenkommunikation voranzuschreiten zu einem gemeinsamen Erkenntnisprozess mit den Menschen mit Behinderung, für den allerdings geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, damit dies „auf Augenhöhe" geschehen kann.

Die gemeinsam entwickelten Verfahrensweisen müssen sich dabei zunehmend messen lassen an den Herausforderungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (VN-BRK), die allgemeine Menschenrechte konkretisiert für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Als Zielperspektive ist das selbstverständliche Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderungen benannt, zusammengefasst in dem Begriff der Inklusion. Dieser bezeichnet nicht eine neue fachliche Methode nach dem Motto „früher haben wir Menschen mit Behinderung integriert, jetzt inkludieren wir sie", sondern verspricht die Veränderung von Lebensbedingungen in den Städten und Gemeinden in einer Weise, dass sie lebenswerter für alle Menschen werden.

Wenn die Herausforderung Inklusion angenommen wird im Bereich der Behindertenhilfe bzw. Sozialpsychiatrie, hat dies z.B. folgende Auswirkungen:

- Die Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens benötigt einen „speziellen Blick": durch die Augen der Menschen im Quartier auf ihre Lebenswelt.
- Menschen mit und ohne Behinderung überlegen gemeinsam vor Ort, was ihnen für ihr Leben im Quartier wichtig ist.
- Diesen Blickwinkel nehmen auch die Professionellen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie ein: sie schauen nicht auf den Menschen mit Behinderung, sondern mit ihm zusammen auf seine Lebenswelt.
- Die Aufgabe der Experten aus Politik und Verwaltung ist es vor allem, bei Gesprächen im Quartier zuzuhören und die vorhandenen Energien zu nutzen für Entwicklungsschritte.
- Dazu sind wahrscheinlich neue Formen zu finden bzw. die bestehenden so weiter zu entwickeln, dass Menschen mit (insbesondere komplexen) Behinderungen ihr Recht auf Partizipation nicht nur pro forma wahrnehmen können (Teilhabekonferenzen, Stadtteilforen, Gemeinwesenprojekte etc.).

Dieses Verständnis und die daraus folgenden Aktivitäten sind aus meiner Sicht geeignet, einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung inklusiver Lebensverhältnisse zu leisten. Es wird nicht überraschen, dass ich hierfür mehr Vertrauen als Kontrollhandlungen für erforderlich halte.

Das Ziel hat Theodor W. Adorno bereits 1951 in seinen Minima Moralia treffend formuliert: „Eine emanzipierte Gesellschaft jedoch wäre kein Einheitsstaat, sondern die Verwirklichung des Allgemeinen in der Versöhnung der Differenzen. Politik, der es darum im Ernst noch ginge, sollte deswegen die abstrakte Gleichheit der Menschen nicht einmal als Idee propagieren. Sie sollte stattdessen auf die schlechte Gleichheit heute, die Identität der Film- mit den Waffeninteressen deuten, den besseren Zustand aber denken als den, in dem man ohne Angst verschieden sein kann."

Auch der Landschaftsverband hat sich mit seinem Aktionsplan zur Umsetzung der VN-BRK „Gemeinsam in Vielfalt" in diese Richtung viel vorgenommen, als Beispiel sei genannt die Selbstverpflichtung zum Themenbereich Partizipation, hier zitiert in leichter Sprache: „Partizipation. Das heißt dabei sein und mitbestimmen. Der LVR will:

- Menschen mit Behinderungen sollen mitbestimmen.
- Wenn etwas Neues entwickelt wird, sollen Menschen mit Behinderungen mitmachen.
- Menschen mit Behinderungen sollen andere Menschen mit Behinderungen beraten. Denn Menschen mit Behinderungen kennen sich mit dem Thema Behinderung am besten aus. Das heißt: Menschen mit Behinderungen sind Experten und Expertinnen in eigener Sache."

Zur Erreichung dieses Ziels ist die Beseitigung von Teilhabebarrieren (oder besser: Mitmachschranken) erforderlich, u.a. auch die Überprüfung des oben genannten Imnstrumentenkoffers, ob er bereits geeignet ist für die Partizipation von Menschen mit Behinderungen in allen ihren Belangen. Eine besondere Herausforderung wird des weiteren darin bestehen, die Leistungen der Eingliederungshilfe, die der Einlösung eines individuellen Rechtsanspruches dienen, nach und nach so auszugestalten, dass sie einen Beitrag leisten zur Gestaltung inklusiver Lebensverhältnisse. Dabei geht es nicht um die Entwicklung immer neuer besonderer Angebote für Menschen mit Behinderungen im Lebensumfeld, sondern um die Öffnung bestehender Angebote bzw. die Entwicklung offener Angebote im Sozialraum. So wie es in Artikel 19 der VN-BRK formuliert ist: dass „gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen."

Literatur

Adorno, Theodor W.: Minima Moralia – Reflexionen aus dem beschädigten Leben, Suhrkamp 2012

Bentele, Verena: Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser – die eigenen Grenzen verschieben und Sicherheit gewinnen. Kailash 2014

Landschaftsverband Rheinland: Gemeinsam in Vielfalt – Der LVR-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, LVR 2014

Schulz, Löhr, Nienaber, Zuaboni: Der Umgang mit Risiko im Rahmen des Recovery Ansatzes. Die Kerbe 2/2014

Führungsqualität „Vertrauen“ – Quelle guter Zusammenarbeit

Von Ulrich Nicklaus

In diesem Beitrag werden einige Schlaglichter auf die Bedeutung von „Vertrauen“ im Management geworfen und dann ein Bezug auf die Zusammenarbeit in Organisationen, insbesondere bei der Gestaltung von Veränderungsprozessen, hergestellt.

Ulrich Nicklaus
Bankkaufmann und Dipl.-Sozialpädagoge, Dozent der Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Fachbereiche Sozialpsychiatrie und Führen und Leiten, Personal- und Unternemensentwicklung, betriebswirtschaftliche Kompetenz. E-Mail: ulrich.nicklaus@ba-kd.de

Geben Sie das Stichwort „Vertrauenskrise“ bei Google ein, so erhalten Sie etwa 185 000 Ergebnisse.[1] Wird das Wort „Vertrauenskrise“ angesichts des weltweiten Geschehens zum Wort des Jahrzehnts? Wird Misstrauen zur allgemeinen „gesunden“ Lebenseinstellung? Wenn ja, wie fatal wäre das für unsere Gesellschaft bzw. Volks-Gesundheit? Es sei denn, man sähe in dieser „krankhaften“ Entwicklung ein Wachstumspotential für psychiatrische Dienstleistungen. Vertrauen ist einer der zentralen Schlüssel für den Erhalt einer Gemeinschaft insgesamt und damit auch für die Arbeit in sozialwirtschaftlichen Unternehmen. Und welche Bedeutung „Vertrauen“ insbesondere für Menschen hat, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, braucht an dieser Stelle nicht eigens betont werden.

Vertrauen und Management

Nicht nur in verschiedenen Leitbildern wird die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitenden und insbesondere zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden als wichtiger Wert formuliert. Auch in zahlreichen Arbeitsgerichtsurteilen finden wir Hinweise darauf, dass das ungestörte Vertrauen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eine wichtige Grundlage des Arbeitsverhältnisses darstellt. Aus Erfahrung wissen wir, dass gute und vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen auch eine höhere Kundenzufriedenheit erzeugen und ein größeres Vertrauen der Kunden in die Angebote zur Folge haben.[2]

Albert Schweitzer hat seinerzeit formuliert: „Vertrauen ist für alle Unternehmungen das große Betriebskapital, ohne welches kein nützliches Werk auskommen kann. Es schafft auf allen Gebieten die Bedingungen gedeihlichen Geschehens.“[3] In einer Studie der Akademie für Führungskräfte heißt es: „Die Qualität der Vertrauenskultur kann im scharfen Wettbewerb des 21. Jahrhunderts entscheidendes Erfolgskriterium sein. 85 Prozent [der] befragten Führungskräfte sind sich sicher: Der Faktor Vertrauen wird immer bedeutender für Unternehmen.“[4]

Dass fehlendes Vertrauen den Erfolg von Unternehmen verhindert oder schmälert, ist mittlerweile unisono anerkannt. Und das gilt selbstverständlich auch für sozialwirtschaftliche Unternehmen. Bemerkenswert ist jedoch, warum diese Erkenntnis – das ist die Erfahrung des Autors aus zahlreichen Coaching-Prozessen mit Führungskräften und aus vielen Unternehmens-Beratungsprozessen – so selten auf Führungsebene thematisiert wird. Sicherlich mag es damit zu tun haben, dass das Phänomen „Vertrauen“ sehr komplex ist, sich einer Messbarkeit, einer kalkulierbaren Steuerung entzieht und mit vielen, auch jeweils eigenen, Emotionen verbunden ist. Und es bedarf eines anderen Kommunikationsstils und eines anderen Führungsverständnisses, das man sich bewusst aneignen muss.

Eine Vertrauenskultur braucht einen anderen Kommunikationsstil und ein neues Führungsverständnis, das man sich bewusst aneignen muss.

Was ist Vertrauen?

Der Begriff stammt aus dem16. Jh. und geht laut Herkunftswörterbuch[5] auf das gotische Wort „trauan“ zurück und gehört zur Wortgruppe „treu“. Aus dem Wortgebrauch im Sinne von „glauben, hoffen, zutrauen“ entwickelte sich die Bedeutung „Vertrauen schenken“ und „sich etwas zutrauen, etwas wagen“.

Die Definitionen des Wortes „Vertrauen“ sind vielfältig und uneinheitlich. Der Sozialwissenschaftler Niklas Luhmann sieht im Vertrauen, und zwar im Sinne des eigenen Zutrauens und in der sozialen Interaktion, die Funktion, die Komplexität der Möglichkeiten auf ein Maß zu reduzieren, das den einzelnen in seiner Umwelt handlungsfähig bleiben lässt. Dabei gehe es vorrangig darum, dass ein Mensch seine Risikobereitschaft unter Kontrolle hält. Jener müsse sich immer wieder klar machen, dass er nicht bedingungslos vertraue, sondern in Grenzen und entsprechend bestimmter, vernünftiger Erwartungen.[6] Damit wird deutlich, dass Vertrauen einerseits Handeln möglich macht. Denn hätte man kein Vertrauen in soziales

Verhalten anderer Menschen, dann könnte man eigentlich nicht mehr vor die Tür treten. Und zugleich wird auch erkennbar, dass es etwas mit Zweifel und Kontrolle zu tun hat, denn bedingungsloses Vertrauen in andere Menschen hätte vermutlich zur Folge, dass man bald keine Tür mehr hat, vor die man treten könnte.

„Vertrauen ist der Wille, sich verletzlich zu zeigen"

Margit Osterloh und Antoinette Weibel haben in einer Forschungsarbeit als Kerndefinition für „Vertrauen" eine sehr kurz gefasste Definition herausgearbeitet: „Vertrauen ist der Wille, sich verletzlich zu zeigen."[7] In diesem Beitrag, der sich an Mitarbeitende in Sozialen Dienstleistungsunternehmen wendet, sei jedoch darauf hingewiesen, dass Kunden, z.B. Patienten, häufig nicht in der Situation sind, sich „verletzlich zeigen zu wollen", sondern Vertrauen oftmals jemandem in hohem Maße schenken müssen, und dass die Patienten zugleich das Vertrauen in besonderer Weise benötigen, weil sie in hohem Maße „verletzlich sind". Sich verletzlich zeigen bedeutet: Man kann mehr verlieren als gewinnen! Man liefert sich dem, dem man das Vertrauen schenkt, aus. Er kann der Erwartung gerecht werden und entsprechen oder aber das Vertrauen missbrauchen. Man hat die Erwartung, dass das Vertrauen nicht ausgenutzt wird.

Sich verletzlich zeigen kann bedeuten, mehr zu verlieren als zu gewinnen.

Wie entsteht Vertrauen?

Die Entwicklungspsychologie hat die Erfahrungen der ersten Jahre des Menschen als die wichtigste Grundlage für die Entwicklung von Vertrauen identifiziert. Wenn die Bedürfnisse des Kindes nach liebevoller Versorgung zuverlässig befriedigt werden, entsteht eine Beziehung zu Bezugspersonen, aus der sich ein Gefühl von Sicherheit, ein Ur-Vertrauen entwickelt. Das Erleben von Verstandenwerden ist eine wichtige Basis für den Aufbau von Vertrauen. Verknüpft mit dieser emotionalen Erfahrung sind neurobiologische Prozesse. So werden bei dem Gefühl der positiven Beziehung körpereigene Opioide ausgestoßen, die nicht nur zu seelischen, sondern auch zu körperlichen Glücksgefühlen führen.

In der neurochemischen Forschung wird insbesondere das Hormon Oxytocin bei Menschen mit dem Gefühl von Vertrauen in Verbindung gebracht (übrigens auch mit „Treue", was die gemeinsame Wortbedeutung nochmals verdeutlicht).[8]

Aus der Hirnforschung ist bekannt, dass Gehirnprozesse nur dann entwickelt werden, wenn sie aktiviert werden bzw. aktiv bleiben. Sonst verkümmern sie. Bezogen auf die Entwicklung von Vertrauen bedeutet es, dass vertrauensvolle Beziehungsangebote dauerhaft vorhanden sein müssen und darüber Bindung zu anderen Menschen aufgebaut werden. Emotionale Erfahrungen hinterlassen nicht nur neuronale Spuren, sondern auch physische.

António Damásio, ein portugiesischer Neurowissenschaftler, geht davon aus, dass alle Erfahrungen des Menschen in einem emotionalen Erfahrungsgedächtnis gespeichert werden.[9] Dieses Erfahrungsgedächtnis teilt sich laut Damásio über ein körperliches Signalsystem mit, das dem Menschen bei der Entscheidungsfindung hilft und das Damasio als „somatische Marker" beschreibt.[10] Bei der Vorstellung verschiedener Handlungsalternativen geben die somatischen Marker eine durch bisherige Erfahrungen bestimmte Rückmeldung unter dem Gesichtspunkt „gut gewesen, wiederholen" oder „nicht gut gewesen, besser zukünftig vermeiden".[11] Kann ich mich auf jemanden verlassen[12], Vertrauen wagen oder sollte ich dies besser unterlassen?

Vertrauens-Bilder und vertraute, biographisch erworbene Muster

Vertrauen in der Zusammenarbeit von Führungskräften und Mitarbeitenden

Wie bereits erwähnt, hat Vertrauen einerseits eine hohe Bedeutung, andererseits wird es kaum thematisiert. Aber: Für den Aufbau von Vertrauen ist die Thematisierung der Bedeutung von Vertrauen generell und die Reflexion des eigenen Erfahrungshintergrundes in Bezug auf Vertrauen von größter Wichtigkeit. Welches Bild habe ich als Führungskraft, welches Bild haben wir als Leitungsteam von „Vertrauen"?

Der Hirnforscher Gerald Hüther misst den inneren Bildern eine hohe Bedeutung zu. Er schreibt in seinem Buch „Was wir sind und was wir sein könnten": „Das, was Menschen antreibt und sie dazu bringt, ihr Leben auf eine bestimmte Weise zu betrachten und zu gestalten, (ist) immer das Gleiche: Es sind strukturgewordene Erfahrungen, also im Lauf des Lebens erworbene und im Gehirn verankerte Verschaltungsmuster zwischen den Nervenzellen. Immer dann, wenn eine solche Verschaltung aktiviert wird, entsteht ein bestimmtes Erregungsmuster, das das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmt."[13] Es findet ein „Rückgriff auf erfahrungsabhängig herausgeformte handlungsleitende, das Denken bestimmende, Orientierung bietende innere Bilder"[14] statt. Und diese Bilder bringen die Menschen dazu, genauso zu denken, so zu empfinden oder so zu handeln, wie sie das immer dann tun, wenn diese inneren Muster aktiviert werden.[15] Also müssen die in der Organisation Tätigen sich fragen, welche Vertrauens-Bilder sie gespeichert haben, auf welche vertrauten, biographisch erworbenen Muster sie zurückgreifen.

Qualität in der Zusammenarbeit in Zeiten der Veränderung

Dass die emotionale Erfahrung mit Vertrauen wesentlich die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und die Qualität der Zusammenarbeit tangiert, ist offensichtlich. Für eine gute Qualität der Zusammenarbeit zu sorgen, ist eine der wichtigsten Führungsaufgaben, insbesondere auch in Zeiten der Veränderung. Die allerorten zu beobachtenden inhaltlichen und strukturellen Veränderungen aufgrund wachsenden Wettbewerbs und größerer Qualitätsansprüche gehören in der Regel zum Arbeitsalltag eines jeden hinzu. Der Wandel zielt meist darauf ab, dass verantwortungsvolle Aufgaben delegiert, Zuständigkeiten dezentralisiert, Aufgaben gebündelt, Dienstleistungen diversifiziert oder aber auch abgebaut werden und dass das Wissen geteilt wird. Eine damit verbundene Zielsetzung ist oftmals auch, die Fremdkontrolle als Regulationsmechanismus zu Gunsten von Eigenkontrolle, Selbstständigkeit, Eigenverantwortung zu reduzieren.

Veränderungsprozesse sind ohne das „Vertrauen in die Mitarbeitenden als Ressource“ nicht zu leisten. Dies kann ein Dilemma für Führungskräfte erzeugen. Einerseits müssen sie systematisch die bestehenden Strukturen und Prozesse auf ihre Effektivität und Effizienz hinterfragen, dabei auch Restrukturierungsprozesse auf den Weg bringen, deren Beweggründe für die Mitarbeitenden möglicherweise wenig nachvollziehbar und die Konsequenzen unabsehbar sind. Dies führt zu Verunsicherung, zu Widerständen und zur Erosion eines bestehenden Vertrauens der Mitarbeitenden gegenüber ihren Vorgesetzten. Häufige Veränderungen im Arbeitsfeld, immer wieder neu zusammengesetzte Arbeitsgruppen und Teams erschweren den Aufbau von Vertrauen oder riskieren den Vertrauensverlust. Andererseits sind Führungskräfte gerade auch in den Zeiten der Veränderung darauf angewiesen, dass Mitarbeitende ihr Wissen, ihre Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit in die Organisation einbringen und ihnen vertrauen. Vertrauen lässt sich aber – im Gegensatz zur Kontrolle – nicht anordnen. Hinzu kommt, dass Vertrauen von einer Zeitdimension abhängig ist. Belastbares Vertrauen entsteht nicht ad hoc. Es braucht Beständigkeit und eine Reihe vertrauensvoller Erfahrungen über einen längeren Zeitraum hinweg. Dem steht der schnelle Vertrauensverlust gegenüber.

Ohne das „Vertrauen in die Mitarbeitenden als Ressource“ sind Veränderungsprozesse nicht zu leisten.

Wie können Führungskräfte mit diesem Dilemma umgehen? Eine Erforschung der Gründe für die fehlende Motivation oder den fehlenden Willen, sich aktiv und konstruktiv in einen Veränderungsprozess einzubringen, spielt eine entscheidende Rolle. Meist haben Ablehnung und Widerstand mit folgenden Aspekten zu tun: Wie ist der Informationsstand? Wissen die Betroffenen genug über Sinn und Ziel der Veränderung? Wer ist als Unentschiedener, wer ist als Gegner, wer ist als Verbündeter etc. einzuschätzen (Kraftfeldanalyse)? Was könnte passieren, wenn man wie vorgesehen vorgehen würde? Was sollte aus Sicht der Betroffenen nach Möglichkeit verhindert werden? Welche Alternativen sehen die Betroffenen selbst? Wie müsste ihrer Ansicht nach vorgegangen werden, um das Problem zur Zufriedenheit aller Beteiligten zu lösen? Was ist für die Betroffenen besonders wichtig? Welches sind ihre Interessen, Bedürfnisse, Anliegen?

Und schließlich ist das Gerechtigkeitsempfinden bei den von Veränderung Betroffenen von Bedeutung. Fühlen sich Mitarbeitende gerecht behandelt, wird das positive Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis haben. Gerecht behandelt zu werden, ist i. d. R. Teil des ungeschriebenen „psychologischen Vertrags“ zwischen Mitarbeitenden und dem Unternehmen. Mitarbeitende erwarten Anerkennung ihrer Leistung, freundlichen Umgang und Respekt. Im Gegenzug sind Mitarbeitende bereit, sich zu engagieren und Leistungen zu erbringen, auch wenn dieses Engagement gegebenenfalls aufgrund schwieriger wirtschaftlicher Situation keinen unmittelbaren monetären Ausgleich mit sich bringt. Sie vertrauen stattdessen darauf, dass es einen anderen Ausgleich gibt: Anerkennung, größere Beteiligung, mehr Selbstbestimmung u. ä.

Erfüllt das Unternehmen aus Sicht der Mitarbeitenden seinen Teil des Vertrages nicht, reagieren die Mitarbeitenden emotional. Mitarbeitende fühlen sich in ihrem Vertrauen enttäuscht. Ihre Hilfsbereitschaft, das Engagement gegenüber dem Unternehmen und oftmals auch gegenüber Kolleginnen sowie Kollegen und gegenüber den Kunden nimmt ab. Nicht kontrollierbare Spielräume werden zu eigenen Gunsten genutzt. „Dienst nach Vorschrift“ ist zumeist das Resultat. Man stelle es sich bloß vor: „Dienst nach Vorschrift“ als Haltung in einer psychiatrischen Klinik! Da wäre der Kollaps, nicht nur für die betroffenen Menschen, sondern für das gesamte Unternehmen nicht fern! Führungskräfte sind in gewisser Weise die Unterhändler dieser psychologischen Verträge und somit gefordert, auf deren Einhaltung besonders seitens des Unternehmens zu achten, um den Kollaps zu vermeiden.

Vertrauenswürdigkeit der Führungskraft

Und damit kommt ein weiterer Faktor in den Blick: Für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ist auch die „Vertrauenswürdigkeit“ einer (Führungs-)Person von Bedeutung. Wann wird eine Person für vertrauenswürdig befunden? Worauf achten die meisten Menschen dabei besonders? Drei unterschiedliche Faktoren scheinen im beruflichen Kontext dabei eine Rolle zu spielen:[16]

Kompetenz: Die Kompetenz wird deutlich u. a. durch Fertigkeiten und Expertise, die es einer Person ermöglichen, auf dieser Grundlage Einfluss zu nehmen und in Handlung umzusetzen. Entscheidend ist, wie kompetent und handlungsfähig, insbesondere auch in Problemsituationen, eine Person in ihrem Verantwortungsbereich wahrgenommen wird. Inkompetenten Menschen sind wir nicht bereit zu vertrauen!

Wohlwollen: Wie wohlgesonnen, mitfühlend und unterstützend ist ein Gegenüber eingestellt bzw. wird als solches wahrgenommen und setzt sich uneigennützig für die Interessen des anderen ein? Werden die Bedürfnisse, werden die Gefühle der anderen Person wahrgenommen oder zählen nur die Leistungen und die Ergebnisse?

Integrität: Welche ethischen Prinzipien, die der Vertrauende akzeptieren kann, werden erkennbar? Sagt die Person die Wahrheit, verhält sie sich fair, stimmen Aussagen mit dem Verhalten überein, hält sie sich an Zusagen und Versprechungen? Ist Vertrauen in die eigene Person (Selbstvertrauen) erkennbar? Das Wort „Person“ kommt aus dem Lateinischen „personare“, „durchscheinen“, „durchklingen“. Was scheint also durch? Ist die Person durchschaubar, transparent, ist sie durchlässig im Sinne von Offenheit und Sich-Öffnen-Können?

Alle diese Faktoren tragen dazu bei, dass der Person Vertrauen entgegen gebracht wird, und je mehr eine Person diese Faktoren durchscheinen lässt und in ihrem Verhalten realisiert, umso mehr Vertrauen wird ihr entgegen gebracht. Vertrauen entsteht reziprok. Vertrau ich dir – vertraust du mir – und umgekehrt. Bedeutsam für den Aufbau einer Vertrauensgemeinschaft ist auch, wie Vertrauensnehmer und Vertrauensgeber in strittigen Fragen miteinander umgehen. Vertrauen entwickelt sich, wenn beide Seiten kons-

truktiv mit ernsthaften Missverständnissen, Konflikten u. ä. umgehen. Gelungene Konfliktbewältigung erzeugt dann das gemeinschaftliche Gefühl „Wir schaffen das schon!“[17]

Vertrauenswürdigkeit der Organisation

So wie eine Person eine Vertrauenswürdigkeit hat, so kann auch ein Unternehmen mehr oder weniger vertrauenswürdig von den Mitarbeitenden und Kunden wahrgenommen werden.

Vertrauen hängt z. B. von der Möglichkeit ab, sich mit den Organisationszielen zu identifizieren. Welcher „Ton“ herrscht in dem Unternehmen? Von welchen Qualitäten wird das Handeln beherrscht? Ist das Handeln von der „Sorge um das Wohlergehen anderer“[18] geprägt. Statt der „Sorge um das Wohlergehen anderer“ entsteht in Veränderungsprozessen häufig eine ungute Fokussierung auf die Strukturen und auf Prozessabläufe. Im Vordergrund steht dann nicht mehr „die Sorge um das Wohlergehen“, z. B. die Heilung erkrankter Menschen in einer Klinik, oder die grundsätzliche Frage, ob das, was gemacht wird, das Wesentliche, das Wichtige, das Richtige ist. In den Vordergrund schieben sich die Fragen, wie Abläufe beschleunigt, Strukturen verschlankt werden, Kosten gesenkt werden können... – und im Fokus sind hierbei häufig die Personalkosten.

Entscheidend für die Identifikation der Mitarbeitenden mit einem Unternehmen, sind aber eher die Werte, eine Mission, die globalen Zielsetzungen des Unternehmens und die Kohärenz dieser Werte mit den eigenen ethischen Vorstellungen und das Erleben dieser Werte auch in den Arbeits- und auch Veränderungsprozessen. Und das lebendige Bewusstsein für die Wichtigkeit dieser Werte! Das bedeutet auch, dass Mitarbeitende in Unternehmen nicht nur als Kostenfaktor angesehen werden, sondern dass ein Unternehmen ein Ort ist, der Menschen erlaubt, sich zu entfalten und zu entwickeln. Wenn jedoch jede Aktivität, z. B. in einer psychiatrischen Klinik, mehr und mehr unter Kostengesichtspunkten bewertet wird und die Wert-Schätzung der ärztlichen, pflegerischen bzw. sozialarbeiterischen Leistung, Selbstorganisation, persönliches Wachstum kaum mehr eine Rolle spielen, kann sich kaum Begeisterung für die Arbeit, nämlich die Heilung erkrankter Menschen zu unterstützen, sich für deren Wohlergehen einzusetzen, intensiv entfalten. Gerald Hüther sagt „Begeisterung ist der Dünger für das Gehirn“[19] (und davon wird in solchen zum Teil sehr belastenden Arbeitsfeldern wohl reichlich benötigt).

Das Gefühl des Patienten, in „guten, vertrauenswürdigen Händen zu sein“, bietet ihm eine sehr viel höhere Chance, seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Zu fragen ist, wie die Arbeitsbedingungen mit Hilfe von Veränderungsprozessen so gestaltet werden können, dass die Begeisterung für die Arbeit nicht verloren geht. Heilungsprozesse sind abhängig von Selbst-Heilungskräften, die mobilisiert werden durch Wert-Schätzung und Vertrauen. Eckart von Hirschhausen bringt es auf den Punkt: „Gesundung [...] hängt entscheidend davon ab, ob sich der Patient aufgehoben fühlt: als Teil eines höheren Prinzips, das ihn trägt und heilt.“[20] Das Gefühl des Kunden, z. B. eines Patienten, in „guten, vertrauenswürdigen Händen zu sein“, sich sicher zu fühlen, bietet ihm eine sehr viel höhere Chance, seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Dass die Gestaltung erfolgreicher Dienstleistungsprozesse nicht nur von dem Können der sogenannten Profis abhängt, sondern von der aktiven und bewussten Mitwirkung des Kunden, ist ja mehrfach bewiesen.

Vertrauen in die Kompetenz der Mitarbeitenden

Allseits ist bekannt: Veränderung im Unternehmen zu managen bedeutet heute nicht, dass Veränderung zeitlich befristet stattfindet und danach eine „Zeit der Ruhe“ eintritt. Wandel wird heute mehr und mehr zum Normalfall. Das bedeutet, dass Mitarbeitende im Unternehmen befähigt werden müssen, Veränderungsbedarf immer wieder zu erkennen, Veränderung zu initiieren und zuzulassen. Dies geht nicht mit „Erfüllungsgehilfen“, sondern nur mit selbstständigen, eigenverantwortlich handelnden und (weiter-)qualifizierten Mitarbeitenden. Und es gelingt i. d. R. nur, wenn Mitarbeitende in die Diagnose und die Entwicklung des Soll-Entwurfes eines Veränderungsresultats einbezogen werden.

Zu fragen ist allerdings, warum dieser Grundsatz von Führungskräften oft noch zu wenig berücksichtigt wird. Eine Hypothese ist, dass Führungskräfte zu wenig Erfahrungen im Umgang mit eigener Verunsicherung und der Verunsicherung der von Veränderung betroffenen Mitarbeitenden haben, dass auf den oberen Führungsebenen das Engagement fehlt, sich aktiv in Veränderungsprozesse einzubringen und dass dort häufig Uneinigkeit in Bezug auf Ziele und Vorgehensweise besteht.[21] Eine systematische Beteiligung der Mitarbeitenden muss erlernt bzw. gekonnt werden, braucht Zeit und personale Ressourcen. Immer noch wird zu sehr auf die Kraft der faktischen Veränderung gesetzt und werden weitreichende Entscheidungen ohne Beteiligung getroffen und umgesetzt.

Eine weitere Herausforderung für Führungskräfte ist der Umgang mit der eigenen Angst. Fehlentscheidungen, Überforderung, Hilflosigkeit werden aus Angst vor Sanktionen, Prestigeverlust u. ä. verschleiert. Hier tut sich ein weites und dauerhaftes Lernfeld auf.

Die Bedeutung von Vertrauen für die Kunst der Führung wird schon von Konfuzius, dem chinesischen Philosophen, vor über 2500 Jahren beschrieben: Auf die Frage eines Schülers, worauf es in der Verwaltung eines Staates ankommt, antwortet Konfuzius: „Auf ein tüchtiges Heer, auf Ernährung für das Volk und darauf, dass es Vertrauen zu seinem Herrscher hat.“ Der Schüler fragte: „Und wenn aber nicht alles zu erreichen ist, worauf am ehesten kann man verzichten?“ „Auf das Heer“ war die Antwort. „Und wenn noch ein weiteres entfallen müsste?“, fragte der Schüler. Und Konfuzius antwortete: „Die Nahrung, denn zwar sind Speise und Trank zum Leben notwendig, allein: früher oder später muss doch jeder sterben. Ohne Vertrauen aber ist es unmöglich, dass der Staat auch nur einen Tag überlebt.“ [22]

Der Artikel ist eine stark gekürzte Fassung des Beitrages, der unter dem selben Titel in dem Aufsatzband „Geistesgegenwärtig begleiten. Existenzielle Kommunikation, Spiritualität und Selbstsorge in der Psychiatrie und in der Behindertenhilfe", hg. vom BeB, Neukirchen-Vluyn 2014, erschienen ist.

Anmerkungen

1 Abgerufen bei Google November 2014.

2 Die Problematik der Verwendung des Kundenbegriffs in der Sozialen Dienstleistung ist dem Autor bewusst. Wenngleich in vielen Kontexten der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie die vier entscheidenden Merkmale, die ein Kundenverhältnis kennzeichnen (eigenverantwortliches Handeln, finanzielle Autonomie, Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern, Freiwilligkeit) fehlen, so mag die Verwendung des Begriffs „Kunde" als Sammelbezeichnung der verschiedenen Zielgruppen, an die sich soziale Dienstleistung wendet, tolerabel sein.

3 Schweitzer 2013, S. 128.

4 Akademie-Studie 2006.

5 Duden 2013, Stichwort „Vertrauen"

6 Vgl. Luhmann1968, S. 10; 13.

7 Osterloh/Weibel 2006, S. 35.

8 Vgl. Petermann 2013, S. 60 ff.

9 Vgl. Damásio 2000 passim.

10 Damásio 2000, S. 55 ff.

11 Vgl. Storch 2010, S. 48 ff.

12 Auch in dem Wort „verlassen" wird die Bedeutung eines stabilen Beziehungsaufbaus der ersten Lebensjahre erkennbar: sich verlassen fühlen.

13 Hüther, 2011, S. 66 f.

14 ebenda, S. 67

15 ebenda

16 Vgl. Osterloh/Weibel 2006, S. 58 ff.

17 Osterloh/Weibel 2006, S. 62

18 Dalai Lama 2004, S. 25

19 Hüther 2011, S. 92

20 Rheingold-Institut 2013, o. S..

21 Vgl. Veränderungen erfolgreich gestalten. Repräsentative Untersuchung über Erfolg und Misserfolg im Veränderungsmanagement, http://www.veraenderungen-erfolgreich-gestalten.de/pages/pdf/summary_deutsch.pdf; abgerufen am 25.11.2013

22 Kungfutse 1975, S. 16.

Literatur

Akademie-Studie 2006, Auf gut Glück oder alles unter Kontrolle: Wie vertrauen deutsche Manager? Befragung von 350 Führungskräften der Wirtschaft, http://www.die-akademie.de/fuehrungswissen/akademie-studien/akademie-studie-2006, abgerufen am 5.1.2014.

Dalai Lama, Goldene Worte des Glücks, Köln 2004.

Capgemini-Consulting, Change-Management-Studie 2008, Business Transformation – Veränderungen erfolgreich gestalten, Berlin 2008.

C4 Consulting GmbH (Hg.), Veränderungen erfolgreich gestalten, Repräsentative Untersuchung über Erfolg und Misserfolg im Veränderungsmanagement, Düsseldorf 2007.

Damásio, António R., Ich fühle, also bin ich – Die Entschlüsselung des Bewusstseins, München 2000.

Duden Herkunftswörterbuch

Hüther, Gerald/Roth, Wolfgang/Brück, Michael von (Hg.), Damit das Denken Sinn bekommt. Spiritualität, Vernunft und Selbsterkenntnis. Mit Texten des Dalai Lama, Freiburgi. B. 2008.

Hüther, Gerald, Was wir sind und was wir sein könnten. Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt a. M. 2011.

Kungfutse: Lun Yu. Gespräche. Düsseldorf/Köln 1975.

Luhmann, Niklas, Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart 1968.

Osterloh, Margit, Weibel, Antoinette, Investition Vertrauen. Prozesse der Vertrauensentwicklung in Organisationen, Wiesbaden 2006.

Petermann, Franz, Psychologie des Vertrauens, Göttingen 2013.

Rheingold-Institut, Heilsame Stimmung im Krankenhaus. Gesundheitsfördernde Prinzipien aus Sicht von Ärzten, Pflegekräften und Patienten und warum wir Lachen ernst nehmen sollten. Eine tiefenpsychologische Studie. Köln 2013,

Schweitzer, Albert, Die Ehrfurcht vor dem Leben, Grundsätze aus fünf Jahrzehnten, München 2013.

Storch, Maja/Krause, Frank, Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), Bern 2010.

Religiosität bei Psychosen – Fluch oder Segen?

Ergebnisse aus dem SuSi-Forschungsprojekt

Von Julia von Iljin, Kristin Klapheck, Friederike Ruppelt, Thomas Bock

Im Rahmen des Hamburger SuSi-Forschungsprojekts zum Subjektiven Sinn von Psychosen wurden auch subjektive Angaben zur Religiosität erhoben. Zentrale Frage war, ob Religiosität und Sinnbedürfnis zusammenhängen und ob die Beschäftigung mit Religion die aktive sinnorientierte Bewältigung von Psychosen eher fördert oder eher behindert. Eine Literaturanalyse zeigt, dass Religiosität unter Menschen mit Psychose-Erfahrung weit verbreitet ist und durchaus positive Auswirkungen haben kann. Die Untersuchung mit dem SuSi-Fragebogen bei über 400 Patienten zeigt, dass Religiosität mit einem höheren Sinnbedürfnis, stärker differenzierten Verarbeitungsstrategien und auch mit Unterschieden in der Symptomatik einhergeht. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz religiöser Ansichten für Psychose-Erfahrene. Es ist wünschenswert, religiöse Erlebnisse auf eine respektvolle Art zu thematisieren und so in die Behandlung Psychose-Erkrankter einzubeziehen. Durch das Verständnis und den offenen Umgang mit religiösen Aspekten kann so ein Gefühl von Halt, Trost und Orientierung entstehen. Religion sollte nicht mehr nur als störende, sondern auch als tragende Komponente in der Behandlung wahrgenommen werden. Daraus ergibt sich ein Auftrag nicht nur an die psychosozial und psychotherapeutisch Verantwortlichen, sondern auch an Seelsorger und kirchliche Mitarbeiter, Psychosen nicht auf medizinische Aspekte zu reduzieren, sondern auch das dahinter spürbare Sinn-Bedürfnis und die besondere Form der Auseinandersetzung mit Lebensthemen wahrzunehmen.

Religiosität und Spiritualität im Blick der Psychologie

Die komplexen Konzepte der Religiosität und Spiritualität wurden in der psychologischen Forschung bis Ende des 20. Jh. kaum berücksichtigt. Als die beiden wichtigsten Ursachen für diese Vernachlässigung werden die immer noch vorherrschende Tendenz zur Pathologisierung religiöser Aspekte sowie die fehlende religiöse Bildung und Bindung und das häufig daraus resultierenden Unbehagen vieler Behandler, genannt (Mohr & Huguelet, 2004; Scagnetti-Feurer, 2011).

In den letzten Jahren haben das Interesse und die Forschung zu den Konzepten jedoch offenkundig zugenommen (Koenig, 2009). Es handelt sich bei Religiosität und Spiritualität um multidimensionale Konzepte, die sich stark überschneiden und von verschiedenen Autoren unterschiedlich definiert werden (Bucher, 2007). Religion wird in diesem Beitrag als multidimensionales Konstrukt verstanden, welches sich nicht auf institutionelle Formen beschränkt. In diesem Sinne wird Spiritualität als Teilmenge von Religiosität angesehen und die Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet.

Auswirkungen von Religiosität

Die überwiegend positiven Effekte von Religiosität sind bereits von zahlreichen Autoren belegt worden. Mit ihr gehen eine höhere Lebenszufriedenheit und Zuversicht einher, ein geringeres Krankheitsrisiko, bessere psychische Gesundheit, die leichtere Bewältigung belastender Lebensereignisse und generell ein gesünderer Lebensstil und eine längere Lebensdauer (Bucher, 2007; Koenig, 2004). Diese positiven Effekte werden darauf zurückgeführt, dass Spiritualität im Vergleich zu anderen Bewältigungsstrategien die Möglichkeit bietet, die Frage nach dem „Warum" zu beantworten und einen Sinn in bestimmten Ereignissen und Lebensumständen zu finden (Bucher, 2007).

„Ich hatte ja den Glauben, da habe ich mich durchgebissen."[1]

Julia von Iljin
B. Sc., Cand. Master Psychologie Universität Hamburg. Bachelorarbeit zum Thema „Religiosität, Sinnkonstruktion und andere Krankheitsverarbeitungsstrategien bei Psychose-Erfahrenen" im Rahmen des SuSi-Forschungsprojektes.
E-Mail: voniljin@gmail.com

Spiritualität kann dem Menschen somit ein Gefühl der indirekten Kontrolle über seine Lebensverhältnisse vermitteln. Darüber hinaus geht Spiritualität meist mit einer besseren sozialen Integration und Unterstützung durch Netzwerke und religiöse Gemeinschaften einher.

Der Stellenwert von Religiosität bei Psychosen-Erfahrenen

Die vielfältigen positiven Auswirkungen von Spiritualität bieten möglicherweise einen Erklärungsansatz dafür, dass religiöse Ansichten und Bräuche bei Menschen mit Psychose-Erkrankung weit verbreitet sind und einen hohen Stellenwert besitzen (Koenig, 2004; Mohr et al., 2010). Für Deutschland liegen leider keine Zahlen vor, aber verschiedene Studien aus der Schweiz und den USA geben an, dass für bis zu 85% der Schizophrenie-Patienten Religion und Spiritualität eine wichtige Rolle im Leben spielen (Koenig, 2009; Mohr, Brandt, Borras, Gilliéron & Huguelet, 2006). Einleuchtend ist dies besonders im Hinblick auf die Tatsache, dass eine Psychose-Erkrankung

für die Betroffenen ein besonderes Ausmaß an Stress bedeutet. Die Rolle der Religion als Stresspuffer und Bewältigungsstrategie bekommt an dieser Stelle eine wesentliche Bedeutung (Pargament, 1997).

Nach Mundhenk (2010) berichten viele Psychose-Erfahrene darüber hinaus von religiösen Erlebnissen in der Initialphase der Psychose. Im psychiatrischen Kontext werden diese jedoch selten berichtet oder durch spätere Ereignisse wie Hospitalisierung und Medikamenteneinnahme verdeckt und treten erst bei gezieltem Nachfragen in einem geschützten Rahmen zutage.

„Um diese Zeit erlebt er seine Berufung. Er sieht Jesus vor sich, eine glänzende Lichtgestalt, die sich ihm zuwendet. Er fühlt sich durchströmt, berührt von einer unwahrscheinlichen Liebe.“[2]

Auch das Problem der Versprachlichung eines religiösen Erlebnisses könnte ein Grund für seltene Berichte über religiöse Erfahrungen in der Psychose darstellen (Mundhenk, 2004). Jedoch kann gerade Religiosität und religiöse Einbindung eine Möglichkeit bieten, dem Geschehen einen sprachlichen und sozialen Rahmen zu geben, in dem das innere Erleben mitteilbar wird (Bock, 1999). So kann Religiosität vor allem zur Sinnfindung und –konstruktion beitragen und spielt eine zentrale Rolle im Prozess der Krankheitsbewältigung vieler Psychose-Erfahrener (Fallot, 2007).

„Wer krank ist, ist offener, empfänglicher, bedürftiger. Er fragt nach dem Sinn des Lebens und des Leidens, er fragt nach Gott.“[4]

Indes wird die Wirkung von Spiritualität bei der Schizophrenie nicht ausschließlich als positiv angenommen. So kann Religion zur Quelle von Enttäuschung und Leid werden, gerade wenn psychische Erkrankungen mit Stigmatisierung und Zurückweisung verbunden sind und es an Unterstützung in der Glaubensgemeinschaft mangelt (Mohr et al., 2006). Die religiöse Überzeugung von einem strafenden Gott ist mit dem Erleben von Schuld und Leid verbunden. Negative Effekte auf die Medikamenten-Compliance werden ebenfalls vermutet, wenn religiöse Überzeugungen im Widerspruch zur Behandlung stehen (Borras et al., 2007).

Es ist daher erforderlich zu unterscheiden, ob Spiritualität eine Ressource im Sinne gesunder und hilfreicher Erfahrung darstellt, oder Ausdruck einer qualvollen, eventuell wahnhaften Symptomatik ist.

Aneignung statt Abspaltung – Sinnbedürfnis bei Psychosen ernstnehmen

Viele Patienten geben ihren Symptomen eine eigene Bedeutung, einen subjektiven Sinn. Das gilt für schwere somatische, aber eben auch für psychische Erkrankungen. Das Hamburger SuSi-Projekt (SuSi = Subjektiver Sinn) untersuchte erst 90, dann noch einmal über 400 Patienten – unter Kontrolle der Schwere der Erkrankung und Berücksichtigung von Lebensqualität und sozialer Anpassung. In beiden Studien ist das Sinn-Bedürfnis riesig: 70 – 80% der befragten Psychose-Patienten sind überzeugt, dass ihre Psychose unverwechselbar ist, ihre Symptome konkrete Lebenserfahrungen spiegeln, eine Sprache sprechen und nicht nur beeinträchtigend, sondern auch lehrreich sein können. Etwa die Hälfte erlebt die eigene Symptomatik nicht nur negativ und fast 60% ordnen der Psychose auch konstruktive Auswirkungen zu. Vor allem aber: Je eher Menschen die eigene psychotische Symptomatik mit der Lebenserfahrung in Verbindung bringen, umso selbstbewusster betrachten sie auch ihre Symptomatik und umso hoffnungsvoller ihre Zukunft (Bock et al., 2010; Bock, 2013; Bock, Mahlke, Schulz, & Sielaff, 2013; Klapheck, Nordmeier, Cronjäger, Naber, & Bock, 2011). Das ist als ein Auftrag und als Beleg für eine biographisch orientierte Psychose-Psychotherapie zu verstehen. Doch Hilfe bei der Aneignung der Erfahrungen können auch andere Berufsgruppen, Peerberater, Selbsthilfegruppen, Freunde, Angehörige und vor allem auch Psychoseseminare leisten. Umfassende Analysen auch zum Sinnbedürfnis bei anderen Erkrankungen und zu praktischen Konsequenzen finden sich im neuen Buch des SuSi-Projekts (Bock, Klapheck, & Ruppelt, 2014).

Nachdem ich mit ihm alleine bin, streckt er mir die Hand entgegen und sagt: „Ich bin der liebe Gott.“[3]

Religiosität und Sinnkonstruktion bei Psychosen

Ein Teilziel dieser Untersuchung war zu überprüfen, wie Religiosität bei Psychose-Erfahrenen mit der Sinnkonstruktion, den Krankheitsverarbeitungsstrategien und der Symptomatik der Psychose zusammenhängt. Die Überprüfung der Rolle von Religiosität bei Psychose-Erfahrenen erfolgte anhand der Daten aus zwei Stichproben des SuSi-Projektes mit insgesamt 470 Psychose-Erfahrenen aus Deutschland und Österreich. Neben dem SuSi-Fragebogen wurden weitere Selbst- und Fremdratings eingesetzt. (für detaillierte Informationen siehe von Iljin, 2013).

Die Untersuchung zeigt, dass Religiosität bei Psychose-Erfahrenen weit verbreitet ist. So geben 78,3% der Befragten an, leicht bis tief gläubig zu sein und knapp 70% ziehen Trost und Kraft aus ihrem Glauben. Ihre Religiosität steht nicht im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und Bildung. Ferner zeigen die Ergebnisse, dass religiöse Psychose-Erfahrene vielfältigere Sinnkonstruktionen aufweisen als nicht religiöse Psychose-Erfahrenen. Psychose-Erfahrene, die Trost im religiösen Glauben suchen, attribuieren demnach ihre Psychose mehr auf Lebensereignisse und erleben mehr konstruktive Auswirkungen ihrer Psychose. Die Ergebnisse deuten ebenfalls darauf hin, dass religiöse Psychose-Erfahrene ihre Symptome positiver erleben als nicht religiöse Psychose-Erfahrene. Wie von Mohr und Huguelet (2004) und Fallot (2007) festgestellt, scheint Religiosität auch in der vorliegenden Untersuchung mit Sinnfindung und -konstruktion zusammenzuhängen. Ob Religion in der zu Grunde liegenden Untersuchung als Stresspuffer fungiert hat, ist nicht zu belegen. Jedoch scheint sie als Bewältigungsstrategie genutzt worden zu

„Leid ist weit mehr als ein schlimmes Verhängnis. Leid führt in die Tiefe, es rührt an die wesentlichen Fragen des Menschseins. Wer in seinem Leid Gott findet, wer durch sein Leid Gott näher kommt, wird in einer Weise bereichert, die über materiellen Wohlstand hinausgeht.“[5]

sein. In einer der beiden untersuchten Stichproben zeigt sich ebenfalls ein Unterschied für die destruktiven Auswirkungen der Psychose, in der Richtung, dass religiöse Psychose-Erfahrene ebenfalls mehr destruktive Auswirkungen wahrnehmen. Dieser Unterschied ist nicht verwunderlich und bestärkt die Annahme, dass trotz Belastung und negativer Folgen der Erkrankung, konstruktive Auswirkungen und die Integration der Psychose in die Lebensgeschichte möglich sind und nebeneinander bestehen können (Bock et al., 2010).

Das Bedürfnis nach Transzendenz wächst mit der Dauer einer Erkrankung.

Religiosität, Krankheitsverarbeitung und Krankheitsmerkmale

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Religiosität und Krankheitsverarbeitungs-Strategien sowie der Symptomatik der Psychose legen folgende Schlüsse nahe: Religiosität scheint bei Psychose-Erfahrenen mit stärker ausgeprägten und sehr verschiedenen Krankheitsverarbeitungsstrategien einherzugehen, die sowohl konstruktiver als auch destruktiver Art sein können. Die Ergebnisse deuten ebenfalls an, dass Religiosität bei Psychose-Erfahrenen mit einer längeren und schweren Erkrankung einhergeht.

Möglicherweise wächst das Bedürfnis nach Transzendenz mit der Dauer einer Erkrankung. Das ist mit Sicherheit nicht auf psychische Erkrankungen zu beschränken. „Krankheit ist der kürzeste Weg zu Gott“, schreibt Ronald Mundhenk (2010, S. 27), selbst Klinikseelsorger in der Psychiatrie; das kann für Psychosen gelten, aber auch für Krebserkrankungen, Hochdruckkrisen oder den Umgang mit schweren Unfällen.

Fazit: Religiosität ernst nehmen, reflektieren, unterstützen

Die Ergebnisse machen deutlich, dass religiöse Überzeugungen einen hohen Stellenwert für Psychose-Erfahrene haben. Sie gehen mit vielfältigeren Sinnkonstruktionen und subjektiv eher konstruktiven Auswirkungen der Erkrankung einher. Die scheinbar stärker ausgeprägten Krankheitsverarbeitungsstrategien könnten darauf hinweisen, dass die Betroffenen flexibler und anpassungsfähiger mit ihrer Erkrankung umgehen.

Religiöses Erleben wurde gerade bei Psychosen lange Zeit pathologisiert und hat zu einer Stigmatisierung und Abwertung geführt. Umso wichtiger ist es, den religiösen Einfluss und die Bedeutung von Spiritualität als Krankheitsbewältigungsstrategie bei Psychosen genauer zu erforschen. Es wäre wünschenswert, wenn religiöse Erlebnisse auf eine respektvolle Art in die Behandlung Psychose-Erkrankter einbezogen und thematisiert würden, um so ebenfalls in den Prozess der Bewältigung einzufließen (Mohr, Gillieron, Borras, Brandt, & Huguelet, 2007). Zugleich gilt es, religiöse Erfahrungen wertzuschätzen und einen ehrlichen Umgang mit ihnen zu schaffen (Mundhenk, 2004).

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Sinnsuchende, die in schweren Lebenskrisen die Realitätsebene wechseln.

Dabei sollten nicht alle religiösen Erfahrungen, die in der Psychose auftreten, unterschiedslos als gleich wertvoll eingeschätzt werden. Der Behandler sollte zwischen lebensförderlichen und lebensbeschränkenden Inhalten unterscheiden können und diese angemessen thematisieren. Durch das Verständnis und den offenen Umgang mit religiösen Aspekten kann so ein Gefühl von Halt, Trost und Orientierung entstehen (Mundhenk, 2004). Religion sollte nicht mehr nur als störende, sondern auch als tragende Komponente wahrgenommen werden. Denn es scheint, dass „auch in Zeiten vordergründig abnehmender Religiosität (...) ein Bedürfnis nach nicht-rationeller Verortung existentieller Fragen zu geben“ (Bock, 1999, S. 344).

Diese Implikationen besitzen für alle Arten der Behandlung der Psychose Relevanz. Gerade im Bereich der Psychiatrie, wo biologische und naturwissenschaftliche Konzepte vorherrschen, ist eine Integration anthropologischer Aspekte in die Behandlung wünschenswert und notwendig (Mundhenk, 2010). Jede Psychose ist anders und bietet über die Art der Symptome einen Zugang zur Person und dem Kontext, den es individuell zu erarbeiten gilt. Im Umfeld der Psychiatrie ist dies, zudem mit zu wenig und häufig wechselndem Personal, der Art der Unterbringung, fehlenden Rückzugsorten und Freiheitsentzug, häufig nur begrenzt möglich. Dennoch wäre es erstrebenswert, wenn zumindest einige der genannten Aspekte, wie die Verortung der Sinnhaftigkeit und Aspekte des Glaubens in die Behandlung integriert würden.

Die Erfahrung von Robert Thessier mag als weiteres Beispiel gelten: „Es stellt sich für mich immer die Frage, ob mein Krankheitsverlauf, meine Biografie bislang auch so günstig verlaufen wäre, hätte man mich zu einem früheren Zeitpunkt aus meiner Psychose abgeholt, zurückgeholt, bevor sich der Kreis schließen konnte. Hätte ich jemals Ruhe finden können, wenn ich dieses Sternenkreuz nicht gefunden hätte? Ich kann es nicht definitiv beurteilen, aber ich spüre eine innere Ruhe und ein Glücksgefühl, die wohl nicht allein den Medikamenten und der Therapie zuzuschreiben sind. Die Negativsymptomatik ist eine ähnlich große Herausforderung wie die positiven Symptome, ist die Negativ-

Kristin Klapheck
Diplom-Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin am Therapiezentrum Psychose und Sucht Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll in Hamburg, trägt das SuSi-Forschungsprojekt mit und hat dafür den DGSP-Forschungspreis gewonnen.

Friederike Ruppelt
Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), aktiv im SuSi- und im Peerforschungsprojekt.

Thomas Bock
Prof. Dr. Dipl.-Psych., UKE. Mitinitiator des Psychoseseminars und anderer Projekte, u. a. des SuSi-Forschungsprojekts. Autor, zuletzt: „Sinnsuche und Genesung. Erfahrung und Forschung zum Subjektiven Sinn bei Psychosen“.

symptomatik doch das Gegenstück zu dieser Sinnhaftigkeit und Emotivität, die das Leben in der Psychose manchmal so spannend und glücklich macht". (Thessier, 2014)

Die beschriebenen Zusammenhänge von Psychoseverlauf, Sinnsuche und Religiosität sind aber nicht nur als Auftrag an Behandler zu verstehen, die subjektive Perspektive ernster zu nehmen. Genauso wichtig ist es, dass Seelsorger und Pastoren, haupt- und ehrenamtlich engagierte Mitarbeiter der verschiedenen Kirchen, aber auch Gemeindemitglieder Menschen mit psychischen Erkrankungen inklusive Psychosen nicht vor allem als „Fremdlinge" wahrnehmen, sondern eben auch als Sinnsuchende, die in schweren Lebenskrisen die Realitätsebene wechseln, insgesamt aber um Aneignung des Erlebten ringen und dabei unter Umständen auch auf Transzendenz und Religiosität angewiesen sind.

„Jenseits von aller Pathologie gilt: Wer Stimmen hört, hört mehr. Er verfügt über eine Wahrnehmungsmöglichkeit, die viele Menschen nicht (oder nicht mehr) zu Gebote stehen. Insofern erschließt z.B. das Stimmenhören Erlebnisräume, die zu Introspektion und zu spiritueller Selbstbesinnung herausfordern. Dabei kann die Frage offen bleiben, ob in oder außerhalb der Psychose Gott ‚wirklich' zu Wort kommt (Mundhenk, 2010, S. 97).

Anmerkungen

1 Mundhenk, 2010, S. 47

2 Mundhenk, 2010, S. 48

3 Mundhenk, 2010, S. 17

4 Mundhenk, 2010, S. 49

5 Mundhenk, 2010, S. 49

Literatur

Bock, T. (1999). Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie (2. Aufl., pp. 1–355). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bock, T., Brysinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., & Naber, D. (2010). Zum subjektiven Sinn von Psychosen.Psychiatrische Praxis, 37, 285–291.

Bock, T. (2013). Psychiatrie im Widerstreit der Interessen – Risiken und Chancen für die Zukunft; Forum für Gemeindepsychologie Jg. 18

Bock, T., Mahlke, C., Schulz, G., & Sielaff, G. (2013).Eigensinn und Psychose, Peerberatung und Psychotherapie, Psychotherapeut, Bd 58, Nov 2013, S364-370, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Bock, T., Klapheck, K., & Ruppelt, F. (2014). Sinnsuche und Genesung – Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen, Psychiatrieverlag Köln 2014.

Borras, L., Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gilliéron, C., Eytan, A., & Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. Schizophrenia bulletin, 33(5), 1238–46.

Bucher, A. A. (2007). Psychologie der Spiritualität: Handbuch (1. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Fallot, R. D. (2007). Spirituality and religion in recovery: Some current issues. Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(4), 261–270.

Klapheck, K., Nordmeier, S., Cronjäger, H., Naber, D., & Bock, T. (2011). Subjective experience and meaning of psychses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionaiere. Psychological medicine 2011, 7, 1–11.

Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. Southern medical journal, 97(12), 1194–1200.

Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 54(5), 283–291.

Mohr, S., Borras, L., Rieben, I., Betrisey, C., Gillieron, C., Brandt, P.-Y., ... Huguelet, P. (2010). Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45(11), 1095–103. doi:10.1007/s00127-009-0151-0.

Mohr, S., Brandt, P.-Y., Borras, L., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. The American journal of psychiatry, 163(11), 1952–1959. doi:10.1176/appi.ajp.163.11.1952.

Mohr, S., Gillieron, C., Borras, L., Brandt, P.-Y., & Huguelet, P. (2007). The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. The Journal of nervous and mental disease, 195(3), 247–253. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17468685.

Mohr, S., & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. Swiss medical weekly, 134(25-26), 369–376. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15340880.

Mundhenk, R. (2004). Verborgene Pforte unseres Daseins- Aspekte des Religiösen im schizophrenen und mystischen Erleben. In: **T. Bock, K. Dörner, & D. Naber** (Eds.), Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie (4. Aufl., pp. 152–163). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Mundhenk, R. (2010). Lebt Gott in der Psychiatrie? Erkundungen und Begebnungen (pp. 1–178). Neumünster: Paranus Verlag.

Pargament, K. I. (1997). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, USA: Guilford Press.

Scagnetti-Feurer, T. (2011). Gesund oder krank? Eine vergleichende Untersuchung religiöser Visionen an PsychiatriepatientInnen und Gesunden. German Journal for Young Researchers, 3(1).

Thessier, R. (2014). Psychose oder Die Vision des Kreuzes, in: Bock, T., Klapheck, K., & Ruppelt, F. (2014). Sinnsuche und Genesung – Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen, Psychiatrieverlag Köln 2014

von Iljin, J. (2013). Religiosität, Sinnkonstruktion und andere Krankheitsverarbeitungsstrategien bei Psychose-Erfahrenen. Bachelorarbeit Universität Hamburg.

Wenn Wohnungen unbewohnbar werden

Erfahrungen aus der Arbeit eines sozialpsychiatrischen Dienstes

Von Ralf Bispinck, Johanna Kuster

Man könnte sich die Frage stellen, in welcher Art und Weise ein sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) mit dieser Problematik eigentlich zu tun hat und ob er sich damit auseinandersetzen sollte. Denn krisenhafte Zuspitzungen von Wohnungssituationen werden eigentlich üblicherweise zum Großteil von den Fachabteilungen des Sozialamtes zur Wohnungssicherung bearbeitet.

In den letzten Jahren hat die Wahrnehmung psychiatrischer Erkrankungen als Ursache solcher krisenhafter Wohnungssituationen allerdings deutlich zugenommen und immer öfter zur Einschaltung sozialpsychiatrischer Dienste als entsprechender Fachabteilung der Gesundheitsämter geführt. Auch in der Landesarbeitsgemeinschaft der Sozialpsychiatrischen Dienste NRW wurde das Thema diskutiert. Es wurde festgestellt, dass die Problematik landesweit die Sozialpsychiatrischen Dienste betrifft. Außerdem interessieren sich Öffentlichkeit und Medien immer nachdrücklicher für solche Wohnverhältnisse. Besondere Aufmerksamkeit kommt dabei der sich selbst als Messies (von engl. mess = Unordnung) bezeichnenden Gruppe der pathologischen Horter zu. 2013 wurde diese Auffälligkeit im DSM 5 erstmals als psychiatrisches Störungsbild, nämlich als „hoarding disorder“ klassifiziert.

Die Zunahme der Fälle sowie das große öffentliche und mediale Interesse waren für uns im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund der Anlass, uns dieser Problematik durch eine Analyse der eigenen Fälle zu nähern. Dabei haben wir uns von folgenden Fragen leiten lassen:

- Wie lassen sich die Betroffenen soziodemografisch näher beschreiben?
- Lassen sich sinnvolle Typisierungen finden für die Bilder der Wohnung und das Hilfeannahmeverhalten der Patienten?
- Welche sozialpsychiatrischen Interventionen kommen zum Einsatz?
- Hat die zugrunde liegende seelische Erkrankung einen Einfluss auf die Annahme von Hilfe und auf das Ergebnis einer Intervention?

Ziel war die Erarbeitung eines möglichst praxisnahen und einfach umzusetzenden Konzeptes für die sozialpsychiatrische Arbeit. Dieses sollte insbesondere den nicht-ärztlichen Berufsgruppen ermöglichen, konfrontiert mit dem Bild der Wohnung und dem Hilfeannahmeverhalten des Patienten eine Auswahl der am besten geeigneten sozialpsychiatrischen Interventionen zu treffen und so Ergebnis und Prognose zu verbessern.

Wir stellen zuerst zwei Fälle aus verschiedenen Diagnosegruppen vor und geben dann einen Überblick über die von uns durchgeführte Untersuchung.

Fallbeispiel 1: Wohnungsproblematik als Folge pathologischen Hortens

Frau S. ist dem SpD seit mehreren Jahren bekannt. Die Erstmeldung erfolgte damals durch die besorgte Schwester der Betroffenen, die den SpD auf das Horten ihrer Schwester hinwies. Die Schwester berichtete, dass Frau S. lange Jahr als Empfangsdame mit großem Engagement in einem Hotel gearbeitet habe. Ihr sei nun aus ihr nicht bekannten Gründen gekündigt worden. Frau S. ziehe sich immer mehr zurück, empfange keinen Besuch mehr bei sich und schlage viele Einladungen aus. Die Nachbarn beschwerten sich über das „Gerümpel“, das im Flur vor der Wohnungstür von Frau S. immer mehr zunehme. Der SpD lud Frau S. zu einem Gesprächstermin ein. Frau S. nahm diesen Termin wahr, kam jedoch eine Stunde zu spät. Sie zeigte sich pikiert über die Aussagen ihrer Schwester und leugnete diese vehement. Frau S. machte dabei einen klaren und geordneten Eindruck. Wenig später meldete sich der Vermieter von Frau S. beim SpD. In der Wohnung über ihr habe es einen Wasserschaden gegeben, und nun müssten Handwerker dringend in die Wohnung von Frau S., um notwendige Reparaturen durchzuführen. Diese verweigere jedoch den Handwerkern wie auch dem Vermieter den Zutritt zu der Wohnung.

Aufgrund dieses Sachverhaltes meldete sich der SpD schriftlich zu einem Hausbesuch an. Frau S. sagte mehrfach Termine ab oder war nicht anzutreffen. Erst als der Vermieter androhte, sich durch einen Gerichtsbeschluss Zutritt zu der Wohnung zu verschaffen oder das Mietverhältnis zu kündigen, war Frau S. bereit, uns in die Wohnung zu lassen. Allerdings gestattete sie nur den Zutritt zu Flur und Küche – die anderen Räume hatte sie abgeschlossen. In dem schmalen Flur und der Küche

Ralf Bispinck
Diplom-Sozialarbeiter.
E-Mail: rbispinc@stadtdo.de

Johanna Kuster
BA Soziale Arbeit.
E-Mail:jkuster@stadtdo.de

Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt der Stadt Dortmund, 44122 Dortmund, Telefon: 0231-5022534.

war eine Überfülle meist noch originalverpackter Artikel aufgestapelt, die Frau S. im Teleshopping gekauft hatte. Dabei handelte es sich um zahlreiche Küchen- und Elektrogeräte wie Töpfe, Küchenmaschinen, Kochutensilien, Bügeleisen und DVD-Player. In den Ecken stapelten sich Berge von Zeitungen, Prospekten und Korrespondenz. Nur ein schmaler Gang war geblieben, auf dem man sich vorsichtig durch die hüfthoch angesammelten Gegenstände bewegen konnte.

Frau S. war unser Besuch sehr unangenehm. Immer wieder bemühte sie sich, Sachen aus dem Weg zu räumen, was aber angesichts der Fülle gar nicht möglich war. Sie versicherte, dass sie gerade dabei wäre, auszusortieren und Ordnung zu schaffen. Sie brauche einfach etwas Zeit und Ruhe dafür. Unser Angebot am Ende des Besuches, einen Müllbeutel mit hinunter zu nehmen, wurde vehement abgelehnt.

Ein gemeinsames Gespräch mit Frau S. und ihrem Vermieter ergab, dass sie einen freien Kellerraum nutzen konnte, um aus der Wohnung einen Teil des Sammelgutes nach unten zu verlagern. Dadurch wurden die Durchgänge in der Wohnung wieder begehbar und die Funktionsräume wieder nutzbar. Weitergehende Hilfen, insbesondere das Angebot regelmäßiger aufsuchender Unterstützung in Form von ambulant betreutem Wohnen oder einer Haushaltshilfe, lehnte Frau S. ab. Um diesen Sachstand zu erreichen, wurden fast drei Jahre benötigt. Frau S. ließ anfangs noch gelegentliche Besuche zu, brach aber dann den Kontakt ab.

Fallbeispiel 2: Wohnungsproblematik als Folge einer Suchtkrankheit

Herr R. wurde durch den Vermieter dem SpD gemeldet, da ihm eine deutliche Vernachlässigung der Körper- und Kleidungspflege seines Mieters und ein unangenehmer Geruch aus der Wohnung aufgefallen waren. Von Seiten des SpD wurde mehrmals versucht, Kontakt zu Herrn R. aufzunehmen. Auf Einladungen in unsere Sprechstunde kam er nicht, bei angemeldeten Hausbesuchsterminen war er nicht anzutreffen. Erst bei einem unangekündigten Hausbesuch öffnete Herr R. nach längerem Schellen und Klopfen – er habe noch geschlafen und uns erst spät gehört. Schon im Treppenhaus fiel der seit Langem nicht mehr geleerte Postkasten auf. Er ließ uns dann direkt und ohne Widerstreben in seine Wohnung.

In der Wohnung befanden sich kaum Möbel. Umzugskartons standen noch im Flur, welche nie zu Ende ausgepackt worden waren. Zeitungen, Müll, Verpackungen und Essensreste lagen auf dem Boden und den spärlich vorhandenen Möbeln. Die Rollläden waren nur halb geöffnet. Unabgewaschenes Geschirr türmte sich in der Küche und um die Couch im Wohnzimmer, auf der Herr R. offensichtlich seine Tage verbrachte und auch schlief. Ungeöffnete Korrespondenz lag auf dem Couchtisch. Das Bett war nicht bezogen und verschmutzt. Die Wohnungspflege war seit Langem stark vernachlässigt worden genauso wie die Körper- und Kleidungspflege. Vor allem das Badezimmer war sehr verschmutzt. Herr R. hatte kaum Lebensmittel im Haus, er kaufte nur gelegentlich ein und verließ die Wohnung nur in den Abendstunden. Dem Abfall in der Wohnung und dem leeren Kühlschrank nach zu urteilen, ernährte er sich hauptsächlich von Doseneintöpfen und Toastbrot. Überall, besonders aber um die Couch herum standen und lagen viele Bierflaschen.

Herr R. erzählte, dass er durch die Schließung der Firma, in der er jahrelang angestellt war, arbeitslos wurde. Seit seiner Bundeswehrzeit habe er abends sein „Bierchen“ getrunken, „ganz normal, so wie alle“. Als aber alle Versuche, wieder eine Arbeit zu finden, und dann auch noch seine langjährige Beziehung scheiterten, habe er mehr getrunken und sich mehr und mehr zurückgezogen. Seine vorigen Wohnungen habe er wegen ähnlicher Probleme verloren.

Auch uns gegenüber verhielt sich Herr R. passiv – er ließ uns am Ende des ersten Hausbesuches den Müll hinunterbringen, ebenso wie er uns einige Tage später in die zwischenzeitlich organisierte Entgiftungsbehandlung begleitete. Nahtlos folgte die stationäre Rehabilitationsbehandlung, während derer die Antragstellung für ambulant betreutes Wohnen und die Grundreinigung der Wohnung erfolgte. Das Mietverhältnis wurde so erhalten, seine Angelegenheiten regelt Herr R. heute wieder eigenständig. Bleibt er weiter abstinent, ist auch von einer guten Wohnungsprognose auszugehen.

Unsere Untersuchung

Der SpD Dortmund arbeitet in drei spezialisierten Fachbereichen für psychisch Kranke, für Alkoholabhängige und für Drogenabhängige. Als Grundlage für eine genauere Analyse sahen die 15 Sozialarbeiter und Sozialbeiterinnen aller drei Fachbereiche alle Fälle der vergangenen fünf Jahre durch und identifizierten so diejenigen Fälle, bei denen eine katastrophale Wohnsituation im Vordergrund der Problematik stand. Darunter verstanden wir,

- dass die Wohnung nicht mehr betretbar war,
- dass sie in ihrer Nutzbarkeit stark eingeschränkt war (Zimmer nicht mehr erreichbar, Funktionsräume Bad und Küche nicht mehr nutzbar),
- dass eine Gefährdung der Bewohner oder Dritter vorlag (z. B. Brandgefahr, statische Überlastung),
- oder dass es zu einer erheblichen Beeinträchtigung für die Umgebung (Schädlinge, Geruch) gekommen war.

Mit diesen Kriterien kamen für die zurückliegenden fünf Jahre 186 Fälle zusammen, die retrospektiv analysiert wurden. Erhoben wurden dafür: Zugangsweg zum Sozialpsychiatrischen Dienst, soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Berufstätigkeit, Einkommensart und Wohnsituation), psychiatrische Diagnose(n), Maßnahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Häufigkeit von Wiederholungsvermüllungen, Einbindung in das psychosoziale Hilfesystem, Hilfeannahmeverhalten und Outcome der Interventionen.

Ergebnisse

Im Folgenden geben wir die wichtigsten Ergebnisse[2] wieder. Dr. Peter Dettmering, der in den 80iger Jahren in den Sozialpsychiatrischen Diensten von Hamburg und Berlin arbeitete, prägte 1985 die Bezeichnung „Vermüllungssyndrom“. Der Begriff impliziert, dass es sich um ein eigenes Diagnosebild handelt. Unsere Erhebung legt aber den Schluss nahe, dass solch krisenhafte Zuspitzungen von Wohn-

situationen im Verlauf aller schweren psychischen Erkrankungen auftreten können – oft nach jahre- bis jahrzehntelangem Verlauf.

Die Betroffenen litten an Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum psychiatrischer Krankheitsgruppen – von organischen Störungen bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen. Lediglich die Gruppe F4 im ICD 10 (neurotische Störungen) war ausgespart; ursächlich dafür dürften Selektionseffekte sein, da diese Patienten im Klientel eines SpD selten vertreten sind. Den Hauptanteil mit 85% machten vier Diagnosegruppen aus:

- Suchterkrankungen 41%,
- Psychosen 17%,
- Depressionen 14% und
- pathologisches Horten (Messie-Syndrom) 12%.

Die soziodemografischen Daten zeichnen das Bild sehr isoliert lebender Betroffener: über 90% waren nie verheiratet, sind geschieden oder verwitwet. 84% lebten allein. Der Altersgipfel liegt zwischen 45 und 65 Jahren. Der häufig formulierte Eindruck eines geringen Bildungsstandes konnte nicht bestätigt werden. Nur 4% der Betroffenen hatten keinen Schulabschluss und nur 7% einen Förderschulabschluss, ansonsten hatten alle anderen regelrechte Bildungsabschlüsse. Ähnliche Ergebnisse fanden wir bei der Erhebung der beruflichen Anamnese: nur 27% waren nie geregelt berufstätig, über 70% der Betroffenen fassten zunächst beruflich Fuß. Die Erhebung der aktuellen Einkommenssituation zeigt jedoch, dass zum Zeitpunkt des Auftretens der katastrophalen Wohnsituation nur noch 5% aktuell von Arbeitseinkommen lebten. 39% bezogen Rente, 44% Arbeitslosengeld II. Es handelt sich also um Personen, die parallel zur Zuspitzung der Wohnungssituation von Prozessen der sozialen und beruflichen Desintegration betroffen sind. Die Betroffenen suchen nur selten (8%) selbst Hilfe. Meist werden sie von Vermietern, Polizei, Angehörigen oder Nachbarn den städtischen Behörden wegen aufgetretener Auffälligkeiten gemeldet. Der Großteil der Betroffenen (73%) war dem SpD bis zur Meldung des Wohnungsproblems unbekannt und hatte auch zum gesamten sonstigen medizinischen und psychosozialen Hilfesystem keinen Kontakt. Durch das Bekanntwerden des Wohnungsproblems wurden dahinter liegende psychiatrische Erkrankungen erst sichtbar.

Dann wurden die in den 186 Fällen durchgeführten sozialpsychiatrischen Interventionen analysiert. Diese zeigen

	Suchtkrankheiten (F1) (Alkohol, Drogen)	Psychosen (F2)
Zustand der Wohnung	Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege im gleichen Umfang vernachlässigt. Auch außerhalb der Wohnung vernachlässigtes Auftreten. Zeichen des Konsums (Flaschen). Zeichen von Intoxikationszuständen (Inkontinenz, Erbrochenes, Sturzzeichen). Leben auf dem Sofa vor dem TV. Unbenutzte oder leere Räume in Kontrast zu oft stark verschmutzter Küche und Bad (oft „schmutzige Leere"). Die Wohnung wird u. U. häufiger gewechselt. Oft abgebrochener Umzug mit nur teilausgepackten Kartons.	Normalerweise imponiert nicht so sehr die Fülle von Dingen, sondern die Desorganisation der Wohnung: Nicht Zusammengehöriges liegt beieinander, teilweise skurrile Anordnungen. Zeichen des Wahnerlebens (Rolladen und Vorhänge vorgezogen, Schutz vor Einblicknahme, verdunkelt, Klingel abgestellt, TV oder Spiegel zugehängt oder zerstört, Strahlenschutzfolien, Barrieren, Unverständliches: Steckdosen abgeklebt, Wasser laufen lassen). Auch Zeichen der Antriebsstörung (Abfall, Zeitungen, Werbung nicht zur Tonne gebracht).
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest[1]: Lässt Hausbesucher Abfall zur Mülltonne bringen. Verhält sich passiv und vermeidend. Keine innere Bindung an die Wohnung: Lässt Haushaltshilfe oder Umzug zu. Viele Personen lassen auch Behandlung und Vermittlung ins Krankenhaus zu.	Person ist zurückgezogen, ängstlich, angespannt und hält Interaktion nur begrenzte Zeit aus. Tütentest[1]: Lässt das Mitnehmen von Abfall meist zu. Das Hilfeannahmeverhalten ist sehr unterschiedlich und hängt von Krankheitseinsicht sowie Ausmaß des psychotischen Erlebens und des sozialen Rückzuges ab.
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Wenn irgend möglich: Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie. Parallel muss Entmüllung und Grundreinigung der Wohnung erfolgen, da sonst bei Rückkehr in katastrophale Wohnung hohe Gefahr des Suchtrückfalles. Passivität und Vermeidung nutzen.	Entscheidend ist die kontinuierliche und aufsuchende Unterstützung im Alltag: Haushaltshilfe und ambulant betreutes Wohnen. Willensbildung meist beeinträchtigt, daher oft Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung erforderlich.
Wohnprognose	Gut, wenn abstinent. Bei sozialer Isolation und fortgeschrittener Suchterkrankung mit Folgeschäden Unterstützung durch gesetzliche Betreuung und ambulant betreutes Wohnen.	Dauerhafte und kontinuierliche aufsuchende Unterstützung ist erforderlich, sonst häufiger Wiederholung der Vermüllung.

je nach Art der zugrunde liegenden Erkrankung deutliche Unterschiede (die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf den Anteil innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppen):

- Bei den Suchterkrankungen stehen naturgemäß suchtspezifische Therapiemaßnahmen (Entgiftung und Entwöhnung 44%) im Vordergrund, häufig ist auch die Behandlung körperlicher (Folge-)Krankheiten (54%).
- Bei den Menschen mit Psychosen war die Wohnsituation oft Ausdruck einer Verschlechterung der (bis dahin unbehandelten) Psychose mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Alltagskompetenzen. Daher waren Behandlung der Grunderkrankung (65%) und Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung (77%) hier die wichtigsten Maßnahmen.
- Vorübergehende gesetzliche Betreuung (58%) und Entschärfung von Konflikten im Wohnumfeld durch Kontakte zu Nachbarn und Vermieter (80%) waren die häufigsten Hilfen für depressive Patienten.
- Pathologische Horter akzeptieren seltener eine gesetzliche Betreuung (30%) und fast nie eine psychiatrische Behandlung. Es kommen vor allen Dingen praktische Hilfen durch die Mitarbeiter des SpD (26%), der Einsatz regelmäßiger Haushaltshilfen (17%) und die Durchführung von professionellen Entmüllungsmaßnahmen (30%) zum Einsatz.

Bei den Betroffenen mit Psychosen und pathologischem Horten ist eine wiederholte Vermüllung doppelt so häufig (40%) wie bei Menschen mit Sucht (17%) bzw. mit Depression (19%). Das Hilfeannahmeverhalten ist in allen vier Diagnosegruppen durch

	Depressionen (F3)	Pathologisches Horten (F63.8) (Messie-Syndrom)
Zustand der Wohnung	Außer in Extremfällen ist eine normale Ordnung von Möbeln und Dingen erkennbar. Keine gesammelten Gegenstände, keine Überfülle. Am auffälligsten sind die Folgen des Antriebsverlustes: Geschirr nicht gespült, Zeitungen und Werbesendungen stapeln sich, Abfall nicht herunter gebracht. Person wird u. U. tagsüber im Bett angetroffen. Vernachlässigung von Körper-, Kleidungs- und Wohnungspflege.	Person verheimlicht Zustand der Wohnung: große (eventuell unüberwindbare) Schwierigkeit, überhaupt hinein zu gelangen. Außerhalb der Wohnung ist die Person meist unauffällig, Kleider- und Körperpflege normalerweise nicht beeinträchtigt In der Wohnung ein Zuviel von Dingen, je nach Ausmaß ist ursprüngliche Ordnung noch erkennbar (Oft „saubere Überfülle"). Durch gesammelte oder gekaufte (oft noch in Verpackung) Dinge, die bis zur Decke gestapelt werden, eingeschränkte Funktion der Wohnung: Räume können nicht mehr erreicht werden, Funktionsräume Küche und Bad nicht mehr benutzt werden. Starke innere Bindung an Wohnung und deren Inhalt – die Wohnung wird nie freiwillig gewechselt.
Patientenverhalten und Hilfeannahme	Tütentest[1]: Hausbesucher darf Müll herunterbringen, aber Person reagiert u. U. beschämt. Meist Krankheitseinsicht kein Problem, keine Gegenwehr gegen Hilfe oder Behandlung, Person lässt Unterstützung zu – teilt aber nicht die Hoffnung der Helfer auf Besserung.	Tütentest[1]: Löst große innere Not des Patienten aus, Widerstand bis zur tätlichen Gegenwehr. Hilfe wird abgelehnt und, wenn unausweichlich, nur sehr widerstrebend zugelassen. Oft auffallend unpünktlich (zeitliche Desorganisation).
Sozialpsychiatrische Maßnahmen	Entscheidend ist die Vermittlung in ambulante oder stationäre antidepressive Behandlung. Parallel dazu Entmüllung und Reinigung der Wohnung: es ist zu vermeiden, dass die Person im Stadium beginnender Verbesserung mit einer katastrophalen Wohnung allein gelassen und überfordert wird. U. U. sind keine dauerhaften Maßnahmen erforderlich.	Entscheidend ist der Aufbau einer möglichst tragfähigen Beziehung. Wenn Wohnungszustand wegen resultierender Gefahren oder Verlust der Menschenwürde nicht tolerierbar: Zwang. Ansonsten: Vermittlung in Selbsthilfe und Behandlung. Installation kontinuierlicher aufsuchender Hilfe: Ambulant betr. Wohnen. Willensbildung normalerweise nicht beeinträchtigt, gesetzliche Betreuung daher nur, wenn Patient einverstanden. Falls möglich: Verlagerung des hortenden Verhaltens auf kleinere, nicht verderbliche, besser lagerbare Gegenstände. Außenlagerstellen (angemietete Garage) reduzieren Druck und erhöhen Wohnqualität.
Wohnprognose	Gut, wenn nicht depressiv. In gesunden Phasen oft keine weitere Unterstützung erforderlich.	Pathologisches Horten ist ein langdauerndes Verhalten: Auch nach Wohnungsverlust oder erzwungener Entrümpelung wird weiter gehortet. Dementsprechend ist dauerhafte Unterstützung erforderlich

Dortmunder Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen © Dr. Thomas Lenders 2014

Rückzugstendenzen, Krankheitssymptomatik und Widerstände gekennzeichnet. Am ausgeprägtesten ist dies bei der Gruppe der pathologischen Horter festzustellen: Hier nehmen nur 13% der Betroffenen die angebotenen Hilfen bereitwillig an (Suchtkrankheiten: 27%, Psychosen: 26%, Depressionen: 38%). Entsprechend sind die ungünstigen Outcome-Kategorien „nichts erreicht“ und „Wohnung verloren“ mit fast der Hälfte der Gruppe (44%) bei den Hortern am häufigsten. Bei der Gruppe der Suchterkrankten konnte demgegenüber bei 44% die Wohnung wieder bewohnt werden, bei den depressiv Erkrankten bei 42%.

In der Gruppe der Betroffenen mit Psychosen fällt auf, dass die schwierige Wohnsituation häufiger als in den anderen Diagnosegruppen Ausdruck einer Verschlechterung der Krankheitssituation ist und deshalb zu einer Intensivierung der Unterstützung führt, davon in 35% der Fälle durch Umzug in eine andere Wohnform (Heim, Wohngemeinschaft). Freilich nahmen nur 26% der Personen mit einer Psychose von sich aus bereitwillig Hilfen an. In manchen Fällen kam es daher zu Umzügen erst durch Intervention auf dem Weg gesetzlicher Betreuung und sozialpsychiatrischer Begleitung.

Fazit der Untersuchung

Unbewohnbar gewordene Wohnungen sind kein einheitliches Phänomen: sie sehen unterschiedlich aus und sind auf unterschiedlichen Wegen zustande gekommen. Sie können ein Zeichen, eine Ausdrucksform einer seelischen Störung sein, aber es handelt sich nicht um eine Krankheit an sich. Messies (path. Horter) sind zwar Objekt großen medialen Interesses, diese Gruppe macht jedoch nur einen kleinen Teil (12%) unserer Fälle unbewohnbar gewordener Wohnungen aus. Bei den im SpD bekannt gewordenen Fällen stand immer eine psychiatrische Problematik hinter der Auffälligkeit des Wohnverhaltens. In den meisten Fällen sind die Auffälligkeiten Teil einer umfassenden Selbstvernachlässigung im Rahmen einer schweren, lang dauernden und nicht oder unzureichend behandelten psychischen Störung (Sucht, Psychose, Depression). Die unbewohnbar gewordene Wohnung ist die sicht- und ruchbare Spitze eines meist vielschichtigen, komplexen Hilfebedarfes, der sich nicht nur auf die Wohnung bezieht. Die Art der zugrunde liegenden Erkrankung hat Auswirkungen auf das Hilfeannahmeverhalten, die Auswahl geeigneter sozialpsychiatrischer Maßnahmen, den Outcome und die Prognose. Ihre Kenntnis erleichtert es psychosozialen Professionellen, eine der Störung angemessene Haltung einzunehmen und vergrößert so die Chance, tragfähige Unterstützungsbeziehungen aufzubauen. Ein diagnosedifferenziertes Vorgehen ist deshalb Grundlage des Dortmunder Vorschlages zum praktischen Vorgehen bei unbewohnbar gewordenen Wohnungen, der in der Tabelle (Seite 34 und 35) stichwortartig konkretisiert wird.

Anmerkungen

1 Tütentest: Angebot, am Ende des Hausbesuches eine Tüte Abfall (bereits gepackten, noch nicht entsorgten Abfall oder einen mitgebrachten, gemeinsam zu füllenden Müllsack) zur Abfalltonne zu bringen (nach einer Idee von Dr. Lothar Lindstedt).

2 Auf der Internetseite des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund kann der vollständige Bericht mit allen Daten eingesehen und heruntergeladen werden: http://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt_6/pdf_3/psychatrie_und_sucht_1/Wenn_Wohnungen_unbewohnbar_werden.pdf

Ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht

Die Neuregelung und ihre Auswirkungen auf die Praxis

Von Ralph Sattler

Im Februar 2014 – ein Jahr nach der Änderung des § 1906 BGB, also der betreuungsrechtlichen Regelung der Zwangsbehandlung – wurde ich angefragt, ob ich einen Beitrag für die Kerbe schreiben könne. Er sollte sich damit befassen, inwieweit sich diese Rechtsänderung in der Praxis ausgewirkt hätte, ein anderes Problembewusstsein bezüglich Zwangsmaßnahmen zu beobachten sei und was in Betreuerkreisen wie diskutiert würde. Mit Blick darauf, dass mir damals zwar so gut wie keine Erkenntnisse vorlagen, sich bis zum Erscheinen des Artikels aber sicher noch einiges tun würde, habe ich zugesagt.

Daraufhin habe ich mich bei Betreuern vor Ort umgehört, die diakonischen Netzwerke im Betreuungsbereich genutzt sowie die Mailingliste Betreuungsrecht (s. http://www.ethik-in-der-praxis.de/betreuungsrecht/mailingliste-betreuungsrecht/), die die aktuellen Themen in der Betreuungspraxis gewöhnlich sehr gut widerspiegelt, verfolgt.

Beim Schreiben dieser Zeilen indes befinde ich mich im Oktober 2014 und muss feststellen: Auch nach 20 Monaten hat sich die Situation nicht wesentlich geändert. Angesichts dessen, dass „seit 2010 das Thema (*der Zwangsbehandlung, Anm. d. Verfassers*) in der (Fach-) **Öffentlichkeit ununterbrochen** präsent ist“, wie Adrian Schmidt-Recla (HFR 2013) bemerkt, verwundert das doch sehr. Auch wenn Schmidt-Reclas Feststellung kurz nach Inkrafttreten des neuen § 1906 BGB gemacht wurde und somit auf die Zeit vor dieser Änderung bezogen sein muss, mutet es doch seltsam an, dass das Thema danach plötzlich keine große Rolle mehr zu spielen scheint.

Die Frage, warum das so ist, drängt sich auf. Wollte es der Zufall und just ab diesem Zeitpunkt gab es kaum Anlässe, die Zwangsbehandlungen nötig gemacht hätten? War nach Beseitigung der Rechtsunsicherheit die Lage so eindeutig, dass keinerlei Diskussions- und Klärungsbedarf vorhanden war? Hatte die Änderung, da der Gesetzgeber weitestgehend die vorherige Praxis in Gesetzesform gegossen hat, vielleicht auch gar keine Auswirkungen? Wurden von Betreuern kaum Anträge auf die Genehmigung von Zwangsbehandlungen gestellt, weil sie diese von vornherein nicht für erfolgversprechend hielten, ihnen nun der Aufwand zu groß war oder vielleicht sogar, weil sie während der Übergangszeit gelernt hatten, dass es ohne Zwang geht?

Zwangsbehandlung – ein Thema in der Öffentlichkeit?

Ich will im Folgenden versuchen, die vorhandenen Informationen mit Überlegungen zu diesen Fragen zu verknüpfen.

Hat sich die Änderung des §1906 BGB überhaupt *auf die Praxis ausgewirkt und wenn ja, inwieweit?*

Zur Erinnerung: Infolge der Rechtsprechung von Bundesverfassungsgericht (BVerfG) und Bundesgerichtshof (BGH), mit der festgestellt wurde, dass es im Betreuungsrecht an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die medizinische Behandlung von Menschen gegen deren Willen fehlt und diese unabhängig davon ohnehin nur unter sehr engen Voraussetzungen zulässig sein könne, war eine Zwangsbehandlung vorübergehend nicht möglich. Dies führte zu „hektischer Betriebsamkeit des Gesetzgebers“ (Schmidt-Recla, a.a.O.) mit dem Ergebnis einer Neuregelung im Betreuungsrecht im Februar 2013. Ob diese Hektik nun zu einer vernünftigen Lösung der Problematik geführt hat oder nur dazu, dass zwar die „Regelungslücke“ weg ist, die Probleme aber bleiben (vgl. Crefeld 2013) war und ist – das sollte man zumindest meinen – umstritten.

Ralph Sattler
Diplom-Sozialpädagoge, Pädagoge, Diplom-Diakoniewissenschaftler, Betreuungsverein Ludwigshafen im DW Pfalz e.V.

Neigt man eher zu letzterer Ansicht und geht davon aus, dass Vorgehensweise und Ergebnis Verbesserungspotenzial gehabt hätten und dementsprechend keine wirklich einschneidende Änderung erfolgt ist, könnte man nun vermuten, dass dies in der Praxis eben auch zu „business as usual“ geführt hat.

Der Umgang mit Zwangsmaßnahmen ist offenbar zurückhaltender geworden

Das ist jedoch eher unwahrscheinlich. Zumindest für den Zuständigkeitsbereich des hiesigen Betreuungsgerichts lässt sich sagen, dass Betreuer ebenso wie Richter und stationäre Psychiater einhellig von einem veränderten, d.h. auffällig zurückhaltenderen Umgang mit Zwangsbehandlungen berichten. So beobachtet ein Betreuungsrichter einen deutlichen Rückgang von Anträgen auf Unterbringungen zum Zweck der Heilbehandlung, die, da die Zwangsbehandlung ja nur im stationären Rahmen erfolgen darf, entsprechenden Behandlungen zwingend vorausgehen müssen. Er spricht von einer starken Skepsis, die in der Praxis nicht

nur hinsichtlich der medizinischen Zwangsmaßnahmen, sondern generell hinsichtlich des Themenkomplexes „Unterbringung“ vorherrsche.

Auch der Chefarzt der örtlichen psychiatrischen Klinik hat den Eindruck, dass weniger Menschen von Betreuern untergebracht werden. Entsprechende Maßnahmen würden nur noch eingeleitet, wenn tatsächlich akuter Handlungsbedarf bestünde (was im Umkehrschluss heißt, dass bis dahin offensichtlich andere Maßstäbe angelegt wurden!). Er nimmt eine deutliche Sensibilisierung generell, aber vor allem in der Psychiatrie wahr, der diese Entwicklung deswegen gut getan habe. Das hieße nicht, dass es keine „Notfallindikationen“ mehr gäbe (darunter versteht er Behandlungen gegen/ohne den Willen des Betroffenen, die durch den rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB legitimiert werden), aber insgesamt sei ein anderer Umgang mit Zwang festzustellen.

Generelle Skepsis hinsichtlich des Themenkomplexes „Unterbringung“

Auch Rückmeldungen aus anderen Regionen gehen in die gleiche Richtung, Gerichte und Kliniken gingen mit der Thematik differenzierter um. Aus Betreuerkreisen wiederum verlautet vor allem: Wir hatten keine Betreuten, bei denen die Thematik eine Rolle gespielt hat. Vor dem Hintergrund, dass Behandlungen gegen den Willen des Betreuten noch nie ein Massenphänomen waren und eingedenk der gerade angeführten Aussagen eher noch weniger geworden sind (vgl. auch Müller 2014, der bei einer Befragung in Berliner Kliniken im Zeitraum zwischen Februar und Oktober 2013 unter 1078 Behandelten zehn Personen fand, die nach BGB gegen ihren Willen behandelt wurden) ist dies nicht unbedingt unwahrscheinlich. Da gleichzeitig aber auch klar ist, dass es weiterhin Zwangsbehandlungen gibt, ist weiteres Nachfragen durchaus angebracht.

Nicht immer ist jedem klar, wann eine Behandlung eine Zwangsbehandlung ist

Dieses fördert dann auch tatsächlich interessante Erkenntnisse zutage, vor allem, weil sich diese nicht auf die konkrete Nachfrage zu Zwangsmaßnahmen, sondern bei einem Gespräch über einen Betreuungsfall mit einer vermeintlich anderen Problematik ergeben. Das wiederum ist dem ebenso banalen wie fatalen Umstand geschuldet, dass es sehr wohl um eine Zwangsmaßnahme ging, dies aber keinem der Beteiligten bewusst war.

Die von einem Kollegen betreute, aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz unzweifelhaft nicht mehr einwilligungsfähige Dame hatte starke Blutungen im Genitalbereich. Eine Untersuchung durch den Gynäkologen, der ins Pflegeheim kam, verweigerte sie. Daraufhin sollte sie stationär untersucht werden. Auch das verweigerte sie, das Krankenhaus schlug eine Untersuchung unter Sedierung vor, zu der der Betreuer zustimmen müsste. Jedoch kam auch dies bei der folgenden Einweisung nicht zustande, da man in der Klinik jetzt der Ansicht war, es ginge nur mit Vollnarkose, was aber erst nach erneuter Terminvergabe zu machen gewesen wäre. Letztlich fand diese Untersuchung aber nicht mehr statt, da die Blutungen ohne weiteres Zutun zum Erliegen kamen.

Auch wenn es in diesem Fall nicht zu einer Behandlung kam – wäre es dazu gekommen, wäre es aufgrund des mittels natürlichen Willens ausgedrückten Widerspruchs der betreuten Person eine Zwangsbehandlung gewesen (§ 1906 Abs.3 BGB). Ein Genehmigungsantrag hierfür wurde nicht gestellt und hätte auch nicht positiv entschieden werden können, da weder das Vorliegen der dafür nötigen Voraussetzungen geprüft wurde noch die Betreute stationär untergebracht war. Die Behandlung wäre demnach rechtswidrig gewesen.

Die Durchsetzung einer Zwangsbehandlung wird als kaum umsetzbar wahrgenommen.

Man kann davon ausgehen, dass sich das Ganze anders zugetragen hätte, wenn es nicht um einen alten, dementen, in erster Linie als hilflos wahrgenommenen, sondern einen unter paranoiden Vorstellungen leidenden aggressiven Menschen gegangen wäre. Hätte dieser eine Behandlung verweigert und vielleicht sogar unter Anwendung von Gewalt dazu gebracht werden sollen, wäre trotz offensichtlicher Einwilligungsunfähigkeit kaum jemand auf die Idee gekommen, das nicht als Zwangsmaßnahme zu sehen.

Offenbar ist die Wahrnehmung dafür, dass fürsorglich verstandenes Handeln dennoch paternalistisch und das Recht auf Selbstbestimmung des Betroffenen übergehend sein kann, noch nicht überall angekommen. Dies in Bezug gesetzt zu einer der eingangs aufgeworfenen Fragen, nämlich ob nach Beseitigung der Rechtsunsicherheit die Lage so eindeutig war, dass keinerlei Diskussions- und Klärungsbedarf vorhanden war, muss diese wohl mit nein beantwortet werden. Denn wäre sie tatsächlich so eindeutig, hätte es das o.g. Beispiel nicht geben dürfen.

Daraus nun den Schluss zu ziehen, es würden nur deswegen weniger Anträge auf Zwangsmaßnahmen gestellt, weil dies solcherart übersehen werde, wäre schon alleine wegen der Unabhängigkeit dieser speziellen Problematik von der geänderten Rechtslage sehr gewagt. Nichtsdestoweniger bleibt die Frage: Woran könnte es liegen, wenn Zwangsbehandlungen bzw. Anträge auf deren Genehmigung weniger werden?

Betreuer stellen keine Anträge, weil sie von vornherein von deren Erfolglosigkeit ausgehen

Auch wenn die meisten Betreuer angeben, bisher selbst nicht mit der Thematik konfrontiert worden zu sein, haben sie dennoch Meinungen dazu. Die zu der Wahrnehmung von Gericht und Klinik hinsichtlich des Rückgangs von Zwangsbehandlungen passende ist die, dass die meisten Kollegen der Ansicht sind (und in entsprechenden Fällen selbst so handeln würden), Unterbringungen, mit denen man bisher versucht hat, Behandlungen durchzusetzen ohne dass dazu auch eine akute Selbstgefährdung vorlag, würden gar nicht mehr versucht. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Während der Zeit zwischen der Rechtsprechung des BGH, mit der die bisherige Praxis der Unterbringung zur Zwangsbehandlung für ungültig erklärt wurde, und dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung war diese unmöglich. Dabei wurde vielfach übersehen, dass die nicht verfassungskonforme gesetzliche Grundlage im BGB, nicht aber die Zwangsbehandlung an sich der Knackpunkt war. Für diese wurden zwar enge Grenzen gezogen, als grundsätzlich

unzulässig erklärt wurde sie aber nie. Trotzdem war die Wahrnehmung in der Praxis häufig die, dass Zwangsbehandlungen jetzt verboten sind. Und obwohl die Einführung des neuen § 1906 BGB an kaum jemand vorbeigegangen sein kann, scheint das in vielen Köpfen auch so geblieben zu sein oder zumindest bewirkt zu haben, dass die Durchsetzung einer Zwangsbehandlung als kaum umsetzbar wahrgenommen wird. Deswegen geht die Ansicht offenbar in die Richtung, dass Anträge nur Sinn haben, wenn (auch) eine Selbstgefährdung zu befürchten ist, weil die Vorgaben dafür ja auch nicht geändert wurden.

Das wirft natürlich die Frage auf, ob eine Zwangsbehandlung tatsächlich so schwer umzusetzen ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen ist es wohl schon so, dass vor allem § 1906 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2. BGB (der Versuch, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen) zu Schwierigkeiten führen dürfte, gerade nachdem der BGH in einem Beschluss vom 04.06.2014 „die Voraussetzungen der ärztlichen Zwangsmaßnahme so verschärft (hat), dass die Durchführung eines Genehmigungsverfahrens schwierig und der Genehmigungsbeschluss kaum mehr rechtsmittelsicher zu begründen ist." (Zimmermann 2014).

Anträge werden nur noch gestellt, wenn es um eine massive, akute Gefährdung für Leib und Leben geht.

Von den formalen Kriterien abgesehen ist wohl aber auch ein Umdenken zu beobachten, das hier eine große Rolle spielt. So zumindest ist es meines Erachtens zu verstehen, wenn die Richterin bei einer Betreuten, für die ein Unterbringungsantrag gestellt wurde, weil (Auszug aus der Dokumentation des Betreuers) „der Zustand von Frau X. sich im Wesentlichen nicht verändert hat, ihr Leben findet zum größten Teil auf der Couch statt, sie uriniert und kotet in Schüsseln oder andere Gefäße, die der Pflegedienst regelmäßig leert, sie isst und trinkt, aber Medikamente verweigert sie beharrlich", den Antrag nicht genehmigt mit der Bemerkung „früher hätte ich sie untergebracht".

Dieser offensichtlich sensiblere Umgang mit der Materie wird in der Betreuungspraxis wahrgenommen und dürfte zusammen mit der Annahme, dass Unterbringungen (und das scheint nach meinem Eindruck auch solche einzuschließen, die nicht zur Heilbehandlung, sondern ausschließlich wegen Selbstgefährdung durchzuführen wären) sowieso kaum mehr durchsetzbar seien, ein Grund sein, warum Anträge jetzt wirklich nur noch dann gestellt werden, wenn es um eine massive, akute Gefährdung für Leib und Leben geht.

Die Richtung stimmt, aber der Weg ist noch weit

Ohne zu verkennen, dass diese Bestandsaufnahme, da lediglich auf eingeschränkten persönlichen Momentaufnahmen des Verfassers basierend, keinerlei repräsentativen Anspruch haben kann, erlaubt sie dennoch einen Fingerzeig in die Richtung, in die es gehen könnte und hoffentlich auch gehen wird. Sicher hätte man sich gewünscht, die Protagonisten hätten nicht erst durch eine, zudem noch nicht einmal bahnbrechende, Rechtsänderung mehr oder weniger „zum Jagen getragen" werden müssen – will heißen, Betreuer und Richter hätten auch zuvor das Betreuungsrecht so anwenden können, wie es eigentlich gedacht ist (vgl. Sattler 2013), Ärzte sich anders verhalten können, als sie es offenbar getan haben (z.B. zu undifferenzierte Indikationsstellungen für Zwangsbehandlungen, unzureichende Prüfung der Einwilligungsfähigkeit, mangelnde Berücksichtigung gesetzlicher Voraussetzungen und ethischer Kriterien u.a., vgl. ZEK bei der Bundesärztekammer 2013).

Der zu beobachtende andere Umgang mit der Materie ist ja aber der deutliche Hinweis darauf, dass das nicht unbedingt immer so praktiziert wurde. Es ist auch der Hinweis darauf, dass diese – wenn man es so nennen will – Disziplinierungsmaßnahme offenbar notwendig war und sie auch das zu erreichen scheint, was die Rechtsprechung (über den Umweg der Gesetzesänderung) damit bezwecken wollte, nämlich eine Stärkung der Rechte psychisch kranker Menschen.

Jenseits dessen darf dies aber nicht dazu führen, sich jetzt auf den Lorbeeren auszuruhen. Denn „von entscheidender Bedeutung für eine die Freiheit und den Schutz der Person wahrende psychiatrische Versorgung sind darüber hinaus ausreichende und auskömmlich finanzierte Rahmenbedingungen in den psychosozialen Hilfesystemen, in der Justiz und dem Betreuungswesen." (Diakonie Texte 02/2013). Davon sind wir zurzeit noch weit entfernt. Mit der Änderung des § 1906 BGB ist somit lediglich ein Anfang gemacht, weiteres muss folgen.

Literatur

Crefeld, Wolf, Die „Regelungslücke" ist weg, die Probleme bleiben, in: Psychosoziale Umschau, 2/2013, S. 26 ff

Diakonie Deutschland, Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, Diakonie Texte 02/2013, S. 4

Müller, Markus, Hat sich etwas geändert und wenn ja, was? Erste naturalistische Daten aus der Berliner Psychiatrie zur Änderung des § 1906 BGB, in: FamRZ 2014, Heft 3, S. 173

Sattler, Ralph, Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht, in: Kerbe 2/2013, S. 38

Schmidt-Recla, Adrian, Zwangsmedikation von psychisch Kranken, Humboldt Forum Recht 10/2013, S. 111 ff

Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 28. Juni 2013, S. A1335

Zimmermann, Walter, Probleme der ärztlichen Zwangsbehandlung bei Betreuten, in: NJW 34/2014, S. 2481

Gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Bundesteilhabegesetz und zweiter Fonds Heimerziehung

Anlässlich des Internationalen Tages der Menschen mit Behinderung am 3. Dezember haben die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) darauf aufmerksam gemacht, dass Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in Deutschland immer noch weit entfernt von gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind. Ob ein Bundesteilhabegesetz kommt, ist nicht mehr sicher. Ein zweiter Fonds Heimerziehung für Menschen, die als Kinder und Jugendliche Gewalt und Missbrauch in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie erfahren haben, ist gescheitert, da die Länder sich nicht daran beteiligen wollen.

„Das Bundesteilhabegesetz ist eines der wichtigsten sozialpolitischen Projekte dieser Legislaturperiode und darf auf keinen Fall gefährdet werden“, sagt der BeB-Vorsitzende Uwe Mletzko. Seit Juli dieses Jahres arbeitet eine Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Arbeit und Soziales an den inhaltlichen Eckpunkten eines Bundesteilhabegesetzes. Laut Koalitionsvertrag sollte der finanzielle Ausgleich zwischen Bund, Ländern und Kommunen an das Bundesteilhabegesetz gekoppelt werden. Kürzlich sind jedoch neue Überlegungen für die kommunale Entlastung durch den Bund bekannt geworden. „Die Koalition muss bei der ursprünglichen Planung bleiben und darf das neue Gesetz nicht in Frage stellen“, betont Mletzko.

Außerdem steht der vom Bund vorgeschlagene zweite Fonds Heimerziehung in Frage: „Der Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz, sich nicht an einem Fonds Heimerziehung für Betroffene der Behindertenhilfe zu beteiligen, ist absolut enttäuschend“, erklärt Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland. „Dass Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, die als Kinder und Jugendliche in Heimen Unrecht und Leid erfahren haben, beim Fonds Heimerziehung bisher nicht antragsberechtigt waren, ist eine Ungerechtigkeit, die dringend hätte korrigiert werden müssen. Nun werden diese Menschen erneut vertröstet.“ Einrichtungen der evangelischen Behindertenhilfe und Psychiatrie leisten bereits vielfach Beratung und Unterstützung und engagieren sich in der Aufarbeitung ihrer Geschichte.

mitMensch PREIS

Inklusive Projekte ausgezeichnet

Erster Preis für „MOVE – Mobilität verbindet“

Im Oktober vergangenen Jahres wurde in Berlin zum dritten Mal der mitMenschPreis verliehen. Mit dem mitMenschPreis zeichnet der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. Projekte und Initiativen aus, die Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf mehr selbstbestimmte Teilhabe ermöglichen und dazu beitragen, eine inklusive Gesellschaft zu verwirklichen. Sieger ist das Projekt „MOVE – Mobilität verbindet“ von Freundeskreis Mensch e.V. in Gomaringen.

Die feierliche Verleihung mit 120 Gästen aus Sozialwirtschaft, Politik und Gesellschaft fand in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg beim Bund statt. Im Rahmen der Veranstaltung wurden zunächst kurze Videoclips über die fünf ausgewählten Projekte gezeigt. Anschließend wurde bekannt gegeben, wer den ersten Preis gewinnt, der mit 10.000 Euro dotiert ist.

Der Freundeskreis Mensch e.V. hat das Projekt „MOVE – Mobilität verbindet“ entwickelt, weil fehlende Mobilität für Menschen mit Behinderung eines der größten Hemmnisse darstellt. Ziel des Projektes ist es, dass Menschen mit Behinderung mit Unterstützung ehrenamtlicher Begleitpaten das selbstständige Nutzen des Öffentlichen Nahverkehrs lernen und sie dadurch ihre Freizeit spontan gestalten bzw. ihren Arbeitsplatz oder ihre Schule ohne einen Kleinbusabhol- und -bringdienst erreichen können. Das Projekt soll dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung weitestgehend Selbstbestimmung und Teilhabe leben und ihre individuellen Möglichkeiten entfalten können.

Die weiteren Gewinner der dritten mitMenschPreis-Verleihung sind „Kaufhaus Ran&gut!“ (Das Rauhe Haus, Hamburg), „Jugendfarm Schwarzach“ (Johannes-Diakonie Mosbach, Schwarzach), „Sommerlager in der Gedenkstätte Bernburg“ (Aktion Sühnezeichen Friedensdienste e.V., Berlin) und „Überall dabei – Ehrenamt barrierefrei“ (Freiwilligen-Agentur Halle-Saalkreis e.V.). Die Auswahl war zuvor durch eine unabhängige Jury aus 53 eingereichten Projekten erfolgt. Preisgeld-Stifter ist die Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Weitere Informationen sind auf der Webseite www.mitMenschPreis.de zu finden. Die Videoclips über die fünf Gewinner-Projekte stehen dort nach der Verleihung ebenfalls zur Ansicht bereit.

Thomas Schneider

BeB-Tagung 2015 für Angehörige und gesetzliche Betreuer/innen

18. April 2015, 11 bis 16 Uhr, Parkhotel Kolpinghaus, Fulda

Was ändert sich durch das Pflegestärkungsgesetz und wie kann eine gute Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Behinderung gelingen?

Bei der Jahrestagung für Angehörige und gesetzliche Betreuer/innen ist Heike Baehrens, SPD-Abgeordnete im Bundestag zu Gast, die für Stärkung der Pflege eintritt und diese als eine der großen Errungenschaften in unserer Gesellschaft betrachtet. Der Frage, welche Auswirkungen die Veränderungen im Lichte der UN-BRK auf die Gesundheitsvorsorge für Menschen mit Behinderung haben, widmet sich Michael Seidel, Vorsitzender der Regionalleitung der Fachkrankenhäuser in Bethel.regional.

Anmeldung und Information:
bis 18. März 2015 an die Geschäftsstelle des Bundesverbandes evangelische Behindertenhilfe e.V., Frau Strehler, Invalidenstr. 29, 10115 Berlin, Fax: 030-83001-275

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder

Das Kurzfortbildungsprogramm 2015

enthält fast 70 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer & psychiatriepolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 17 verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Ressourcenorientierung u.v.a.

Bestelladresse
Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
dgsp@netcologne.de
www.dgsp-ev.de

REGIO 2015 Lebensqualität fördern – Ein gemeinsames Ziel

Jahrestagung des Landesverbandes Gemeindepsychiatrie Baden-Württemberg e.V. und des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e.V.
13. bis 14. März 2015 in Stuttgart

Mit dem Tagungsthema „Lebensqualität fördern - ein gemeinsames Ziel!" wollen die beiden Landesverbände deutlich machen, dass es mehr als sechs Jahre nach der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland nicht mehr um große Sonntagsreden zur Inklusion gehen kann, sondern dass es endlich an der Zeit ist, konkrete Fortschritte im Alltag zu machen. Lebensqualität ist kein normativer Begriff, sondern wird ganz wesentlich vom Individuum her bestimmt. Deshalb appelliert das Stichwort Lebensqualität zunächst auch an den Einzelnen, aktiv zu werden. Aber es fordert in der Formulierung „Lebensqualität fördern" auch ganz direkt von der Gesellschaft, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen.

Anmeldung und Information:
Geschäftsstelle des LV Gemeindepsychiatrie BW. Tel.: 07 11-76 16 07 03 (Mo 8:30-12:00 Uhr und Do 13:00-17:00 Uhr)
E-Mail: info@gemeindepsychiatrie-bw.de; Internet: www.gemeindepsychiatrie-bw.de

„Verantwortung in der Region übernehmen – Soziale Psychiatrie in Zeiten von Umbrüchen"

Psychiatrie-Jahrestagung 2015 des BeB
15. bis 16. April 2015 im Bildungszentrum Erkner bei Berlin

In der Sozialpsychiatrie spielt(e) der Gedanke der regionalen Pflichtversorgung, der Selbstverpflichtung der Leistungserbringer und der Leistungsträger, eine wichtige Rolle: alle Menschen mit psychischen Erkrankungen, unabhängig von der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung, sollen in der Gemeinde behandelt und unterstützt werden. Die Ausgestaltung der dafür erforderlichen Unterstützungsangebote soll(t)e dabei von denjenigen ausgehen, die am meisten von sozialer Ausgrenzung bedroht sind.
Im Rahmen der nächsten Psychiatrietagung werden folgende Fragen thematisiert: Werden der Staat bzw. die Kommunen ihrer Verantwortung gerecht, eine inklusionsfördernde Gesellschaft zu schaffen und welche Rahmenbedingungen sind hierfür erforderlich? Welches Selbstverständnis/Profil bestimmt das Handeln der sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen?

Anmeldung und Information:
Katrin Leniger, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., Invalidenstraße 29, 10115 Berlin, Telefon 030 / 83001 - 270. Fax 030 / 83001 - 275

Professionalität im gesellschaftlichen Wandel Inklusion als Vision oder Bürde?

Bad Boller Psychiatrietagung
26. bis 27. Februar 2015
Evangelische Akademie Bad Boll

Mitarbeitende und Leitungsverantwortliche in der psychiatrischen Arbeit engagieren sich in vielfältiger Weise für „ihre" Klienten/innen und die Entwicklung des psychiatrischen Hilfefeldes. Ihre Motivation wird dabei von Leitbildern und Visionen geprägt, die sich im Wandel der Zeit verändert haben. Sie sind entscheidend für das Selbstverständnis der beruflichen Identität und die daraus abgeleiteten Handlungskonzepte.

Die Tagung fragt nach dem Einfluss der verschiedenen Leitbilder, Haltungen und Visionen der psychiatrisch Tätigen auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels, um von dort aus Antworten auf diese Fragen zu finden:
Wie sieht unser professionelles Selbstverständnis im Zeitalter der Inklusion aus? Wie reflektieren Mitarbeitende den Wandel des Zeitgeistes? Welche Haltungen, welcher Geist und welche Visionen sind erforderlich, damit Inklusion gelingen kann? Welche Formen der Zusammenarbeit zwischen Profis und Experten gibt es und welche sollten künftig entwickelt werden? Wie sehen die Erwartungen an Professionalität seitens der Betroffenen aus?

Anmeldung und Information:
Evangelische Akademie Bad Boll, Christa Engelhardt, Sekretariat: Erika Beckert, Telefon 07164-79-211, Telefax 07164-79-5211, E-Mail: erika.beckert@ev-akademie-boll.de

Ich arbeite!

Fachtag Arbeit
12. März 2015 in Erfurt

Zum 4. Fachtag Arbeit lädt der Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung der DGSP ein in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Integrationsfirmen und dem BAG-Projekt „Zuverdienst – ein Beitrag zur Inklusion von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen ins Arbeitsleben". Die UN-BRK schafft nun auch in Deutschland das „Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen". Die Tagung bietet Raum, über die aktuelle Situation zu diskutieren und über neue Entwicklungen zu informieren.

Anmeldung und Information:
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), Zeltinger Straße 9, 50969 Köln, Telefon 0221-511002, Fax: 0221-529903

FORTBILDUNGEN 2015

Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH – Bundesfachakademie Bufa / GFO

Biografiearbeit in der Sozialpsychiatrie (619 001)
- 23. – 25. März 2015, Fulda.

Leitung: Manuela Ziskoven, Dipl.-Soziologin, Transaktionsanalytikerin (CTA/P), EMDR-Therapeutin (EMDRIA), Stuttgart.

Beteiligung älterer MigrantInnen im Quartier. Sozialraumorientierte Senioren-/Altenarbeit (452105)
- 27. - 28. April 2015, Fulda.

Leitung: Stefan Fröba, MA Soziale Arbeit, Sozialraumentwicklung und -organisation, Dipl.-Sozialpädagoge (FH).

Gesprächsführung in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen – Psychisch erkrankte Menschen am Rande der Hilfesysteme (619201)
- 27. - 29. April 2015, Fulda.

Leitung: Manuela Ziskoven, Dipl.-Soziologin, Transaktionsanalytikerin (CTA/P), EMDR-Therapeutin (EMDRIA), Stuttgart.

Umgang mit Aggression und Gewalt in der Psychiatrie. Dialog-Orientierte-Körperliche-Interaktion (DOKI) (619402)
- 18. - 20. Mai 2015, Hamburg

Leitung: Carlos Escalera, Dipl.-Pädagoge (Universität Madrid), Stellvertretender Leiter des Beratungszentrums und Sprecher des Fachdienstes Intensivpädagogik, Evangelische Stiftung Alsterdorf, Hamburg.

Humor als Türöffner in (Heil /Sozial) Pädagogik und Pflege. Freude steckt an und Lachen ist gesund (625201)
- 21. - 23. Mai 2015, Hösbach

Leitung: Ludger Hoffkamp, Klinikclown bei der Stiftung „Humor hilft heilen", kath. Seelsorger und Pastoralreferent mit Erfahrung in Trauerbegleitung, Remseck

„Junge Wilde": Autonomie im Spannungsfeld von Förderung und Schutz. Systemisches Angebot für Mitarbeitende, die mit Jugendlichen/ Heranwachsenden mit Verhaltensschwierigkeiten arbeiten (606351)
- 27. - 29. Mai 2015, Rothenburg.

Leitung: Gabriela Fischer-Rosenfeld, M. A., Psychotherapeutin (HPG), Fahrenbach

Die heilende Kraft der Spiritualität in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entdecken lernen. (843 501)
- 15. – 17. Juni 2015, Kloster Drübeck.

Leitung: Heinrich Franz, Dipl.-Pflegepädagoge (FH), Berlin, Kerstin Geiger, Dipl.-Pädagogin/Pastorin im BEFG/Bibliologin und Bibliologtrainerin im Netzwerk Bibliolog/Systemische Beraterin/Erfahrungsorientierte Pädagogik und Beratung (Erlebnispädagogik)/E-Learning, Wustermark. Martin Nestler, Medien- und Sozialpädagoge, Medienwissenschaftler, Berlin.

Zahlreiche Veranstaltungen können auch als Inhouse-Fortbildung angeboten werden. Bei Interesse setzen Sie sich bitte mit der Bundesfachakademie in Verbindung.

Information und Anmeldung:
Veranstaltungsorganisation der Akademien
Heinrich-MannStr. 29, 13156 Berlin
Telefon: 030 – 488 37 488
Fax: 030 – 488 37 300
Email: info@bundesakademiekd.de
Onlineanmeldung unter www.bundesakademie-kd.de

Das Programm im Internet unter www.bundesakademie-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Bettina Jahnke, Sankt Augustin, Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Johannes Peter Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
29 Euro (einschließlich Versandkosten),
Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Layout:
Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB