

Kerbe



Forum für
soziale Psychiatrie

1 2021 Februar
März
April
39. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Ethische Fragen in
der Sozialpsychiatrie**

Ist Zwang zu rechtfertigen?
Und zu vermeiden?

Psychische Erkrankungen und
die Teilhabe am Arbeitsmarkt

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

🔵 **Zur ethischen und gesellschaftlichen Verantwortung der Psychiatrie**

Diana Meier-Allmendinger und Ruth Baumann-Hölzle, Seite 4

🔵 **Was ist das eigentlich, ein „moralisches Problem“ in der Psychiatrie?**

Alexa Nossek und Jakob Gather, Seite 6

🔵 **Der Elefant im Raum**

Ethikprobleme in der Psychiatrie, Peter Lehmann, Seite 8

🔵 **Was gutes Handeln in der psychiatrischen Pflege unterstützt**

Zum Umgang mit ethischen Problemlagen, Birgit Hahn, Seite 11

🔵 **Zwangseinweisung – Schweigen – Leugnen**

Kinder im lebenslangen Spannungsfeld elterlicher Erkrankung, Irmela Boden, Iris Dewald und Annika Hartmann, Seite 13

🔵 **Überlegungen zur psychiatrischen Diagnostik**

Zwischen Zuschreibung und Erkenntnis, Michael Wunder, Seite 16

🔵 **„Die wenigste Hilfe für die, die sie am dringendsten benötigen“**

Inverse care law – Ressourcenallokation als ethischer Konflikt, Martin Reker, Seite 18

🔵 **Ist das zu verantworten?**

Ethische Konflikte im gemeindepsychiatrischen Alltag, Reinhard Strecker, Seite 20

🔵 **Ethische Fallarbeit**

Implementierung und Evaluation im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld, Annette Noller, Seite 23

🔵 **Zum Umgang mit Zwang aus menschenrechtlicher Perspektive**

Sabine Bernot, Seite 26

🔵 **Psychiatrie ohne Zwang**

Ein Versorgungsmodell für die Zukunft, Martin Zinkler, Seite 28

🔵 **Ist Zwang in der Psychiatrie zu rechtfertigen? Ist er zu vermeiden?**

Peter Brieger und Susanne Menzel, Seite 31

🔵 **Offene Unterbringungsformen in der Psychiatrie**

Überlegungen zur Stärkung der Nutzerperspektive, Anna Werning, Georg Juckel und Jakob Gather, Seite 33

🔵 **Zu Nutzen, Wirkung und Grenzen von Behandlungsvereinbarungen**

Stefan Weinmann, Seite 34

38 Spectrum

🔵 **Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick**

Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller und Peter Kupka, Seite 38

🔵 **Gewalt in der Psychiatrie**

Möglichkeiten der Reduktion aus verschiedenen Blickwinkeln, Peer Friedenberg, Seite 42

🔵 **Brücken bauen zwischen Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe**

Behandler*innener Rödiger, Janina Seebach und Ruth Weizel, Seite 44

46 Nachrichten

47 Termine

Titelbild: pixabay

Liebe Leserin,
lieber Leser,

die Psychiatrie agiert in der Mitte unserer Gesellschaft und verfügt als Institution und Wissenschaft über eine erhebliche Macht. Sie unterliegt dem fortlaufenden gesellschaftlichen Wandel und benötigt Legitimation, Begrenzung und Orientierung durch Gesetze und durch politische, fachliche und eben auch ethische Diskurse.

Auf allgemeiner Ebene orientiert sich das psychiatrische Handeln im menschenrechtlichen Sinne daran, die Würde und damit das Selbstbestimmungsrecht jedes

Menschen (Art. 1 GG) zu verteidigen und gleichzeitig das Leben und seine Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) zu schützen. Freiheits- und Schutzrechte bestimmen den menschenrechtlichen Rahmen. Im diakonischen Kontext kann der Gedanke von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen daran erinnern, dass jedes Leben heilig ist und - profan ausgedrückt - damit einen unverfügbaren Wert an sich darstellt, der keiner fremden Zweckrationalität unterworfen werden darf.

Unsere Welt und unser Leben zeichnet sich aus durch Ambivalenzen und Ambiguitäten, kennt also weder einfache noch ewig gültige Antworten und auch die Psychiatrie kann nicht für sich in Anspruch nehmen, die grundlegenden menschlichen Fragen aus sich selbst heraus beantworten zu können. Deshalb müssen wir uns immer wieder mit diesen Unsicherheiten, mit den Grundlagen unseres Lebens und Handelns auseinandersetzen, Fragen aufwerfen und gleichzeitig mit der Unverfügbarkeit des Lebens und der Unmöglichkeit letztgültiger Antworten leben.

Der einführende Beitrag dieses Hefts von Diana Meier-Allmendinger und Ruth Baumann-Hölzle spannt den Bogen eines Plädoyers für die Gleichstellung und Gleichbehandlung und das Recht auf Selbstbestimmung hin zu den Implikationen ethischen Handelns in der Psychiatrie.

Alexandra Nossek und Jakov Gather, Peter Lehmann, Birgit Hahn und die Autorinnen um Irmela Boden beschreiben aus unterschiedlichen Perspektiven ethische Konfliktlagen in der psychiatrischen Praxis. Die Psychiatrie ist die gesellschaftliche Instanz, die mit ihrer Definitionsmacht die Trennungslinie zwischen gesund und krank administriert. Michael Wunder beleuchtet die Frage, wie ein ethisch verantwortbarer Umgang mit dieser so folgenreichen Zuschreibung aussehen kann.

Ethische Fragen stellen sich bereits bei der problematischen Verteilung von zur Verfügung stehenden Ressourcen. Martin Reker beleuchtet das Phänomen, dass tendenziell die Menschen, die am

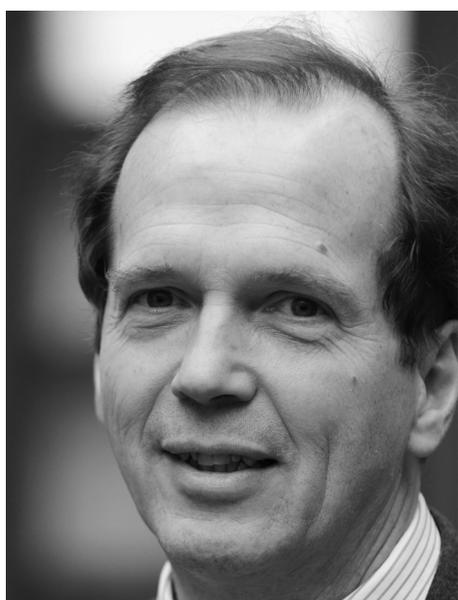
meisten ausgegrenzt und am schwersten krank sind, die wenigsten Hilfen erhalten, die sie am dringendsten benötigen.

Auch im gemeindepsychiatrischen Alltag finden sich ethische Konfliktlagen, wie der Beitrag von Reinhard Strecker ausführt. Annette Noller stellt mit der ethischen Fallberatung im gemeindepsychiatrischen Kontext eine diskursive Methodik vor, um in Teams in ethischen Konfliktlagen Orientierung sowie Handlungsfähigkeit in kritischen und uneindeutigen Handlungssituationen zurück zu gewinnen.

Die Psychiatrie wird in der Geschichte durch das Doppelmandat von Hilfe und sozialer Kontrolle bestimmt. Diese Mehrdeutigkeit kennzeichnet die Anstalts- und die Gemeindepsychiatrie. Mit den Beiträgen von Sabine Bernot, Martin Zinkler, Peter Brieger und Susanne Menzel beleuchten wir eine Kontroverse zu diesem Thema vor dem Hintergrund der jüngsten verfassungsrechtlichen Debatten und den Maßgaben der UN-BRK. Die Autor*innen gehen der Frage nach, ob es eine psychiatrische Praxis geben kann, die vollständig auf die Anwendung von Zwang verzichtet und die Funktion des Schutzes und der Gefahrenabwehr an die staatlichen ordnungsrechtlichen Instanzen zurückgibt? Oder kann die Aufgabe der Psychiatrie eben auch darin bestehen, auf der Basis fachlicher und ethischer Leitlinien und juristischer Prozeduren in extremen Situationen zum Schutz des Lebens und der körperlichen und seelischen Unversehrtheit auch Zwang auszuüben?

Anna Wernig, Georg Juckel und Jakov Gather plädieren in ihrem Beitrag für eine stärkere Nutzereinbeziehung im Diskurs um offene Unterbringungsformen und Stefan Weinmann beschäftigt sich mit Patientenverfügungen als Baustein einer Psychiatrie auf Augenhöhe. Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre, anregende Debatten im Kreise Ihrer Kolleg*innen und freuen uns wie immer über Ihre Rückmeldungen.

Jürgen Armbruster
Sabine Wetzel-Kluge



Zur ethischen und gesellschaftlichen Verantwortung der Psychiatrie

Von Diana Meier-Allmendinger und Ruth Baumann-Hölzle

Psychisch kranke Menschen laufen die Gefahr, in ihren Rechten auf Gleichbehandlung und Autonomie nicht entsprechenden wahrgenommen zu werden. Auf diesem Hintergrund leitet sich die Durchsetzung dieser Rechtsansprüche als inhärente Aufgabe der Psychiatrie ab. Es gehört zur ethischen Pflicht der Psychiatrie, sich für diese Rechte einzusetzen. Die folgenden Ausführungen sind als Plädoyer für die Gleichstellung und Gleichbehandlung von psychisch Kranken und für ihr Recht auf Selbstbestimmung zu verstehen. Daraus leitet sich das Engagement der Psychiatrie ab.



Diana Meier-Allmendinger

Dr.med.lic.theol., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ambulatorium Aarau Klinik Schützen, Teammitglied Dialog Ethik, Dozentin und Leiterin von Ethik-Foren



Ruth Baumann-Hölzle

Dr. theol., Institutsleitung Stiftung Dialog Ethik, Expertin für Ethik in Organisation u. Gesellschaft, Schwerpunkt: Ethische Reflexion u. Entscheidungsfindung im Gesundheits- u. Sozialwesen

Recht auf Gleichbehandlung und Betreuung von psychisch und körperlich kranken Menschen

„Psychisch erkrankte Menschen haben ein Recht auf gleichwertige Beachtung und Behandlung wie körperlich Erkrankte“¹. Dieses Recht ist deshalb sehr wichtig, weil psychisch kranke Menschen in verstärktem Masse gefährdet sind, auch somatisch zu erkranken. Davon sind ungefähr 30-50% der psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten betroffen. Damit verbunden sind eine Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos und eine Verkürzung der Lebenserwartung. Die allgemeinmedizinische Versorgung dieser Patientengruppe lässt erhebliche Defizite erkennen und wird als nicht ausreichend eingeschätzt².

Die Verbesserung der somatischen Gesundheit bei schwer psychisch Kranken ist eine zentrale Herausforderung und betrifft Psychiater und somatisch tätige Ärzte, sowie alle in der Versorgung involvierten Fachpersonen. Gefordert wird deshalb bereits in der Ausbildung eine verstärkte Fokussierung des Themas, eine gezielte Beeinflussung von Risikomerkmalen auf Patientenseite sowie eine Verbesserung der Integration von somatischer und psychiatrisch/psychotherapeutischer/psychosomatischer

Versorgung durch interdisziplinäre Versorgungsformen².

Es ist eine gemeinsame Aufgabe und ethische Verantwortung von Psychiatrie und Somatik, interdisziplinär für diese Forderungen einzutreten. Im Krankenhaus sollte für die Gewährleistung einer adäquaten Diagnostik und Therapie einer körperlichen Begleiterkrankung bei psychisch Kranken der grundsätzliche Beizug der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie zum Standard werden. Aufgrund der Symptompräsentation, die Teil des psychischen Krankheitsbildes (z.B. eine unter einer wahnhaften Störung leidende Person klagt über strahlungsbedingte Schmerzen am Herzen), aber auch eigenständiges Symptom auf dem Boden einer somatischen Grunderkrankung sein kann (z.B. Herzschmerzen bei KHK = Koronare Herzkrankheit), ist es ethisch geboten, auf die Wichtigkeit der Interdisziplinarität hinzuweisen und für diese einzustehen³.

Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung

Die Forderung nach ethischer Orientierung am Konzept der Selbstbestimmung und Autonomie ist im Umgang mit psychisch kranken Menschen ebenso gültig wie in anderen Bereichen der Medizin. Wie sonst in der Medizin drängen sich

im Kontext einer psychischen Erkrankung in der Ausübung von Selbstbestimmung Fragen nach dem Vorhandensein von Fähigkeiten auf, insbesondere wenn es um die Einschätzung der Urteilsfähigkeit und der Einwilligungsfähigkeit geht⁴. Dies auch besonders deshalb, weil psychische Erkrankungen mit Urteilsunfähigkeit verbunden sein können. Sach- und fachgerechte Urteilsfähigkeitsbewertungen liegen ganz grundsätzlich in der ethischen Verantwortung der Psychiatrie und zwar sowohl bei psychisch als auch physisch kranken Menschen.

Urteilsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit bei psychischer Erkrankung

Es ist grundsätzlich nicht zulässig, generell aus einer vorliegenden psychischen Erkrankung eine Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit oder eine Einwilligungsunfähigkeit abzuleiten. Ob und wie sich eine psychische Erkrankung auf eine bestimmte Handlung auswirkt, z.B. auf die Einnahme eines Medikamentes, auf die Einwilligung in eine Operation, auf die Verfassung eines Testaments, auf Ablehnung von Nahrung, oder auf einen Sterbewunsch, muss jeweils situationsspezifisch abgeklärt und gewichtet werden. Im klinischen und (sozial)psych-

iatrischen Kontext bezeichnet Einwilligungsfähigkeit Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine ganz konkrete medizinische Behandlung. Hier wird deutlich, dass die juristische Sichtweise der Dichotomie der Urteilsfähigkeit⁵ - d.h. zu einem bestimmten Zeitpunkt ist Urteilsfähigkeit entweder vollständig gegeben oder fehlt vollständig - zu kurz greift. Je nach Intensität und Dauer der Auswirkung einer psychischen Erkrankung wird das damit verbundene Vermögen zur Einwilligung mehr oder weniger beeinträchtigt und kann im Zeitverlauf variieren. Das Zustandekommen eines Behandlungsent-scheides muss deshalb im Prozess erfolgen. Unsicherheiten oder Uneinigkeiten stellen keine juristische, sondern eine therapeutische Herausforderung dar und verlangen aus ethischer Sicht ein spezifisches Sich-Einlassen auf den Patienten. Die klinisch-therapeutische und ethische Herausforderung besteht darin, mit der „bedingungslosen Grundhaltung der Offenheit, Neugierde, Zuwendung“ auf Patienten einzugehen und sich interaktiv auf einen Prozess der Verständigung einzulassen^{6/7}. Es ist therapeutische Aufgabe zusammen mit dem Patienten im Zeitverlauf sein Wertesystem herauszufinden und trotz Erkrankung eine Kohärenz herauszuarbeiten. Es ist eine therapeutische und auch ethische Pflicht, Patienten mit dem Ziel der Befähigung zur Einwilligung zu begleiten. Diese zeitliche Dimension muss als Instrument der Willensbestimmung und Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit eingesetzt werden. Es obliegt der ethischen Verantwortung der Psychiatrie, die zeitliche Dimension und die Prozesshaftigkeit fachgerecht in die Beurteilung einzubeziehen.

Integrative Verantwortungsethik

Die Entscheidungsfindung in der Psychiatrie und der somatischen Medizin befindet sich einerseits in einem vertikalen Spannungsfeld zwischen deskriptiv vorhandenen Abhängigkeiten und Fähigkeiten und dem normativ vorgegebenen Autonomieanspruch. Dieses Spannungsverhältnis zwischen empirischer Tatsache und normativem Anspruch ist der „Verantwortungsgegenstand“ der Psychiatrie⁸. Die Psychiatrie ist verantwortlich dafür, im therapeutischen Prozess Umgangsformen mit diesem Spannungsverhältnis zu finden, so dass Behandlungsent-scheide getroffen werden, die dem Patienten bzw. der Patientin angemessen sind. Die vertikale Sichtweise und die

alleinige Orientierung am Prinzip der Selbstbestimmung ist deshalb nicht ausreichend und muss um die horizontale Sichtweise und das Prinzip der Fürsorge ergänzt werden. Die ethischen Fragen und ihre Antworten befinden sich gleichzeitig im horizontalen Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. Beide Prinzipien müssen in den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung integriert werden. Diese Vorgehensweise entspricht dem Ansatz der integrativen Verantwortungsethik, in der der Respekt gegenüber der Autonomie und die (Für) Sorge für die Patientin/den Patienten gemeinsam als Grundeinstellung ein zentrales Element darstellt. Existentiell weist diese Konstellation grundsätzlich auf die Sorgebedürftigkeit des Menschen hin⁹ als einer urmenschlichen Erfahrung der Abhängigkeit¹⁰. Psychisch kranke Menschen erfahren sich in besonderem Masse als abhängig von ihrem seelischen Leiden und sind dadurch auf die Betreuung eines ganzen Behandlungsteams oder Behandlungsnetzes angewiesen. Dieses Angewiesensein auf die vielfältige Hilfe und Sorge sollte allen Berufsgruppen bewusst sein, die in irgendeiner Weise in die Behandlung und Betreuung involviert sind. Die nicht selten entstehenden Divergenzen in Bezug auf adäquate Therapieentscheide enthalten Konfliktpotential und müssen zu einer Übereinstimmung gelangen. Für die ethische Entscheidungsfindung ist deshalb ein interdisziplinäres und strukturiertes Vorgehen wichtig.

Dimensionen ethischer Verantwortung

Ethische Entscheidungsfindung und Fragestellungen betreffen mehrere Dimensionen der ethischen Verantwortung. Verantwortung tragen wir für uns selbst als Behandler und Betreuer (Persönlichkeitsethik), in unseren unmittelbaren Beziehungen zu Patientinnen oder zu betreuenden Personen (Beziehungsethik), als Mitarbeitende und/oder Mitglieder von Institutionen, Kliniken und Organisationen (Organisationsethik) und als Teile der Gesellschaft (Sozialethik). Diese unterschiedlichen Dimensionen von Verantwortung, die mögliche Vielfalt der in einer Entscheidungssituation involvierten Werte und die unterschiedliche

Für alle Dimensionen ethischer Verantwortung in der Psychiatrie braucht es spezifische Tugenden und Haltungen, die der Sorgebedürftigkeit von Patienten Rechnung tragen.

Wahrnehmung einer Situation verlangen eine Perspektiven- und Ansatzvarianz beim ethischen Entscheidungsfindungsprozess⁸. Ziel der Perspektivenvarianz ist es, eine möglichst umfassende Sicht auf die verschiedenen Fakten einer Entscheidungssituation zu gewinnen, die Pluralität moralischer Überzeugungen soll durch die Ansatzvarianz einfließen. Es gehört deshalb zur Verantwortung der Behandelnden und Betreuenden, die jeweils unterschiedlichen Situationsbeschreibungen und verschiedenen Situationsbeurteilungen zu erfassen und für die konkrete Situation eine für alle Beteiligten möglichst stimmige Entscheidung zu finden.

Die behandelnden und betreuenden Personen tragen über den Einzelentscheid hinaus auch eine Systemverantwortung. Werden auf der Ebene der Patientenentscheide organisatorische Systemprobleme oder gar ethische Gesellschaftsprobleme manifest, gilt es diese anzugehen. Für die gesellschaftliche Verantwortung der Psychiatrie ergeben sich daraus vielfältige Aufgaben:

- die Weiterführung und -entwicklung des ethischen Dialogs und seiner strukturellen Verankerung in den einzelnen Institutionen u.a. durch Patientenforscher, Patientenräte und dialogische Veranstaltungen,
- der Einsatz von Instrumenten zur Förderung der Autonomie wie z.B. Behandlungsvereinbarungen, die nachweislich einer verbesserten Behandlungs- und Betreuungsqualität, einem verbesserten Umgang mit Krisen, einem erleichterten Klinikeintritt mit Ermöglichung zu Kurzaufenthalten und einer erhöhten Selbstbestimmung dienen¹¹,
- die Förderung einer Kultur der offenen Türen und dadurch für ein Stationsklima in den psychiatrischen Institutionen, in dem sich Häufigkeiten für Isolation und Zwangsmedikation reduzieren¹².
- die Verteidigung notwendiger ökonomischer Ressourcen zur Behandlung psychischer Störungen gegenüber Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen¹.

Für alle genannten Dimensionen ethischer Verantwortung in der Psychiatrie



braucht es in Ergänzung zu einer an Prinzipien orientierten Ethik spezifische Tugenden und Haltungen, die der Sorgebedürftigkeit von Patienten und ihrer Erfahrung von Abhängigkeit und Angewiesensein angemessen Rechnung tragen. Nur eingebettet in einer gesellschaftlichen Kultur der Sorge als Grundlage von Behandlung und Betreuung kann eine Haltung des Respekts gegenüber Personen und ihrer (beeinträchtigten) Selbstbestimmung zum Tragen kommen. Als Ausdruck dieser Kultur gegenüber psychisch Kranken ist zu wünschen, dass „die Sprache der Sorge“⁹ wiedererlernt, eingeübt und dauerhaft angewendet wird. ●

Literatur

¹ **Zur Identität der Psychiatrie.** Positionspapier der DGPPN-Task-Force zum Thema Identität, November 2019

² **Hewer, W, Schneider, F.:** Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Nervenarzt* 2016; 87: 787–801

³ **Meier-Allmendinger, D.:** Aktuelle und zukünftige Herausforderungen in Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen im Akutspital und die Rolle der Ethik. *Therapeutische Umschau* 2017; 74: 45–50

⁴ **Meier-Allmendinger D. (2009):** Psychiatrie – Dilemmas im Umgang mit einer fragilen Psyche. In: Arn Ch.; Weidmann-Hügler T. *Ethikwissen für Fachpersonen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen* 2: 195–210

⁵ **Hürlimann D, Trachsel, M.:** Urteilsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit und Schuldfähigkeit. *Swiss Medical Forum-Schweizerisches Medizin-Forum* 2015; 15(25): 604–606.

⁶ **Meier-Allmendinger, D, Kurmann, J, Baumann-Hölzle, R.:** Ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri* 2015; 96(33): 1151–1154.

⁷ **Kurmann, J.:** *Patientenaufklärung – therapeutisch interpretiert.* *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 2015; 166(5): 151–157.

⁸ **Baumann-Hölzle, R. (2009):** Wertorientierung – Integrative Verantwortungsethik in Medizin und Pflege. In: Arn Ch.; Weidmann-Hügler T. *Ethikwissen für Fachpersonen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen* 2: 151–16

⁹ **Wils JP, Baumann-Hölzle, R.:** *Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens.* Zürich: Schulthess, 2013: 29–31.

¹⁰ **Nussbaum, Martha C.:** Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp, 2010: 138–48.

¹¹ **Mezger, M.; Abraham, A.; Baumann-Hölzle, R.; Kurmann, J. (2017):** Behandlungsvereinbarungen in der Luzerner Psychiatrie (IUPS): Eine Evaluationsstudie mit Mixed-Methods-Ansatz. Schlussbericht. Zürich und Luzern: Stiftung Dialog Ethik und Luzerner Psychiatrie

¹² **Kowalinski, E, Hochstrasser, L, Schneeberger, A, Borgwardt St, Lang, U, Christian, G., Huber, Ch.:** Sechs Jahre „offene Türen“ an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, in: *Der Nervenarzt* 7/2019

Was ist das eigentlich, ein „moralisches Problem“ in der Psychiatrie?

Von Alexa Nossek und Jakov Gather

Im psychiatrischen Versorgungssystem tätige Professionelle kennen das Gefühl, in ihrem Arbeitsalltag in manchen Situationen mit einem moralischen Problem konfrontiert zu sein. Anhand theoretischer Überlegungen und eines Beispiels aus der psychiatrischen Praxis zeigen wir auf, was ein moralisches Problem kennzeichnet und wie es sich bearbeiten lässt.

Hintergrund

Menschen, die im psychiatrischen Versorgungssystem arbeiten, wissen aus manchen Situationen ihres Arbeitsalltags wie es sich anfühlt, mit einer Entscheidung moralisch zu hadern oder sich nach einer getroffenen Entscheidung zu fragen, ob sie in einem konkreten Fall in einem moralischen Sinne richtig gehandelt haben oder nicht. Ein Beispiel aus der psychiatrischen Praxis könnte ein Sozialarbeiter sein, der sich bei einem Hausbesuch nicht sicher ist, ab welchem Punkt bei einem Klienten, der suizidale Äußerungen tätigt und jegliche stationäre Behandlung strikt ablehnt, eine zwangsweise Unterbringung gerechtfertigt ist.

Ethischen Problemen ausgesetzt zu sein und diese aus unterschiedlichen Gründen nur unbefriedigend lösen zu können, kann moralischen Stress (*moral distress*) erzeugen, der zu Unzufriedenheit, Zynismus oder eigener psychischer Belastung führen kann (Wöhlke und Wiesemann 2016). Um in der psychiatrischen Praxis Hilfestellung bei moralischen Problemen leisten und moralischem Stress vorbeugen zu können, ist es zunächst wichtig zu klären, ob überhaupt ein moralisches Problem vorliegt. Doch was ist das eigentlich, ein „moralisches Problem“ in der Psychiatrie?

Was ist ein moralisches Problem?

Zur Beantwortung dieser Frage muss zunächst ein kurzer Blick in die philosophische Terminologie geworfen



Alexa Nossek
M.A., Medizinethikerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum. E-Mail: alexa.nossek@rub.de



Jakov Gather
Dr. med., M.A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der BMBF-Forschungsgruppe SALUS, Ruhr-Universität Bochum. E-Mail: jakov.gather@rub.de

werden, um Missverständnisse zu vermeiden. Im Alltag werden die Begriffe „Moral“ und „Ethik“ oft synonym verwendet. Unter Moral versteht man das Set in einer Gesellschaft geltender Normen (Vieth 2006, 12). Normen sind handlungsleitende Regeln (Bsp.: „Du sollst nicht töten“, „Respektiere andere Menschen“, „Handle gerecht“). Ethik ist die Theorie der Moral, in der die geltenden Normen analysiert, reflektiert, begründet oder kritisiert bzw. Normen konstruiert werden (Vieth 2006, 12; Birnbacher 2007, 63). Mit Medizinethik ist die Theorie der moralischen Regeln in der Medizin gemeint. Grundsätzlich sind dabei alle im Gesundheitssystem tätigen Akteure im Blick (Schöne-Seifert 2007, 12). Im

Fall der Ethik in der Psychiatrie geht es also um die Normen, die das Handeln von Pflegenden, Sozialarbeiter*innen, Genesungsbegleiter*innen, Ärzt*innen, Psycholog*innen, etc. betreffen.

Moral – und in theoretischer Hinsicht auch Ethik – gibt also eine Antwort darauf, wie man handeln soll. Das ist in normativer Hinsicht gemeint, nicht in instrumenteller. Es geht also, z.B. bezogen auf das Beispiel freiheitsentziehender Maßnahmen in der Psychiatrie, nicht um die Frage, wie genau man eine 5-Punkt-Fixierung fachgerecht durchführt, sondern um die Frage, ob es moralisch erlaubt/gut/richtig ist, einen bestimmten Patienten in einer gegebenen Situation zu fixieren. Anders ausgedrückt geben Moral und Ethik vor, was in einer gegebenen Situation eine gute oder richtige im Gegensatz zu einer schlechten oder falschen Handlung ist.

Was ein moralisches Problem ist, wurde und wird in der Philosophie auf sehr unterschiedliche Weise beantwortet. Unseres Erachtens und insbesondere im Hinblick auf die Medizinethik liegt ein moralisches Problem immer dann vor, wenn die Frage, was jemand in moralischer Hinsicht tun (oder unterlassen) soll, nicht oder zumindest nicht so einfach beantwortet werden kann und die Gründe dafür selbst normativer Art sind.

In der psychiatrischen Praxis müssen Normen üblicherweise gewichtet und gegeneinander abgewogen werden. Dabei muss die Norm, die hier und jetzt unmittelbar handlungsleitend ist, identifiziert werden und das Ergebnis dieses Abwägungs- und Begründungsprozesses muss letztlich in eine konkrete Handlung überführt werden. In einer komplexen Situation mit einer Vielzahl an zu berücksichtigenden Gesichtspunkten und mehreren relevanten Normen sind jedoch genau diese Abwägungs- und Begründungsprozesse häufig schwierig. Man denke hier nur an die Vielzahl an Normen, wie zum Beispiel Achtung der Selbstbestimmung, Verpflichtung zur Fürsorge oder zum Nicht-Schaden, Vertraulichkeit, etc., die zum beruflichen Ethos von Gesundheitsprofessionen gehören und im klinischen Alltag miteinander in Konflikt geraten können.

In vielen Fällen handelt es sich bei einem moralischen Problem um einen Normkonflikt. Dabei muss nicht immer ein klassisches Dilemma vorliegen, bei dem es tatsächlich geboten ist, eine Handlung und deren exaktes Gegenteil auszuführen. Im medizinischen Alltag geht es oftmals eher um eine Frage der Gewichtung konfligierender Normen. Das oben genannte Beispiel des Sozialarbeiters, der sich unsicher ist, ob oder wann bei seinem Klienten mit suizidalen Äußerungen eine zwangsweise Unterbringung gerechtfertigt ist, lässt sich als Normkonflikt rekonstruieren. Nehmen wir an, dass der Sozialarbeiter die Selbstbestimmung seines Klienten achten will (Norm: „Achte jederzeit die Selbstbestimmung Deiner Klient*innen“) und daher eigentlich keine Maßnahme gegen dessen Willen vornehmen will. Auf der anderen Seite will er aber auch das Wohl seines Klienten fördern (Norm: „Handle jederzeit zum Wohl Deiner Klient*innen“) und Schaden von ihm abwenden (Norm: „Schade Klient*innen nicht und wende Schaden von ihnen ab“). Wie soll er sich in der konkreten Situation also entscheiden?

Eine ethische Analyse kann dem Sozialarbeiter dabei helfen, eine gerechtfertigte Entscheidung zu treffen. Eine wichtige ethische Frage in dem konkreten Beispiel lautet, ob der Klient seine suizidalen Äußerungen im Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit tätigt oder ob er krankheitsbedingt – zum Beispiel aufgrund einer Depression – vorübergehend selbstbestimmungsunfähig ist. Bei der Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit muss man darauf achten, dass man nicht von einer psychiatrischen Diagnose auf Selbstbestimmungsunfähigkeit schließt. Die allermeisten Menschen mit einer Depression sind in den allermeisten Situationen als selbstbestimmungsfähig anzusehen. Für die Beurteilung von Selbstbestimmungsfähigkeit sind in der Medizinethik Kriterien entwickelt worden (Scholten und Vollmann 2017), deren Beurteilung für die ethische Entscheidungsfindung in

Scheitern mildere Maßnahmen, wäre eine vorübergehende Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gerechtfertigt. Dadurch könnte das Überleben des Klienten gesichert werden.

der psychiatrischen Praxis eine große Bedeutung hat. Falls der Klient in dem o.g. Beispiel seine suizidalen Absichten im Zustand der Selbstbestimmungsunfähigkeit tätigt, trifft die Norm der Achtung der Selbstbestimmung nicht mehr im selben Maße auf die gegebene Situation zu. Zwar ist selbstverständlich auch die Selbstbestimmung nicht selbstbestimmungsfähiger Personen zu achten, doch wäre hier dann nicht die Orientierung am aktuell geäußerten Willen, sondern vielmehr die Orientierung am vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen maßgeblich (Gieselmann et al. 2019).

Nehmen wir weiterhin an, dass der Klient in dem o.g. Beispiel während des Hausbesuchs seine suizidalen Äußerungen derart konkretisiert, dass mit einem unmittelbar bevorstehenden Suizidversuch zu rechnen ist. Der Sozialarbeiter muss entsprechend davon ausgehen, dass keine Zeit bleibt, die Selbstbestimmungsfähigkeit zu prüfen. Er befindet sich nun in einem Normkonflikt: einerseits gilt die Norm, die Selbstbestimmung des Klienten zu respektieren, andererseits gelten die Normen des Nicht-Schadens und der Fürsorge. Angesichts des begründeten Verdachts auf eine vorübergehende Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit rücken die Normen des Nicht-Schadens und der Fürsorge in den Vordergrund und werden für den Sozialarbeiter unmittelbar handlungsleitend. Der Sozialarbeiter ist demnach angehalten, Schaden von seinem Klienten abzuwenden, d.h. hier einen am ehesten krankheitsbedingten, gerade nicht selbstbestimmten Suizidversuch zu verhindern. Scheitern mildere Maßnahmen, wäre hierfür eine vorübergehende Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gerechtfertigt. Dadurch könnte das Überleben des Klienten gesichert werden und im Krankenhaus könnte ein(e) Psychiater*in die Selbstbestimmungsfähigkeit des Klienten prüfen. Ihm könnte außerdem eine Behandlung angeboten werden, die seinem Wohlbefinden (d.h. seine Depression bessert) und – sollte sich der Verdacht auf eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit erhärten – zur Wiederherstellung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit beiträgt.



Schlussbetrachtung

In der psychiatrischen Praxis ist es wichtig, moralische Probleme von nicht-moralischen Problemen zu unterscheiden. Nicht-moralische Probleme sind beispielsweise psychosoziale Schwierigkeiten im multiprofessionellen Behandlungsteam, wie etwa mangelnde Kommunikation oder Mobbing, oder fachliche Unklarheiten wie etwa die Frage, welches Antidepressivum bei einem konkreten Patienten angesetzt werden sollte, der bereits mehrere Antidepressiva nicht vertragen hat, aber eine weitere medikamentöse Behandlung wünscht. Nur wenn es gelingt, die genaue Art des Problems zu identifizieren, kann man nach einer geeigneten Lösung suchen. Für psychosoziale Probleme käme in erster Linie eine psychologische Supervision (Mitzscherlich und Reiter-Theil 2017) in Betracht, für fachliche Unklarheiten zum Beispiel ein Blick in eine medizinische Leitlinie oder ein Austausch mit erfahrenen Kolleg*innen. Für moralische Probleme kann die Unterstützung durch eine klinische Ethikberatung sinnvoll sein (Vollmann 2017). Diese kann den oben skizzierten und in der psychiatrischen Praxis häufig erforderlichen ethischen Abwägungsprozess strukturieren und Professionellen im Gesundheitswesen dabei helfen, eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen. ●

Literatur

- Birnbacher, D. (2007):** Analytische Einführung in die Ethik, Berlin, New York: Walter de Gruyter
- Gieselmann, A., Gather, J., Vollmann, J. (2019):** Entscheidungsfindung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten, in: Psychiatrische Pflege Heute, 25(5): 253–256. doi:10.1055/a-0964-2302
- Mitzscherlich, B., Reiter-Theil, S. (2017):** Ethik-konsultation oder psychologische Supervision? Kasuistische und methodische Reflexionen zu einem ungeklärten Verhältnis, in: Ethik in der Medizin, 29(4): 289–305. doi:10.1007/s00481-017-0455-7
- Scholten, M., Vollmann, J. (2017):** Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit, in: Vollmann, J. (Hrsg.) Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln: Psychiatrie Verlag, 26–34
- Schöne-Seifert, B. (2007):** Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner
- Vieth, A. (2006):** Einführung in die Angewandte Ethik. Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft
- Vollmann, J. (2017):** Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung, in: Vollmann, J. (Hrsg.) Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. Köln: Psychiatrie Verlag, 178–187
- Wöhlke S, Wiesemann C (2016):** Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning, in: Pflegewissenschaft, 18(5/6): 280–287. doi: 10.3936/1346

Der Elefant im Raum

Ethikprobleme in der Psychiatrie

Von Peter Lehmann

Nicht schaden, das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und ihre Menschenwürde beachten – das sind grundlegende Werte in der Medizin. Psychiatrisch Behandelnde setzen jedoch vielfach gravierende Schäden durch Elektroschocks und neurotoxische Psychopharmaka. Über Entzugsprobleme wird fehlinformiert, Absetzwilige lässt man meist alleine. Die generell ohne informierte Zustimmung erfolgende Behandlung verstößt gegen das Selbstbestimmungsrecht, deren gewaltsamer Vollzug gegen die Menschenwürde. Obwohl sie groß und offensichtlich sind, der „Elefant im Raum“, ignoriert man die Ethikverletzungen.

In der Psychiatrie gibt es eine Reihe von Ethikproblemen.¹⁻⁵ Die wichtigsten betreffen die unmittelbare psychiatrische Behandlung:

„Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. (...) Lehnen Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.“⁶

So lautete das Ergebnis einer Studie, durchgeführt von Gruppen psychiatrisch Tätiger, Angehöriger und Betroffener aus Deutschland, England & Wales, den Niederlanden, Österreich und Spanien mit Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des „Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006“. Eine neuere Studie unter wirksamer Beteiligung unabhängiger Betroffener ist nicht bekannt. Immer wieder zeigt sich, dass psychiatrisch Behandelnde nicht umfassend über Risiken ihrer Anwendungen und über Alternativen informieren⁷ und dass es nötig ist, seriöses und von den Interessen der Pharmaindustrie unabhängiges Informationsmaterial zu entwickeln, wie in einem Pilot-Projekt in einigen Kliniken in Rheinland-Pfalz geschehen.⁸⁻⁹



Peter Lehmann

Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, Bundesverdienstkreuz für jahrzehntelanges Engagement für die Wahrung von Menschenrechten Psychiatriebetroffener, Antipsychiatrieverlag, Berlin, E-Mail: info@antipsychiatrieverlag.de

Nicht schaden?

Schäden durch Psychopharmaka

Psychopharmaka – allen voran Neuroleptika und Antidepressiva – setzen eine Vielzahl von Schäden, wie aus den Fachinformationen der Herstellerfirmen an die Ärzteschaft und insbesondere ihren Häufigkeitsangaben hervorgeht. Die einzelnen herkömmlichen und neueren Antidepressiva und Neuroleptika verursachen in mehr als 10% der Anwendungen Kraftlosigkeit, Somnolenz (Benommenheit mit abnormer Schläfrigkeit), Aggressivität, Angstzustände, Suizidgedanken und suizidales Verhalten, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Sexual- und Menstruationsstörungen, Herzjagen, Blutdruckstörungen, Durchfall, Verstopfung, Gewichtszunahme, Parkinsonismus und Hyperkinesien (durch krankhaft gesteigerte Aktivität gekennzeichnete Muskel- und Bewegungsstörungen). Häufig (d.h. bei 1% bis 10% der Anwendungen) treten diese Störungen auf: Manien, De-

lire, Halluzinationen, Gedächtnisverlust, Migräne, Tinnitus, Ohnmachtsanfälle, krankhafte Erhöhung der Prolaktin-Konzentration, der Leberwerte und des Blutzuckerspiegels, Anorexie, Impotenz, Herzrhythmusstörungen, Blutbildschäden, Lungenentzündungen, Akathisie (zwanghafter Bewegungsdrang), tardive Dyskinesie (Symptomenkomplex aus chronischen Muskelstörungen) u.v.m. Eine Vielzahl der Stoffwechselstörungen und Organschäden können sich zu chronischen oder gar tödlichen Krankheiten entwickeln.¹⁰

Tabuisierte Suizidalität und Medikamentenabhängigkeit

Von Ausnahmen abgesehen tabuisieren psychiatrisch Behandelnde bei Neuroleptika besondere Gefahren wie behandlungsbedingte Suizidalität ebenso wie das Risiko der Medikamentenabhängigkeit. Dabei hatte schon vor fast einem halben Jahrhundert Frank J. Ayd im *American Journal of Psychiatry* erläutert: *„Es besteht nun eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso wie sie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum vorkommen können.“*¹

Eine ähnliche Tabuisierung besteht hinsichtlich der Medikamentenabhängigkeit bei Neuroleptika und Antidepressiva, die – von Ausnahmen abgesehen – ebenfalls gezeugt wird. Herstellerfirmen erwähnen dieses Risiko bisher nur bei den Antidepressiva Tianeptin (im Handel als Stablon etc.) und Sertralin (im Handel als Zoloft etc.). Bei Neuroleptika ist es einzig die Schweizer Lundbeck AG, Zulassungsinhaberin von Clopixol (Wirkstoff Zuclopenthixol, im Handel auch als Ciatyl-Z, Cisordinol), die in ihrer Fachinformation warnt, ein plötzliches Absetzen dieser Substanz könne schwerwiegende Entzugssymptome zur Folge haben.¹² Jedoch können alle psychiatrischen Psychopharmaka abhängig machen und Entzugssymptome verursachen.¹³ Das Verschweigen von Abhängigkeitsrisiken ist ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz § 84 (Gefährdungshaftung). Aufzuklären ist nicht gemäß Absprachen unter Psychiaterverbänden, sondern gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen.¹⁴ Zudem gelten jegliche Verabreichungen von Psychopharmaka oder Elektroschocks – wie alle medizinischen

Eingriffe – als Körperverletzung. Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten befreit den Arzt bzw. die Ärztin vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung ist ein Eingriff ohne Einwilligung aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt.¹⁵

Verweigerte Hilfen beim Absetzen

Wollen Patientinnen und Patienten ihre Psychopharmaka absetzen, taucht eine Vielzahl von Problemen auf. Sie und ihre Angehörigen sind von Beginn an fehlinformiert über Risiken der Toleranzbildung, Wirkungsverlust, Resistenz, (körperliche) Abhängigkeit, Reduktions- und Absetzprobleme. Psychiatrisch Behandelnde lernen nur, wie man Psychopharmaka verabreicht, aber nicht, wie man sie absetzt.¹⁶ Gerne verstoßen sie absetzwillige Patientinnen und Patienten. Die Diagnose der „Neuroleptika-Abhängigkeit“ oder „Antidepressiva-Abhängigkeit“ gibt es nicht. Psychiaterverbände wollen die Neuroleptika- oder Antidepressiva-Abhängigkeit mit dem Scheinargument, diese Substanzen würden nicht süchtig machen, partout nicht in ihre Diagnosesammlungen aufnehmen. Ohne diese Diagnosen fehlen aber Warnungen an die Betroffenen vor zu schnellem Absetzen und Informationen, wie man Entzugssymptome lindern oder vermeiden kann. Sie haben kaum eine Chance auf Entschädigung und Maßnahmen zur Rehabilitation. Ohne diese Diagnosen wännen psychiatrisch Behandelnde, nicht zur Aufklärung über dieses Risiko verpflichtet zu sein. Ohne Diagnose- und Abrechnungsziffern können sie Maßnahmen zur Linderung und Überwindung der Abhängigkeit gegenüber Krankenkassen schlecht oder gar nicht abrechnen. Stationäre Hilfeangebote zum Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika kann man an den Fingern einer zweifingrigen Hand abzählen.¹⁷ Es gibt keine Konzepte, wie Menschen niederschwellig kurzfristig teilstationär oder stationär aufgenommen werden können, wenn sie im – oft Monate oder Jahre währenden – Absetzprozess in eine Entzugskrise kommen und vorübergehend Schutz brauchen.

Schäden durch Elektroschocks

Gravierende Schäden können auch bei Elektroschocks auftreten, deren Einsatz wegen zunehmender Behandlungsresis-

tenzen um sich greift. So gesteht die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics 2020 in ihrer Bedienungsanleitung des Schockapparats teilweise „verheerende kognitive Folgen“¹⁸ ein. Zu den Schäden, die Somatics im Einzelnen benennt, zählen Verschlechterung psychiatrischer Symptome, Tötungsdelikte, Begünstigung suizidalen Verhaltens, manische Symptome, Delire, spontane Anfälle, Status epilepticus (anhaltende epileptische Anfälle), Seh-, Hör- und Blutdruckstörungen, Komata, Atemwegsverschlüsse, Lungenentzündungen und -embolien, längere Atemstillstände, Herzinfarkte, Zahntraumata und Dyskinesien.

Reduzierte Lebenserwartung

Laut Janssen Pharmaceuticals ist die Lebenserwartung von Menschen mit ernsten psychiatrischen Krankheiten bzw. Diagnosen („Schizophrenie“, „bipolare Störung“, „schwere Depression“, „Persönlichkeitsstörung“) erheblich vermindert. Die Pharmafirma schrieb 2012: *„Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung.“*¹⁹

Schon Anfang der 1990er-Jahre gab es Berichte über eine erhöhte Sterblichkeit von Menschen, die als »schizophren« diagnostiziert und entsprechend behandelt werden.²⁰ Seither hat sich die Frühsterblichkeit kontinuierlich gesteigert²¹, gar beschleunigt.²² Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen warnte Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors – vergleichbar der deutschen Bundesdirektorenkonferenz –, vor dem deutlicher gewordenen Zusammenhang zwischen „atypischen“ Neuroleptika und dem Metabolischen Syndrom.²³ Dieser Komplex aus Gewichtszunahme, Insulinresistenz, Fettstoffwechsel- und Blutdruckstörung – alles Schäden, die durch Neuroleptika bewirkt werden können – ist für Schlaganfälle, Herzinfarkte und plötzlichen Tod verantwortlich. Selbstverständlich gibt es psychiatrisch Behandelnde, die solche Aussagen anzweifeln, die hohe Sterblichkeitsrate einzig der ungesunden Lebensweise vieler in prekären Umständen lebenden Psychiatriebetroffenen anlasten oder gar das Gegenteil behaupten, nämlich eine positive Breitbandwirkung auf die

Gesundheit. Ein Team um Jari Tiihonen, einem finnischen Meinungsführer der biologischen Psychiatrie mit geschäftlichen Beziehungen zu Pharmafirmen wie Lundbeck, Organon, Janssen-Cilag, Eli Lilly, AstraZeneca, Hoffmann-La Roche und Bristol-Myers Squibb²⁴, schrieb beispielsweise:

„Bei Patienten mit einer oder mehrerer Verschreibungen für ein antipsychotisches Medikament beobachtete man ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen Sterblichkeit und zunehmender Dauer der Anwendung ...“²⁵

2017 kritisierte der litauische Psychiater Dainius Pūras in seiner Funktion als Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen zum Recht auf Gesundheit in seinem Bericht über das allgemeine Recht auf Zugang zum höchstmöglichen Standard körperlicher und psychischer Gesundheit die Dominanz der Pharmaindustrie im psychiatrischen System. Diese führe dazu, dass seine Einrichtungen unverhältnismäßig oft auf dem reduktionistischen biomedizinischen Psychiatriemodell basieren.²⁶ Dabei gäbe es durchaus wirksame Alternativen.^{27,28}

Auch Anhänger des Elektroschocks („EKT“) erklären immer wieder öffentlich, ihre Methode sei unbedenklich, so z.B. Michael Grözinger, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): „Sie ist wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher ...“²⁹ Einer der einflussreichsten Anhänger des Elektroschocks ist Harold Sackeim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute und in geschäftlichen Beziehungen zu einschlägigen Firmen wie der Herstellerfirma MECTA Corporation.³⁰ Er sieht im Elektroschock einen universellen Jungbrunnen:

„Mehrere Langzeitnachsorgestudien legen nahe, dass Patienten, die EKT erhalten, im Vergleich zu Kontrollpatienten ohne EKT eine verringerte Sterblichkeit jeder Ursache haben.“³¹

Selbstbestimmungsrecht achten, Menschenwürde schützen?

Jahrzehntelang wurden in bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken grundgesetzwidrig psychiatrische Zwangsbehandlungen vollzogen, wie das Bundesverfassungsgericht 2011 bestätigte.³² Viele psychiatrisch Tätige hätten die daraufhin veränderte rechtliche Situation, die ih-

nen ihre Zwangsbehandlung erschwerte, als „unangemessen“ empfunden, so der Mediziner Jochen Vollmann im Buch „Ethik in der Psychiatrie“.³³ Eine Entschädigung der Betroffenen erwähnte bisher niemand.

Gegen den Willen von Betroffenen, jedoch mit formaler Einwilligung gerichtlich bestellter Betreuerpersonen verabreichte Psychopharmaka und Elektroschocks sind nach wie vor Usus in der Psychiatrie, wenn man sich nicht mit einer psychosozialen Patientenverfügung geschützt hat.³⁴⁻³⁵ Eine mögliche Traumatisierung wird in Kauf genommen³⁶, auch wenn in der Traumatherapie psychiatrische Übergriffe als Traumata auslösende Faktoren nicht existent sind.

Wie eine Lösung des Dauerkonflikts um die Zwangsbehandlung aussehen könnte, die ethischen Grundsätzen des Selbstbestimmungsrechts und der Menschenwürde entspricht, zeigt, in ein Unterbringungsgesetz eingegossen, ein (vom Stadtparlament abgelehnter) Reformvorschlag in Hamburg von 1988:

§ 36 (Behandlung)

- (1) Eine Behandlung erfolgt ausschließlich mit Einwilligung der untergebrachten Person. Vor Beginn der Behandlung ist sie umfassend über Gründe und Folgen sowie über mögliche Alternativen aufzuklären. Die Pflicht zur Aufklärung umfasst insbesondere die Risiken der Behandlung, die Nebenfolgen und die Spätschäden, die nach dem Stand medizinischer Erkenntnis nicht außerhalb jeglicher Wahrscheinlichkeit liegen. Über dieses Aufklärungsgespräch ist ein Protokoll zu führen.
- (2) Die untergebrachte Person kann die Zustimmung zur Behandlung ganz oder zum Teil jederzeit widerrufen. Ist die untergebrachte Person zu einer rechtsgeschäftlichen Erklärung außerstande, so ist auf ihren natürlichen Willen abzustellen. Kann sie auch diesen nicht äußern, dann ist auf eine vorher abgegebene Erklärung abzustellen. Ist eine solche nicht erkennbar, dann ist von einer Versagung der Einwilligung auszugehen. (...)
- (4) Ein operativer Eingriff, die Anwendung von Elektroschocks oder eine Behandlung, die mit Lebensgefahr oder mit schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person verbunden ist oder von der zu befürchten ist, dass sie die Persönlichkeit der untergebrachten Person verändert, sind verboten.³⁷

Auch die Fixierung ist immer noch eine Option für psychiatrisch Behandelnde, obwohl Betroffenenverbände sie ebenso wie die Zwangsbehandlung als unethisch und als Verstoß gegen die Menschenwürde ablehnen – abgesehen vom erhöhten Thromboserisiko³⁸, der für die Gefesselten gelegentlich tödlich endenden Brandgefahr auf psychiatrischen Stationen und der unerträglichen Situation, gewaltsam entkleidet, gefesselt, betascht und hilflos im eingekoteten und eingenässten Psychiatriebett liegen zu müssen.³⁹⁻⁴²

Der Elefant im psychiatrischen Raum

Die Metapher vom Elefanten im Raum bezieht sich auf ein Problem, das offen im Raum steht, aber von niemandem angesprochen wird. Das geflüsterte Nicht-Ansprechen fundamentaler, auch als strukturelle Gesetzesverstöße zu wertender Ethikverstöße in der Psychiatrie seitens der Gesundheitsverwaltungen, der politischen Entscheidungsträger, der Strafverfolgungsbehörden, der psychiatrischen Verbände und der ihnen nahestehenden Medien kann viele Gründe haben: ärztliche Überheblichkeit; Angst vor persönlichen Nachteilen und Repressionen; Furcht, im gleichen Feld Tätige zu verletzen, ein Tabu zu brechen oder die ungeschriebenen Regeln psychiatriepolitischer Korrektheit zu missachten; Geringschätzung psychiatrischer Patientinnen und Patienten; Bequemlichkeit; fehlende Zivilcourage.

Dass das Gros psychiatrisch Behandelnder im Setzen von Schäden und der Mitwirkung an behandlungsbedingter Frühsterblichkeit ein ethisches Problem sehen, ist dem Autor nicht bekannt. Dies gilt auch für strukturelle Verstöße gegen das Strafrecht, das Tabuisieren substanzbedingter Suizidalität und Medikamentenabhängigkeit, tendenziöse Äußerungen von in den Diensten der Pharma- und Elektroschockindustrie stehenden Meinungsführern, ausbleibende Entschädigungen für Menschenrechtsverletzungen, fehlenden Schutz der körperlichen Unversehrtheit Untergebrachter und traumatisierende Zwangsmaßnahmen. ●

Literatur

Das Quellenverzeichnis steht im Internet unter www.kerbe.info sowie www.peter-lehmann.de/document/kerbe2021

Was gutes Handeln in der psychiatrischen Pflege unterstützt

Zum Umgang mit ethischen Problemlagen

Von Birgit Hahn

Psychiatrisch Pflegende arbeiten in vielfältigen Settings und das psychiatrische Tätigkeitsfeld wird für Pflegepersonen zunehmend heterogener und vielgestaltiger. Die Behandlung und pflegerische Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten im häuslichen Umfeld als auch traditionell klinischen Setting befindet sich in einem Wandlungsprozess. Dieser ist u.a. durch institutionelle Rahmenbedingungen und Ressourcenknappheit, Neuorientierung in der Gesetzgebung oder auch sich verändernde Patientenbedarfe gekennzeichnet. Unterschiedliche Ausbildungsabschlüsse und Akademisierungsprozesse in der Pflege sorgen für weitere Heterogenität sowie Unsicherheiten in Pflegeteams. Vor dem aufgezeigten Hintergrund sind ethische Fragen und Dilemmata vielschichtig und durchdringen den beruflichen Alltag psychiatrisch Pflegender.

Psychiatrisch Pflegende und ethisches Handeln

Pflegepersonen in psychiatrischen Versorgungssettings sind ebenso wie Mitarbeitende anderer Gesundheitsberufe häufig vor die Herausforderung gestellt, psychiatrische Notfälle und Krisen als auch die Erfahrung von (eigenen) Grenzen professionell bewältigen zu müssen (Schädle-Deininger, 2017). Als Situationen, die zu Grenzerfahrungen im psychiatrischen Handeln führen, werden der Umgang mit Suizidalität und Suizid, Tod und Sterben aber auch die Begleitung von Menschen in psychotischen oder deliranten Zuständen genannt. Aber auch die intensive Beziehung zu Patientinnen und Patienten, die den Sinn des Lebens hinterfragen oder das Leben gar ganz in Frage stellen als auch die Begleitung von Menschen in Extremsituationen (z.B. extreme Verwahrlosung, reizbares, aggressives und gewalttätiges Verhalten, etc.) stellt eine besondere Belastung dar. Denn in der Begrenzung und Eindämmung solcher Verhaltensweisen werden psychiatrisch Pflegende selbst

häufig zu Handelnden in Gewaltsituationen, indem sie z.B. Zigaretten einteilen, persönliche Gegenstände bzw. Kleidung kontrollieren, gewaltausübende Patientinnen und Patienten fixieren, isolieren oder bei Zwangsbehandlungen assistieren. Solche Tätigkeiten aber auch die Anwendung informellen Zwangs sind traditionell mit psychiatrischem Handeln verbunden, gehören aber zur „Schattenseite psychiatrischer Tätigkeit“ (Meise & Frajo-Apor, 2011).

Pflegende sollten sich in medizinethischen Fragen und Prinzipien auskennen (Arndt, 1996) aber dennoch aufgrund des eigenen beruflichen Profils eine eigene Pflegeethik ausbilden (Rabe, 2017). „Pflege ist ein zutiefst ethisches Geschehen“ (Olbrich, 2018). Das gute Handeln oder anders ausgedrückt eine moralisch verantwortbare psychiatrische Pflege besitzt daher eine tiefe Verbundenheit zum Menschsein selbst und besteht immer aus der Anwendung subjektiver Normen und Werte (ebd.). Dennoch ist in pflegerischen Kontexten immer wieder die Frage nach einer menschenwürdigen



Birgit Hahn

Evangelisches Klinikum Bethel in Bielefeld; Pflegeentwicklung für Psychiatrische Pflege, Mitglied im Ethikkomitee sowie im Ethikberatungsdienst des Klinikums tätig.

Versorgung zu stellen (Hiemetzberger, 2016). Hiemetzberger weist auf den Facettenreichtum eines in den Grundrechten verankerten Menschenrechts hin und benennt weitere Werte, die mit der Menschenwürde in unmittelbarem Zusammenhang stehen wie z.B. Mitmenschlichkeit, Solidarität, Hilfsbereitschaft, Ehrlichkeit oder auch Wertschätzung. Maio (2015) macht auf den Wert des Verstehens, der nur in einer Begegnung zwischen Individuen entstehen kann, aufmerksam. Verstehen und die Annahme des Fremden und Ungewohnten ist demzufolge ein zentraler Bestandteil professioneller Beziehungen. Und somit auch in der Arbeit psychiatrisch Pflegender.

Praxisbeispiel I

Eine 53-jährige Frau wird depressiv im häuslichen Umfeld durch das Team der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) behandelt und pflegerisch begleitet. Während sie sich anfangs noch ausreichend mit Essen und Trinken versorgt und auch die eigene Körperpflege übernimmt, kommt es nach ei-

niger Zeit zunehmend zur Vernachlässigung der Selbstsorge. Sie zieht sich immer mehr zurück und verlässt nach einigen Wochen das Bett nicht mehr. Den Pflegenden gelingt es immer weniger, die Patientin mit ausreichend Flüssigkeit zu versorgen. Nur durch intensive Beziehungsarbeit akzeptiert Frau W. die notwendige Trinkmenge, was aber einen deutlich erhöhten Zeitaufwand erfordert. Schließlich wird die Verlegung auf eine Akutstation und anschließende Zwangsmaßnahmen (Infusion, evtl. Fixierung) diskutiert mit dem Ziel, eine körperliche Schädigung zu verhindern. Dies lehnt die Patientin jedoch entschieden ab.

Praxisbeispiel II

Eine psychiatrisch Pflegende hat auf einer Akutstation als neue Kollegin angefangen. In einem ihrer ersten Dienste erlebt sie den Erregungszustand eines Patienten, der durch einen Kollegen nach kurzer Zeit unsanft gepackt und festgehalten wird. Der Kollege fordert die sofortige Fixierung des auf der Station bekannten Patienten. Eine weitere Kollegin kommt hinzu und kann einen Kontakt zu dem Patienten herstellen, worauf die Erregung des Patienten deutlich sinkt. Dennoch lässt der Kollege die Forderung nach Fixierung des Patienten nicht fallen und begründet dies mit seinem Erfahrungshintergrund. Die beiden Kolleginnen entschließen sich, die Pflegebeziehung zum Patienten in den Fokus zu rücken und ihn in seiner Stabilisierung zu unterstützen.

Das gute alltägliche Handeln in allen Settings psychiatrischer Pflege

Die Frage nach dem guten Handeln oder einer guten psychiatrischen Pflege bringt Pflegepersonen aufgrund vielfältiger Anforderungen häufig in intrapersonelle Konflikte. In der Auseinandersetzung mit alltagsbezogenen Fragen sind jedoch unterschiedliche Ebenen zu beachten. Verschiedene ethische Perspektiven können in der Ausdifferenzierung der divergierenden Problemlagen und Rollenkonflikte unterstützen (Schädle-Deininger, 2017). So kann bspw. eine Beziehungsethik in der Gestaltung intensiver beruflicher Beziehungen zu Patientinnen und Patienten, zu Kol-

leginnen und Kollegen und anderen Mitarbeitenden des multiprofessionellen Behandlungsteams unterstützen, eine Tugendethik hinsichtlich der persönlichen Weiterentwicklung oder eine Diskursethik in Bezug auf eine Konsensfindung hilfreich sein (ebd.). Die international anerkannte Prinzipienethik (Beauchamp & Childress, 2009) gibt in der Auseinandersetzung mit den ethischen Dilemmata Struktur und führt auf subjektive Werthaltungen aller Beteiligten zurück.

Vor dem Hintergrund bisheriger Überlegungen könnte an dieser Stelle u.a. gefragt werden:

Prinzip: Respekt und Förderung von Autonomie

- Wie ist die Situation des Patienten zu verstehen? Vor welchem Hintergrund entstand der Erregungszustand? Wie kann der Patient unterstützt werden, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und anzusprechen?
- Vor welchem Hintergrund ist der Rückzug der Patientin zu bewerten? Wie kann das patienteneigene Bedürfnis verstanden werden?

Prinzip: Gutes und fürsorgliches Handeln

- Wie kann das Wohlbefinden des Patienten unterstützt werden?
- Wie kann eine kollegiale Beziehung, die von Solidarität und Wertschätzung geprägt ist, entstehen?
- Welche Unterstützung benötigt Frau W., um sich wieder selbst zu versorgen und das eigene Leben in die Hand zu nehmen?

Prinzip: Schadensvermeidung

- Wie kann die beiderseitige Bewältigung des Erregungszustands ohne weitere Gewaltanwendung gelingen?
- Wie kann langfristiger Schaden wie z.B. körperliche Schädigung und Versterben als auch Verletzung der persönlichen Integrität der Patientin verhindert werden?

Prinzip: Gerechtigkeit/ Allokationsentscheidungen

- Wie kann es gelingen, allen Patientinnen und Patienten Aufmerksamkeit und Empathie zukommen zu lassen, auch wenn diese Ressourcen durch einzelne stark beansprucht werden?

Moralischer Stress – Entstehung und Folgen

Vor dem Hintergrund von Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen und hoher Arbeitsbelastung sind Pflegepersonen stärker als bisher gefährdet, unter Empathieerschöpfung und moralischem Stress zu leiden (Wöhlke, 2018). Moralischer Stress entsteht bei Pflegepersonen im beruflichen Alltag, wenn sie mit moralischen Konflikten konfrontiert werden, damit allein bleiben und in der Institution ein transparenter und bewältigender Umgang mit der Situation vermieden wird. Pflegenden beschreiben das Phänomen im weiteren damit, eine intuitive Lösung für den ethischen Konflikt zu kennen, diese jedoch aus Zeitmangel oder anderen mangelnden Ressourcen nicht umsetzen zu können. In der Folge können psychisch-emotionale als auch körperliche Symptome entstehen, die sogar zum Berufsausstieg von Pflegenden führen können (ebd.).

Fazit und Schlussfolgerung

Es zeigt sich die Dringlichkeit, sich in den unterschiedlichen Pflegebereichen mit pflegeethischen Dimensionen als auch mit dem Phänomen von moralischem Stress stärker auseinandersetzen zu müssen. Eine Entwicklung von moralischem Stress zu einer „moralischen Widerstandsfähigkeit“ (Monteverde, 2013; zitiert in Wöhlke, 2018) ist für Pflegepersonen hilfreich.

Der pflegerische Alltag in psychiatrischen Settings ist von ethisch reflexionswürdigen Situationen durchwoben. Für eine gute Pflegepraxis als auch zur Resilienzentwicklung bei Pflegepersonen übernimmt ethische Sensibilisierung und Akzeptanz von moralischem Unbehagen eine wichtige Funktion (Riedel & Linde, 2018; Schädle-Deininger, 2017).

Es gilt, Räume zu schaffen, in denen sich psychiatrisch Pflegenden sowohl mit einzelnen Praxisfragen als auch mit subjektiven Haltungen reflexiv auseinandersetzen und diese gezielt bearbeiten können (ebd.). Ob bspw. als Kollegiale Beratung (Tietze, 2015), pflegerische Ethikvisite (Hirsmüller & Schröder, 2018) als auch ethische Fallbesprechung (Dinges, 2018) in den Organisationsprozess einer Institution

eingebettet, können Pflegende ein tieferes Verständnis für subjektive und fallbezogene Problemlagen und eigenes Handeln entwickeln (Riedel & Linde, 2018).

Literatur

Arndt, M. (1996): Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2009): Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Oxford University Press.

Dinges, S. (2018): Pflegeethik organisieren und implementieren. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege, (pp. 199 – 203). Berlin: Springer Verlag.

Hiemetzberger, M. (2016): Ethik in der Pflege. 2., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Hirsmüller, S. & Schröer, M. (2018): Resilienz durch Ethikvisiten stärken. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege, (pp.189 – 198). Berlin: Springer Verlag.

Maio, G. (2015): DEN KRANKEN MENSCHEN VERSTEHEN – Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.

Meise, U. & Frajo-Apor, B. (2011): Die „subjektive“ Seite von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. Psych Prax, 38, 161 – 162. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266104>

Olbrich, C. (2018): Pflegekompetenz. Bern: Hogrefe Verlag.

Riedel, A. & Linde, A.-C. (2018): Ethische Reflexion in der Pflege. Berlin: Springer Verlag.

Schädle-Deininger, H. (2017): Ethisches Handeln im pflegerischen Alltag. Pflegezeitschrift, 70(11), 9 – 12.

Schädle-Deininger, H. & Wegmüller, D. (2017): Grenzerfahrungen in der psychiatrischen Pflege. In H. Schädle-Deininger & D. Wegmüller (Hrsg.) Psychiatrische Pflege, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, (pp. 619 – 649). Bern: Hogrefe Verlag.

Tietze, K.O. (2015): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. In: F. Schulz von Thun (Hrsg.), Miteinander reden: Praxis (Schriftenreihe), (7. Auflage) Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Wöhlke, S. (2018): Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In A. Riedel & A.-C. Linde (Hrsg.) Ethische Reflexion in der Pflege – Konzepte – Werte – Phänomene, (pp. 41 – 46). Berlin: Springer Verlag.

Zwangseinweisung – Schweigen – Leugnen

Kinder im lebenslangen Spannungsfeld elterlicher Erkrankung



Irmela Boden
Heilpraktikerin, Tanztherapeutin in Remscheid und Ko-Ausbilderin für EX-IN Angehörigenbegleitung im EX-IN Projekt Hamburg



Iris Dewald
Dipl.-Agraringenieurin, Sprecherin der AG zur Unterstützung von Familien mit psychisch kranken Eltern im Sozialpsychiatrischen Verbund Stadt und Kreis Göttingen



Annika Hartmann
Studium Gesang an der Musikhochschule Regensburg

Der Verein Seelenerbe e.V. wurde 2014 von und für erwachsene Kinder psychisch erkrankter Eltern gegründet. Aus ihrem Erleben heraus betrachten drei Mitglieder Konfliktsituationen der Angehörigen mit der Psychiatrie. Eindringlich offen schildern Irmela Boden, Annika Hartmann und Iris Dewald ethische Konfliktsituationen im Zusammenleben mit einem erkrankten Elternteil und in der Inanspruchnahme des psychiatrischen Hilfesystems. Aufgrund ihrer Erfahrungen plädieren sie für mehr Gesprächsangebote für Familien durch behandelnde Fachkräfte im klinischen oder außerklinischen Kontext der Sozialpsychiatrie.

Einleitung

Bei Konfliktsituationen von Angehörigen kommt es sehr darauf an, welche Rolle sie in der Familie innehaben und wo sie in der Hierarchie stehen. Eltern fühlen sich zur Fürsorge für ihre Kinder verpflichtet, Partner übernehmen Verantwortung bis zu einer gewissen Grenze und können das System am ehesten verlassen. Kinder wollen flügge werden und können nicht weg, Geschwister sind ihr ganzes Leben gebunden. Aber niemand von ihnen möchte Zwangsbehandlungen und Zwangseinweisungen ihres erkrankten Familienmitglieds, sondern dass geeignete Hilfe zur Verfügung steht. Durch den einseitigen Fokus auf die Behandlung von Erkrankung wird die

Wichtigkeit, das gesamte Lebensumfeld in sozialpsychiatrisches Handeln mit einzubeziehen, oft übersehen. Viele Konflikte nimmt das psychiatrische System gar nicht wahr. Wir möchten an dieser Stelle die durch frühe Übernahme von Verantwortung und Parentifizierung hervorgerufene, unsichtbaren Konflikte der Kinder als Angehörige aufzeigen. Dies geschieht weit bevor der Generationenvertrag die Kinder in die Pflicht nimmt, für ihre alten Eltern zu sorgen. Es ist eine Wunde in der Eltern-Kind Beziehung. Nachdem die Kinder früh für ihre Eltern gesorgt haben und sich gerade gelöst und ein eigenes Leben aufgebaut haben, werden sie wieder und wieder in die Verantwortung genommen. Jedes erwachsene Kind psychisch er-

kranker Eltern erlebt seine ganz eigenen Geschichten und Konflikte. Es lassen sich aber aber drei große Themen herauskristallisieren, die jeden von uns auf seine eigene Art bewegen und es gibt eine gemeinsame große Stärke.

Zwangseinweisung

Familien und damit die Kinder können in extreme Not und Konfliktsituationen mit dem psychisch Erkrankten kommen. Sie wollen und müssen unbedingt helfen, um noch Schlimmeres zu verhindern. Das kann der Selbstbestimmtheit des Erkrankten entgegenstehen. Dieser hat meist eine andere Wahrnehmung als die Angehörigen und erlebt die Not ebenfalls anders. Oftmals klaffen Welten auseinander, was die Angst für alle steigert und großen Stress auslöst. Besonders die Kinder bemerken häufig die Anfänge der fortschreitenden Veränderungen im Verhalten des Erkrankten, bis es zu einer Extremsituation/ Zwangseinweisung kommen muss, und leiden darunter. Sie leiden länger als alle anderen Beteiligten und stellen mit ihren hochempfindlichen Sensoren ein hilfreiches Frühwarnsystem dar.

Irmela Boden

Mein Vater - und auch wir als Familie - erlebten mehrfach Zwangseinweisungen. Für mich sind Zwangseinweisungen ein tiefer Dorn im Zusammenhalt einer Familie. Die verstörende mit Schrecken besetzte Erfahrung verschwindet hinter der Maske des Schweigens und der Sprachlosigkeit. Mein Vater litt an Schizophrenie mit Verfolgungswahn. Er war nie krankheitseinsichtig. Die Tabletten störten sein Denkvermögen und so setzte er sie ab. Sein Schlafen und Wachsein veränderte sich, aber die Psychose erkannte ich nicht, sondern spürte sie eher an der Atmosphäre, die allmählich zum Zerreißen gespannt war. Am Scheitelpunkt der Krise schien alles ausweglos: große Furcht, er könne sich oder meiner Mutter etwas antun. Die Stimme Gottes beherrschte ihn und er gehorchte ihr nicht- er entwickelte Angst vor fürchterlichen Konsequenzen und verlor die Kontrolle über sein Handeln. Die Angst „sprang über“ und erfasste

Das Erlebte ist so ungeheuerlich und belastend, aber es existieren keine Ausdrucksmöglichkeiten. Es wird in der Familie und auch nach außen einfach darüber geschwiegen.

die ganze anwesende Familie, die ihn mit der bangen Frage beobachtete: Wann wird es ernst mit den Stimmen? Bei dieser Psychose im fortgeschrittenem Stadium der psychischen Erkrankung kam keine Hilfe mehr von Außen. Arbeitgeber und Hausarzt hatten aufgegeben, und die Familie musste den Vater anonym „anzeigen“, unter einem Vorwand der „Erregung öffentlichen Ärgernisses“ Polizei und Krankenwagen anfordern. Meine Mutter wich nicht von seiner Seite und die Kinder hatten das Los, ihn anonym anzuzeigen. Das ist Verstrickung in Schuld, Scham, Eingeständnis von Ohnmacht. Das stürzt die Familie ins Chaos, trotz aller Erleichterung, dass jetzt für ihn Hilfe da ist, denn so konnte es nicht weitergehen. Er aber glaubt noch stärker an Verfolgung. Ein Teufelskreis. NIE wurde darüber geredet, nicht in der Familie und nie mit ihm, nie mit Nachbarn. Das Schlimmste: wir konnten einander nicht mehr in die Augen blicken. Auf engstem Raum waren wir einander fremd geworden.

Schweigen - Sprachlosigkeit

Das Erlebte ist so ungeheuerlich und seelisch belastend, aber es existieren keine Ausdrucksmöglichkeiten und keine Sprache dafür. Es wird in der Familie, aber auch nach außen, darüber geschwiegen, obwohl Reden und Teilen helfen kann. Die Verarbeitung/Auflösung beginnt oft dann, wenn über alles offen gesprochen werden kann und die Kinder einen Raum haben, in dem sie sich sicher fühlen, über alles reden zu können. Jeder in der Familie ist somit einsam und die Kommunikation ist gestört. Mit den Stimmen des Stimmenhörers redet keiner – diese werden ignoriert und lediglich als Symptome betrachtet. Sie beeinträchtigen die Kommunikation innerhalb der Familie aber immens. Durch das Schweigen daheim und die Tatenlosigkeit des Umfelds bezüglich der Stimmen misstrauen Kinder oftmals ihrer Wahrnehmung und meinen sie würden übertreiben. Oftmals wünschen sie sich nur, dass die Stimmen und Geister verschwinden und ihre Eltern für sie Vater und Mutter sind.

Annika Hartmann

In meiner Familie war Schweigen lange der einzige Umgang mit psychischer Krankheit. Die mir mittlerweile bekannten Diagnosen meiner Mutter sind Borderline-Persönlichkeitsstörung, Bipolare Störung, schizophrene Psychosen und Alkoholsucht. Zuerst äußerten sich ihre Krankheiten, indem sie sich ritzte und extrem ungesunde Beziehungen hatte. Später fingen ihre Psychosen über Aliens und andere Wesen an. Viele bekamen davon etwas mit, aber keiner aus der Familie oder dem Freundeskreis unternahm etwas Sinnvolles. Also entschloss ich mich dazu, meine Sachen zu packen und erst wiederzukommen, wenn sie sich selbst einweist. Dieses Druckmittel half, sie ging in eine Psychiatrie. Nach ihrem Aufenthalt dort setzte sie bald ihre Medikamente ab. Ich wollte dort nicht mehr wohnen und versuchte, zu meinem Vater zu ziehen. Die Familie meiner Mutter begann Druck aufzubauen. Ich sollte sie nicht alleine lassen und müsste mich um sie kümmern. Nach vielen Gesprächen und eingeredeten Schuldgefühlen blieb ich bei ihr. Kurz vor meinem Auszug versuchte ich, Hilfe von außen zuzulassen und ging zu einer sozialen Hilfsstelle meines Landkreises. Wer würde da sein, wenn sie wieder in eine Depression verfällt, nicht isst oder schlimmstenfalls Psychosen hätte? Mir wurde viel Verständnis entgegen gebracht, allerdings war ich zu diesem Zeitpunkt seit kurzem volljährig und somit hatte der Sozialarbeiter des Landkreises keine Möglichkeit, mir aktiv zu helfen. Ich zog trotzdem aus. Der Beginn meines Studiums war erst sehr hart, weil mich alle aufgestaute Gefühle der letzten Jahre erwischten. Ich hatte das große Glück, aufgefangen zu werden. Eine Dozentin sah, was los war und konnte mich auf einen besseren Weg schicken. Aktuell lerne ich, mich besser von Zuhause abzugrenzen und fange an, das Schweigen zu brechen. Ich bin immer noch der emotionale Anker meiner mittlerweile beiden psychisch erkrankten Eltern.

Leugnen

Das familiäre und professionelle Umfeld ist selber ohnmächtig und überfordert. Für sie ist es einfacher, die Krankheit und die Situation zu verharmlosen, herunterzuspielen, zu ignorieren oder ganz



zu leugnen. Die nächsten Angehörigen bleiben verlassen und isoliert mit der Verantwortung zurück. Durch dieses Leugnen der Krankheit bleibt im späteren Leben auch viel Verunsicherung über den eigenen Zustand, die eigene Wahrnehmung zurück. Durch das Leugnen scheint das Band zur Gesellschaft nicht komplett abzureissen.

Es ist bequem für das Umfeld, wenn die nächsten Angehörigen sich kümmern und die Konflikte nicht nach außen treten. Wenn Angehörige das nicht machen, werden sie sanktioniert. Wer sich weigert, diese Rolle zu übernehmen, wird ausgegrenzt.

Iris Dewald

Mein Vater war bipolar erkrankt. Er war es schon bei meiner Geburt. Ich kenne ihn nicht anders. Ich habe mich schon sehr früh gefragt, ob sein widersprüchliches, willkürliches, wütendes, zorniges und sein ängstliches, überbesorgtes, kontrollierendes Verhalten Teil seiner Erkrankung oder Teil seiner Persönlichkeit ist. Meine Mutter hat immer beschwichtigt und ihn mit der Krankheit entschuldigt. Aber wie sollte ich damit umgehen, wenn ich ungerrecht und schlecht behandelt wurde. Oft musste ich auch zusehen, wie er meine Mutter und meine Geschwister schlecht behandelt hat. Gerade an Feiertagen geriet er in eine manische Raserei, die eine Spur der seelischen und materiellen Verwüstung durch unser Haus zog. Mit eingezogenem Kopf und geduckt zogen wir tagelang durch das Haus und schlichen um ihn herum. Ich war deshalb verletzt und wütend auf ihn. Ich konnte nicht wissen, ob das seine Krankheit ist oder ob es seine Persönlichkeit ist oder welche Anteile überwogen. Über dem allem lag in der Familie die Mauer des Schweigens. Wenn ich einmal versuchte anzusprechen, welche Ungerechtigkeit das ist, kam das Argument, die Krankheit sei die Ursache. Die Krankheit rechtfertigte das Verhalten. Mein Vater wurde nicht zur Verantwortung gezogen. Meine Großeltern haben die Krankheit meines Vaters, ihres Sohnes, nicht anerkannt. Sie beschwerten sich bei mir, er sei faul, bringe nichts zustande und solle sich zusammenreißen. Da habe ich ihn verteidigt, er ist krank, er kann nicht anders und muss die Tabletten nehmen. Obwohl ich selber nicht gut fand, wie er sich in der Krankheit verhielt, habe nun ich ihn entschuldigt und gerechtfertigt.

Stärke

Erwachsene Kinder haben durch ihre Erfahrungen die Geduld, um gut zuhören zu können, die Gabe der Zuwendung und können anderen Raum geben. Diese innere Stärke kann auch nach außen gespürt werden, da erwachsene Kinder oft einfühlsame Unterstützung bieten.

Zeitgleich birgt sie die Gefahr, in der fürsorglichen Rolle zu verharren und selber dabei auf der Strecke zu bleiben. Im besten Fall haben erwachsene Kinder gelernt, sich den eigenen Raum zu erhalten, obwohl es dem erkrankten Elternteil schlecht geht. Im eigenen neu erschlossenen Umfeld außerhalb der Familie können sie beispielsweise lernen, andere Seiten von sich zu stärken und sich selbst bunter ausleben.

Oft ist es ein langer Weg für erwachsene Kinder, um Frieden mit der eigenen Geschichte zu finden. Die Erfahrung nicht zu leugnen, nicht zu schweigen, macht uns stark. Durch den Austausch im Verein Seelenerbe e.V. lernen wir mit unserem Erleben an die Öffentlichkeit zu gehen.

Resumee

Der Gedanke an Autonomie und Menschenwürde sollte nicht nur für den erkrankten Menschen gelten, sondern alle Angehörigen - auch die Kinder - die mit den Auswirkungen der psychischen Erkrankung leben müssen, einschließen. Kinder sind besonders hilflos, gegenüber dem erkrankten Elternteil die Beachtung ihrer eigenen Menschenwürde anzusprechen und einzufordern. Ohne Fähigkeit miteinander über das Unerklärbare zu sprechen, bleibt das Erleiden einer psychischen Erkrankung in der Familie ein Eiertanz aus Nichtwissen, unzulänglichen Bewältigungsformen, Einsamkeiten und Sinnentleerung der Familie als Gemeinschaft.

In der sensiblen Phase der Aufnahme - freiwillig oder durch Zwang - des psychisch erkrankten Menschen in das Hilfesystem sollte ein stabiles Gesprächsangebot für Angehörige bei der stationären Aufnahme bereit gehalten werden. Von hier bieten sich Zugangswege an zu Aufklärung über die Erkrankung, zur Selbsthilfe und vor allen Dingen zur Unterstützung der Selbstre-

gulierungskräfte in der Familie über das richtige Maß an Fürsorge und Autonomie. Familien mit einem erkrankten Elternteil brauchen dringend Gespräche, um die Fähigkeit zu erwerben, Krankheit von Persönlichkeit unterscheiden zu können. Zwei Dinge stehen hier nebeneinander. Den Erkrankten ver-

Der Gedanke an Autonomie und Menschenwürde sollte nicht nur für den erkrankten Menschen gelten, sondern alle, die mit den Auswirkungen leben müssen, einschließen.

antwortlich machen oder machen dürfen, was an sein selbstbestimmtes verantwortliches Handeln appelliert. In diesem Fall wird dem Betroffenen und seinen Angehörigen die Chance der persönlichen Autonomie gegeben.

Dagegen steht alles der

Krankheit zuzuschreiben, was Argumente dafür liefern kann, die Selbstbestimmtheit des Erkrankten einzuschränken. Auch die Angehörigen werden in ihrer Selbstbestimmtheit eingeschränkt, da sie in die mit der Krankheit einhergehende Mitverantwortung genommen werden.

Obwohl das scheinbar widersprüchlich ist, muss beides möglich sein, denn in der Krankheit an die Verantwortung des Kranken zu appellieren, ist wichtig für ihn und für die Kinder und alle Angehörigen. Ansonsten geraten Zuständigkeiten und Beziehungen durcheinander.

Nur als autonome Persönlichkeiten können sich die Familienmitglieder gut begegnen und die Rolle erfüllen, die sie in der Familie haben. Kinder als Angehörige haben ein Recht auf ein unbeschwertes gesundes Aufwachsen. Damit das in Familien mit seelischen Krisen gelingt, braucht es die Unterstützung einer zugehenden familienzentrierten Sozialpsychiatrie, die die Familien ins Gespräch bringt, menschlich begleitet, aufklärt und berät.

Netzwerkgespräche mit Einbezug des erweiterten Umfeldes der Lebensgemeinschaft Familie wirken entstigmatisierend und sind in der Lage, der gesellschaftlichen Verlorenheit des psychisch erkrankten Menschen und seiner Angehörigen spürbar entgegenzuwirken.

Kinder sollten nie Handlanger für direkten oder indirekten Zwang sein, sondern eher Hilfe von Außenstehenden erwarten dürfen. ●

Informationen: Seelenerbe e.V. - Verein erwachsener Kinder psychisch erkrankter Eltern www.seelenerbe.de

Überlegungen zur psychiatrischen Diagnostik

Zwischen Zuschreibung und Erkenntnis

Von Michael Wunder

Diagnostik heißt genaues Erfassen. Der Begriff kommt von dem griechischen „dia“ für „durch und durch“ und „gignoskein“ für „wahrnehmen oder erkennen“, um zu Wissen (griechisch Gnosis) zu kommen. Diagnostik steht somit für einen Prozess des genauen Hinsehens oder Hinhörens mit dem Ziel, etwas zu erkennen und zu wissen. Dennoch – oder gerade wegen dieser Bedeutung – steht Diagnostik in der kritischen sozialpsychiatrischen Diskussion in einem besonderen Spannungsverhältnis. Auf der einen Seite gilt hier, wie in anderen Bereichen, die unumstößliche Einsicht: ohne Diagnostik keine Behandlung. Auf der anderen Seite hängt der psychiatrischen Diagnostik aber immer auch die Einengung einer komplexen psychischen Realität auf medizinische Sichtweisen an, das Zuschreiben von meist negativen, defizitären und von den Betroffenen oft als diskriminierend empfundenen Eigenschaften oder Verhaltensweisen und die Umdeutung sozialbedingter Verhaltensweisen in Krankheiten und medizinische Behandlungsbedürftigkeiten.



Michael Wunder

Dr. phil., Diplom-Psychologe u. psychologischer Psychotherapeut, Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alstedorf, Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Mitglied der Enquete-Kommission „Ethik u. Recht der modernen Medizin“ in der 14. und 15. Legislaturperiode des Dt. Bundestags, Mitglied des Deutschen Ethikrates 2008–2016

Antipsychiatrische Kritik und sozialpsychiatrische Reform

Durch die Rezeption des aus der Soziologie stammenden Etikettierungsansatzes „Labeling Approach“¹ wurde in der Psychiatrie kritischen Diskussion bereits in den 1970er Jahren die Frage aufgeworfen, ob nicht die psychiatrische Symptomatologie es selbst ist, die im Sinne einer self-fulfilling prophecy die Zustandsbilder oder ganze Gruppen von „misfits“ produziert, die dann als psychisch krank diagnostiziert und exkludiert werden. Heiner Keupp ist es zu danken, den Bogen ganz weit gespannt und auf die Zusammenhänge der Antipsychiatrie und der sozialpsychiatrischen Reformbemühungen hingewiesen zu haben. Erst die radikalen Kritiken eines Thomas Szasz, der die psychiatrische Diagnostik schlicht als einen Akt der Gewalt bezeichnete, und eines Franco Basaglia, der die Umdeutung des Leidens der psychisch Auffälligen an der Gesellschaft zu einer psychiatrischen Krankheit und ihre Internierung als Befriedungsverbrechen bezeichnete, hätten den Weg zur Überwindung der Anstaltspsychiatrie und zur Rekommu-

nalisation der Hilfeangebote für Menschen mit psychischen Schwierigkeiten geebnet.²

Der enorme Wandel in der psychiatrischen Versorgung hat bezüglich der psychiatrischen Diagnostik zwar zu einer teilweisen Entdramatisierung beigetragen – eine psychiatrische Diagnose führt heute eben nicht mehr zu einer lebenslangen Verwahrung in einer Anstalt – aber nicht zu einer Überwindung alter Denkweisen. Vielmehr ist durch die ubiquitäre Verwendung der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“, des ICD³, eine meist pragmatisch begründete Perpetuierung symptomatologisch begründeten Pathologisierung psychischer Abweichungen zu beobachten, statt einer genauen Erfassung und Beobachtung psychischer Ausdrucksweisen, um das Gegenüber zu verstehen. Der Grund liegt auf der Hand: Die ICD-Diagnostik entscheidet eben nach wie vor über die Zuweisung von Ressourcen der Krankenkassen oder der Eingliederungshilfen und dient darüber hinaus der schnellen Verständigung über Institutionsgrenzen hinweg. Es gibt mittlerweile aber eine ganze

Reihe von diagnostischen Instrumenten, welche die ICD-Diagnostik zumindest ergänzen oft auch verbessern, indem sie, wie das AMDP-System⁴, die Befunderhebung standardisieren, oder durch spezialisierte Instrumente die Selbstauskünfte von Patienten systematisch erfassen und dadurch in vielen Krankheitsbereichen die Befunderhebung vertiefen und erweitern. Ohne Frage kann schon dadurch in bestimmten Bereichen ein besseres Verständnis der beobachtbaren Phänomene erreicht werden.

Als Überwindung der ICD-typischen Einengung komplexer psychischer Lebenslagen auf Krankheitssymptome und psychiatrische Krankheitsbilder kann die operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD⁵ bewertet werden. Sie ist ein Versuch, wieder im ursprünglichen Sinne, Diagnostik zu betreiben, um mittels einer genauen Beobachtung und Erfassung, „Wissen zu erlangen“. Der deskriptiv phänomenologischen Diagnostik von ICD werden in diesem System vier weitere Sichtweisen auf die seelische Konstitution eines Patienten hinzugefügt: das Krankheitserleben des Betroffenen selbst, die Beziehung, die

sich zwischen Therapeut und Patient bildet, die lebensbestimmenden unbewussten inneren Konflikte des Patienten und damit seine Themen und sein Strukturniveau, d.h. seine grundsätzlichen Fähigkeiten des psychischen Funktionierens. Die OPD stellt zwar auf ihrer fünften Achse immer noch den Bezug zur herkömmlich zuschreibenden Diagnostik des ICD her, enthält aber in den Fragestellungen ihrer anderen Achsen, neben den Selbstauskünften der Betroffenen, auch eine Fülle von Fragen, die das persönliche Umfeld betreffen, die Wahrnehmungs- und Handlungsmuster der Person und ihre soziale Situation. Die OPD stellt somit keine vollständige Abkehr von der herkömmlichen Diagnostik dar, steht aber für das deutliche Bemühen zu einer verstehenden, die Wirklichkeit eines Betroffenen besser erfassenden und verstehenden Sichtweise und somit für eine Diagnostik im Sinne von Erkenntnis zu kommen.

Von der Zähigkeit des alten Denkens

Eine tatsächliche Abkehr von der bisherigen psychiatrischen Diagnostik kann man dagegen im Bereich der sog. Intelligenzminderung feststellen. Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass die Subsumierung der Intelligenzminderung unter die psychiatrische Diagnostik sowieso völlig überholt ist und in keiner Weise dem heutigen Erkenntnisstand entspricht. Es handelt sich vielmehr um eine historische Hypothek aus einer Epoche, in der die „Idiotie“ oder „Oligophrenie“, später der „Schwachsinn“, als Geisteskrankheit eingeordnet wurde und damit in den Behandlungsduktus der Psychiatrie hineingezogen wurde. Auf Grund der internationalen Abstimmung, die dem ICD zu Grunde liegt, kann diese Denkweise bis heute offensichtlich nicht überwunden werden, weil in vielen Ländern, nicht nur in Osteuropa, Menschen mit geistiger Behinderung auf eine massive Vorurteilsstruktur stoßen, die einer medizinischen Etikettierung als Krankheit Vorschub leistet. Dies mag auch der Grund sein, warum dieser Anachronismus sogar im ICD 11 mitgeschleppt wird.

Die Rückwärtsgewandtheit dieser Zuordnung zeigt sich in der ICD-Definition der Intelligenzminderung: „Eine Intelligenzminderung ist eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen

gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten ... das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt...“⁶. Ganz ähnlich die Definition der Intelligenzminderung im „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen“, DSM-5: „Die Hauptmerkmale der intellektuellen Beeinträchtigung (intellektuelle Entwicklungsstörung) stellen eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Kriterium A) und Einschränkungen der alltäglichen Anpassungsfähigkeit im Alters-, Geschlechts- und soziokulturellen Vergleich zu Gleichaltrigen dar (Kriterium B), der Beginn liegt in der Entwicklungsphase (Kriterium C).“⁷

Beide Erläuterungen repräsentieren die medizinische Denkweise. Die Intelligenzminderung wird als eine geistige Beeinträchtigung definiert, deren Ursache in der Person selbst liegt und die deshalb Hilfe, Heilung oder Verhaltensänderung benötigt. Im Mittelpunkt steht das Defizit, das Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zum Durchschnitt haben, und die Gleichsetzung dieses Defizits mit Krankheit.

Paradigmenwechsel im Umgang mit Behinderung

Die Weltgesundheitsorganisation hat den paradigmatischen Wechsel von einem medizinischen zu einem sozialen Paradigma bereits im Jahre 2001 in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“, ICF⁸, eingeleitet. Darin wird eine Behinderung als biologisches, psychisches und soziales Phänomen aufgefasst, dessen Ausprägung wesentlich durch die gesellschaftlichen Bedingungen bestimmt ist. Diese Definition, die auch für die heutige Praxis und das Selbstverständnis der Betroffenen und ihrer Angehörigen und nicht zuletzt für das Zustandekommen der Behindertenrechtskonvention 2015 wesentlich ist, leugnet zwar nicht die Hilfe oder Pflegebedürftigkeit der entsprechenden Personen. Sie besagt aber, dass das Ausmaß, ihre Folgen und die Möglichkeiten mit diesen Einschränkungen umzugehen und den Körper trotzdem gut zu ge-

brauchen, weitgehend von Umwelt und Gesellschaft abhängig verstanden werden.⁹ Somit stehen nicht mehr Heilung, Anpassung oder Besserung im Raum, sondern die Ermöglichung geeigneter Aktivitäten mit dem Ziel gesellschaftlicher Partizipation. Es wird nicht mehr gefragt, „was kann jemand nicht?“ und „worin besteht das Defizit?“ sondern: „welche Fähigkeiten hat jemand?“ „welche Kompetenzen hat jemand?“ und „wie kann er dazu ermutigt werden, diesen Weg auch zu gehen?“ Die Gesellschaft steht somit in der Verantwortung, die materiellen, moralischen und gesetzlichen Ressourcen dafür zur Verfügung zu stellen.

Eine psychodynamisch geprägte Sichtweise richtet den Blick bei Menschen mit einer geistigen Behinderung deshalb darauf, in welcher individuellen Entwicklungsphase eine Person ist und was sie in dieser Phase an materiellen, moralischen und gesetzlichen Hilfen braucht. Referenzmodelle hierfür stammen aus der Entwicklungspsychologie, die davon ausgeht, dass die kognitive, aber auch die sozial-emotionale Entwicklung bei allen Menschen in der gleichen Abfolge über bestimmte Phasen verläuft, diese Phasen aber bei Menschen mit Behinderung unter Umständen verlängert sind, bestimmte Bereiche nicht erfassen oder insgesamt früher abbrechen. Diese Sichtweise dient dazu, die Lebenswelt der Betroffenen besser zu erfassen und entsprechend zu gestalten und im Falle zusätzlicher psychischer Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten darauf abzustimmen.

Es geht um Verstehen und Erkennen, wie sich ein Mensch am besten weiter entwickeln könnte und welche Bedingungen er dazu braucht. Es geht nicht um die Zuordnung eines Intelligenzquotienten, sondern um eine Potentialanalyse, die sich an entwicklungspsychologischen Kategorien orientiert. So geht es in der frühen Phase der sensomotorischen Welterfassung um die Urvertrauensbildung und Bindung. Später in der präoperational symbolischen und anschauungsgebundenen Denkphase um die Autonomieerfahrung und die Identitätsbildung. Erst auf der Stufe der operanten und logischen Denkweise geht es um den Erwerb sozialer Rollen und die Lust, sich mit anderen zu messen. Ein solches an Entwicklungsstufen orientiertes Verständnis der Entwicklung eines

Menschen, der unter der Bedingung einer kognitiven Einschränkung lebt, kann zum Beispiel verhindern, dass jemand, der in der Bindungsphase ist, schon jeden Tag in die Werkstatt geschickt wird, weil er schon über 25 Jahre alt ist, aber mit Angst und Rückzug reagiert und möglicherweise dann in dieser Hinsicht psychiatrisch symptomatisch behandelt wird. Das Ziel einer verstehenden Diagnostik ist es, das „Thema“ oder die Themen eines Menschen zu erfassen und dafür eine der jeweiligen Entwicklung entsprechende assistierende Hilfestellung zu entwickeln.¹⁰

Bleibt die Frage, ob man auf die ICD-Diagnostik der leichten, mittleren und schweren Intelligenzminderung gänzlich verzichten kann. Zum einen gibt es das pragmatische Argument, dass für bestimmte sozialadministrative Zuordnungen (bspw. Grad der Behinderung, Schulform) eine solche Zuordnung immer noch erforderlich gemacht wird. Schaut man aber zum anderen beispielsweise auf das Bundesteilhabegesetz von 2016, wird hier über eine ICF basierte Hilfeplanung der Bedarf ermittelt, nicht mehr über eine ICD-Diagnostik.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Einordnung der geistigen Behinderung bzw. Intelligenzminderung in die psychiatrischen Diagnosesysteme ICD und DSM kaum mehr vertretbar ist. Sie wird zunehmend ersetzt durch die Anwendung anderer Instrumente und könnte in absehbarer Zeit in dieser Form nicht mehr notwendig sein. Ob dies allerdings der Anfang davon ist, den Paradigmenwechsel, der in den Hilfesystemen der Behindertenhilfe und zunehmend in der sozialpsychiatrischen Versorgung vollzogen wurde, auch im Bereich der psychiatrischen Diagnostik allgemein nachzuvollziehen, ist offen. ●

Anmerkungen

¹ Goffman E (2003): Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp.

² Keupp, H. (Hrsg.) (1972): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. München: Urban & Schwarzenberg.

³ Dilling H, Mombour W, Schmidt M.H. (2005): ICD-10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen Göttingen: Hogreve.

⁴ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (1997):

Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, Göttingen: Hogreve.

⁵ Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, Bern: Huber.

⁶ Dilling, 254

⁷ Falkai P, Wittchen H-U (2015): Diagnostische Kriterien DMS-5, Göttingen: Hogreve, 46

⁸ WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deutsche Übersetzung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

⁹ Der ICF beschreibt die individuelle Funktions-Beeinträchtigung und Teilhabe-Einschränkung und dient somit der Ermittlung des jeweiligen Hilfebedarfs. Der ICF kann dabei aber die bereits im ICD angelegte Defizitorientierung nicht überwinden.

¹⁰ Systematisiert wurde dieser Ansatz erstmals Anfang der 1990er Jahre von dem Niederländer Anton Dosen mit seiner Skala „Schaal voor emotionele Ontwikkeling“, SEO,. Ins Deutsche übertragen und für die Praxis noch einmal vereinfacht wurde diese Skala von Tanja Sappok und anderen mit der „Skala emotionaler Entwicklungsdiagnostik“, SEED, vgl. Sappok T (Hrsg.) (2018): Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis, Stuttgart: Kohlhammer.



„Die wenigste Hilfe für die, die sie am dringendsten benötigen“

Inverse care law – Ressourcenallokation als ethischer Konflikt

Von Martin Reker

Mit dem neuen BTHG ist eine neue Stufe der personenzentrierten Versorgung psychisch kranker Menschen erreicht. Wenn die Umsetzung gelingt, sollen verbliebene paternalistische Eigenarten vorbestehender Hilfesysteme weiter zurückgefahren werden, damit die chronisch psychisch kranken Menschen möglichst selbstbestimmt an ein Leben herangeführt werden können, in dem alle Hindernisse, die einer freien Lebensentwicklung im Wege stehen, soweit als möglich beseitigt werden. Zwischenzeitlich ringen Institutionen um die bürokratischen und finanziellen Herausforderungen, die sich aus der Umstellung zum BTHG ergeben. Die Betroffenen selbst können sich glücklich schätzen, wenn sie vertraute Menschen an ihrer

Seite wissen – Angehörige, Freunde, Mitbetroffene oder Profis – die ihnen helfen, ihre Rechte gegenüber Kostenträgern und Leistungserbringern einzubringen. Das gelingt oft ganz gut, wenn psychisch beeinträchtigte Menschen kooperativ sind und ihren Hilfebedarf erkennen können. Das gilt aber nur für einen Teil der Betroffenen. Schwierig wird es meistens dann, wenn Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten ihren Hilfebedarf nicht erkennen, durch dominierende selbstschädigende Muster von den Betroffenen Hilfe nicht angestrebt wird oder – was letztlich am problematischsten ist – fremdaggressive Verhaltensmuster die Kontaktaufnahme beeinträchtigen (Wagner 2021). Die folgende Trias wird aus psychiatrischer Sicht als besondere Herausforderung erlebt:



Martin Reker

Dr., Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapeut, leitet seit über 20 Jahren die Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld-Bethel. Vorsitzender d. Vereins für gemeindenahere Psychotherapie.

- Psychotische Reaktionsbereitschaft
- Unkontrollierter Substanzkonsum
- Neigung zu aggressivem bzw. fremdgefährdendem Verhalten.

Ein typischer Fall könnte so aussehen: Ein 25jähriger Mann ist unter schwierigen Verhältnissen groß geworden. Beide Eltern

tranken im Übermaß Alkohol, der Vater neigte unter Alkoholeinfluss zu Gewalttätigkeiten. Die Mutter war als Bezugsperson unzuverlässig. Ob sie auch in der Schwangerschaft getrunken hat, ist nicht sicher bekannt. Als Jugendlicher hat er Erfahrungen gesammelt sowohl mit Einrichtungen der Jugendhilfe als auch mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Institutionellen Hilfen steht der junge Mann sehr misstrauisch gegenüber. Er hat ein extrem großes Autonomiebedürfnis. Jeder Form von Fremdbestimmung begegnet er mit Flucht oder Gewalt. Er konsumiert regelmäßig Alkohol, Cannabis und Amphetamine, experimentiert aber auch mit anderen Substanzen, die er aus dem Internet bezieht. Unter dem Einfluss dieser Substanzen ist es in den letzten 2 Jahren wiederholt zu psychotischen Entgleisungen mit selbstwie fremdgefährdendem Verhalten gekommen. Die bisherigen Strafverfahren wegen Eigentumsdelikten, BtM-Besitz, Schwarzfahren, Hausfriedensbruch, Beamtenbeleidigung und einfacher Körperverletzung haben bisher nicht ausgereicht, um eine forensische Unterbringung zu ermöglichen. Die psychiatrische Klinik, die für ihn zuständig ist, bemüht sich darum, Aufnahmen zu vermeiden und Notfallaufnahmen so kurz wie möglich zu halten. Unser junger Mann verhält sich auch auf Station provokant und herausfordernd, verweigert Medikation und hält sich an keinerlei Regeln. Ausgänge sind regelmäßig mit Substanzkonsum verbunden. Bleibt er aber ohne Ausgang den ganzen Tag auf der Station, steigt die Anspannung bei allen Beteiligten, bis es schließlich über Eskalationen doch zu Zwangsmaßnahmen oder zu einer „disziplinarischen“ Entlassung kommt. Die Mitarbeiter auf der Station verstehen gar nicht, wofür das alles gut sein soll, weil der betroffene Patient alle Hilfe kategorisch ablehnt und sich auf Station so verhält, dass es für Mitarbeiter wie Mitpatienten mit jedem Tag mehr zu einer unerträglichen Zumutung wird. Insofern ist die gesamte Station froh, wenn er endlich weg ist, sei es, weil der Aufenthalt geordnet beendet wurde, weil er disziplinarisch entlassen worden ist oder weil er aus dem geschützten Rahmen entwichen ist. Kaum ist der Patient aber formal entlassen, kommen erste Rückmeldungen von Polizei, sozialpsychiatrischem Dienst und gesetzlichem Betreuer des Patienten, dass es draußen zu nicht zu tolerierendem Verhalten gekommen sei, das eine stationäre Wiederaufnahme unvermeidbar mache. Er sei – sich und andere gefährdend – betrunken mitten auf der Straße herum-

gelaufen und habe Passanten bedroht. Zudem habe er für die Nacht keine Unterkunft, weil er überall Hausverbot habe. Die Klinik tut alles, um eine Aufnahme zu vermeiden ...

Unser Patient beschäftigt ein ganzes Hilfesystem. Gleichzeitig versuchen alle, sich von der Verantwortung zu befreien. Die Klinik würde ihn am liebsten überhaupt nicht mehr aufnehmen. Die Polizei ist der Ansicht, dass der junge Mann psychisch krank sei und die Psychiatrie sich seiner annehmen müsse. Deswegen bringen sie ihn mit Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes immer wieder dorthin. Der gesetzliche Betreuer hat das Gericht gebeten, ihn von der Betreuung zu entbinden, weil die betroffene Person nicht betreuubar sei. Aufsuchende Dienste i.R. der Eingliederungshilfe oder der Wohnungslosenhilfe sind nicht existent oder haben sich geweigert, ihn in seiner Wohnung zu betreuen, weil ihnen das Risiko für die eigene Person zu groß ist. So taumelt die Betreuung des Patienten von Event zu Event und alle warten

darauf, bis endlich etwas passiert, was eine Entscheidung bringt. Das Gefängnis oder die forensische Psychiatrie wären nach Ansicht aller die einzigen Orte, die ihm gewachsen wären. Aber dafür muss erst etwas Schlimmeres passieren, sonst kann das zuständige Gericht kein entsprechendes Urteil fällen, dass mit Freiheitsentzug verbunden wäre.

Fragt man die beteiligten Professionellen, so ist allen klar, dass es sich um eine seelisch schwer beschädigte Person handelt. Mit etwas Abstand ist das Verhalten als schwere Beziehungsstörung zu begreifen, die Ausdruck einer traumatisierenden Lebensgeschichte ist mit Vernachlässigung und Gewalt. Die Neigung zu psychotischen Dekompensationen und die Verhaltensentgleisungen unter Rauschmitteleinfluss machen es aber extrem schwer, mit ihm Kontakt aufzunehmen und nachhaltig aufrecht zu erhalten. Zudem stellt sich immer wieder die Frage, ob gewaltbereite und bedrohliche Patienten nicht irgendwann ihren Anspruch auf Hilfe verirken.

Ein überzeugender Inklusionsanspruch muss auch Menschen einschließen, die sich sozial auffällig oder sogar fremd-aggressiv verhalten. Voraussetzung ist, dass das Hilfesystem mit angemessenen Hilfen ausgestattet ist, um eine derart anspruchsvolle Hilfe zu bewältigen (Giertz und Gervink, 2017). Die Betreuung und

Behandlung kann nur von Professionellen geleistet werden, die bereit und in der Lage sind, mit bedrohlichen Situationen umzugehen, ohne darüber den Kontakt abbrechen zu lassen. Sie brauchen dafür eine solidarische Helfergemeinschaft, die ihnen zuarbeitet und in entscheidenden Situationen absichert. Alle Beteiligten müssen bereit sein, in dieser Verantwortungsgemeinschaft abgestimmt zu handeln, den eigenen Beitrag zu leisten und sich nicht aus der Verantwortung zu nehmen (Reker, 2007).

Was könnte das bedeuten? Im vorliegenden Fall müssten sich alle mit dem Patienten befassten Personen in einer solchen Verantwortungsgemeinschaft zusammensetzen, um zu prüfen, wie ein abgestimmtes Vorgehen aussehen könnte. Primär würde man bestimmen, wer als Ansprechpartner für den Patienten regelmäßig zur Verfügung steht, um nach und nach einen Kontakt aufzubauen.

Krisensituationen müssen so vorbesprochen werden, dass in der Akutsituation klar ist, was zu tun ist. Wenn möglich, geht es in fremdbedrohlichen Situationen ins Polizeigewahrsam. Stehen Selbstgefährdung und/oder Rauschmittelkonsum

soweit im Vordergrund, dass eine institutionelle Sicherung unumgänglich ist, hält sich die zuständige psychiatrische Klinik bereit, die gerade in der Aufnahmesituation aus Sicherheitsgründen auf die Hilfe der Polizei zurückgreifen kann. Innerhalb der Klinik gibt es klare Absprachen, welche Station im Bedarfsfall zuständig ist, wie mit Zwangsmaßnahmen umgegangen wird, wer die Behandlung führt, wer in der Klinik für die Kooperationspartner Hauptansprechpartner ist und wie lange eine solche Behandlung dauert, bevor der Patient in gegenseitiger Absprache wieder entlassen wird. Nach der Entlassung gibt es klare Verabredungen, wo der Patient ggf. übernachten kann und wer dort den Kontakt hält. Wichtig ist auch ein enger Kontakt zur Justiz, um Handlungsoptionen aus dem Unterbringungsrecht oder aus dem Strafrecht immer ausreichend reflektieren zu können.

Wenn eine solche Begleitung und Behandlung gelingen soll, sind sehr viele Menschen involviert. Das wird in der Regel sehr aufwendig sein. Aufsuchende Kontakte müssen ggf. zu zweit erfolgen, um das Risiko für die beteiligten MitarbeiterInnen zu minimieren. Die Station in der psychiatrischen Klinik, die mit ihm arbeitet, benötigt Mitarbeiter, die sich bevorzugt um ihn kümmern, um den bestehenden Anforderungen gerecht zu werden. Der gesetzliche Betreuer kommt mit seinem durchschnittlichen Stundenkontingent

Aufsuchende Kontakte müssen gegebenenfalls zu zweit erfolgen, um das Risiko für die beteiligten MitarbeiterInnen zu minimieren.

nicht aus und verdient eine angemessene Bezahlung, um eine derart schwierige Aufgabe mit dem notwendigen Zeitaufwand zu bewältigen. Im weiteren Verlauf können andere Disziplinen bedeutsam werden, z.B. Ergotherapeuten oder Bewegungstherapeuten, die mögliche konstruktive Anknüpfungspunkte aufgreifen und weiterführen können. Wenn das Hilfesystem angemessen ausgestattet ist, um in einer solchen Weise solidarisch mit dem Patienten zu arbeiten, muss man nicht unbedingt darauf warten, dass endlich (jemandem) etwas passiert, damit die betroffene Person ins Gefängnis oder in die Forensik kommt.

Bisher verhält es sich aber in der Regel so, dass die Hilfen in der geschilderten Form nicht zur Verfügung stehen. Eine gewaltfreie Psychiatrie moderner Prägung möchte am liebsten mit gewaltbereiten Patienten nichts mehr zu tun haben (Gründler 2019). Vermutlich sind sie ihnen mit der bestehenden Ausstattung auch tatsächlich gar nicht mehr gewachsen. Aber wenn die geschulten MitarbeiterInnen in der Psychiatrie sich schon überfordert fühlen, was sollen die Menschen außerhalb der Klinik sagen, die mit dieser Person zu tun bekommen. Niemand von ihnen wird es allein aushalten oder verantworten können. Kliniken und ambulante Hilfen müssen so ausgestattet werden, dass sie gerade diesen besonders schwierigen Menschen gerecht werden können.

Möglich ist das nur in einer Verantwortungsgemeinschaft, in der alle ihren Teil dazu beitragen, dass auch die anderen sich der Aufgabe gewachsen fühlen können. Dann kann etwas entstehen, das mit seiner Verbindlichkeit, mit den gesetzten Grenzen, mit der Nachhaltigkeit, Klarheit und Zuwendung ohne Autonomieverletzungen das leistet, was diese Patienten sich wahrscheinlich eigentlich schon immer gewünscht haben. ●

Literatur

Giertz, Karsten; Gervink, Thomas (2017): „System-sprenger“ o. eher Patientinnen mit einem u. komplexen Hilfebedarf? Psychotherapie Forum 22:105-112 <https://doi.org/10.1007/s00729-017-0104-0>

Gründler, Barbara (2019): Von seelischer Selbstvergiftung und Hasskonserven. Das Ressentiment im Sprachspiel der Psychiatrie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt

Reker, M. (2008): Hinsehen? Wegsehen? Rausschmeißen? Zur Frage der Verantwortung im Umgang mit Suchtkranken. Soziale Psychiatrie, 32(1), 4-7.

Wagner, Johanna (2021): Engagement für Menschen, die ohne Schuld in Not geraten sind: Das Schuldprinzip als Differenzierungsmerkmal bei der Gewährung von Hilferessourcen für Bedürftige. In: Graetzl, St.; Reker, M. (Hrsg.): Psycho-logik Bd. 15, Carl Alber Verlag Freiburg/München

Ist das zu verantworten?

Ethische Konflikte im gemeindepsychiatrischen Alltag

Von Reinhard Strecker

Der gemeindepsychiatrische Alltag besteht für Betroffene, Mitarbeitende und Träger aus einer Vielzahl unterschiedlicher Herausforderungen und Konflikte, die im Wesentlichen immer auch ethische Aspekte bzw. Fragestellungen betreffen. Das Spektrum dieser Konfliktsituationen soll ausschnittsweise aufgezeigt und auf die Bedeutung der ethischen Aspekte bei der Bearbeitung dieser Konflikte im gemeindepsychiatrischen Alltag hingewiesen werden.

Was ist verantwortbar?

Diese Frage begleitete mich bei der Arbeit an diesem Artikel und sie begleitet mich alltäglich in meiner Funktion als Leitungskraft eines mittelgroßen gemeindepsychiatrischen Trägers. Kann ich in einem Artikel mit naturgemäß begrenzter Zeichenzahl einem so großen Thema gerecht werden? Kann ich als (therapeutische) Leitungskraft zulassen, dass sich Dienstberatungen zunehmend in der Klärung organisatorischer Fragen erschöpfen (müssen)? Dass eine in allen Bereichen der Arbeit sich durchsetzende „Fachleistungsstunden-Ökonomie“, z.B. die gleichzeitig geforderte, und sinnvolle, Bearbeitung des „Sozialraumes“ kaum möglich macht? Und diese Frage stellen sich zunehmend Mitarbeitende, z.B. bei der Erstellung von Hilfeplänen mit den vorgegebenen, standardisierten Hilfeplanungsinstrumenten, in Thüringen aktuell der „Integrierte Teilhabeplan (ITP)“. Wie kann ich beispielsweise den Assistenzbedarf von Frau A (s.u.) in ein solches ‚Korsett‘ zwängen? Kann man einen Assistenzbedarf zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Teilhabe, so die Vorstellung der Konstrukteure dieses Instrumentes, ohne das „So-Geworden-Sein“ eines Menschen wirklich sinnvoll und ethisch verantwortbar erfassen?

Frau A:

Im Rahmen der Dienstberatung einer stationären Wohn Einrichtung schildern die besorgten Mitarbeitenden folgende Situation: Eine junge, zarte und zerbrechlich wirkende Bewohnerin (Frau A) sucht immer wieder Kontakt zu den unterschiedlichen Bewohnerinnen und Bewohnern des Hauses. Dabei wird deut-



Reinhard Strecker
Diplom-Psychologe,
Therapeutischer
Leiter der Horizonte
gGmbH Altenburg/
Thüringen. E-Mail:
r.strecker@
horizonte-altenburg.de

lich, dass die männlichen Kontaktpersonen diese Annäherung durchweg für ihre sexuellen Bedürfnisse nutzen. Nach diesen Kontakten erscheint Frau A den Mitarbeitenden einerseits deutlich irritiert, durcheinander, zerfahren, stößt gellende Schreie aus. Andererseits berichtet sie im Kreis der Mitbewohner anschließend stolz über diese Erlebnisse. Die Mitarbeitenden sind zusätzlich besorgt, da Frau A nur unregelmäßig gynäkologische Untersuchungen zulässt und keinerlei Empfängnisverhütung praktiziert. Eine mögliche Schwangerschaft wird als völlige Überforderung der Bewohnerin angesehen. Frau A ist als Psychose krank diagnostiziert, eine Intelligenzminderung sowie sexuelle Traumatisierungen werden angenommen. Deutlich ist eine Entwicklungsretardierung. Die Bewohnerin verbringt ihren Tag überwiegend nahe dem Mitarbeiterbüro, meist auf einer Couch liegend oder vor dem Fernseher in ihrem Wohnraum. Immer wieder sucht sie auch die körperliche Nähe der Mitarbeitenden und vergewissert sich dabei fortlaufend verbal deren Zuneigung. Anamnestisch ist bekannt, dass Frau A offenbar seit Abschluss der Grundschule nicht mehr beschult wurde. Sie verbrachte ihre Tage seither in der elterlichen Wohnung, mit einer ebenfalls

psychiatrisch erkrankten Mutter, einem sehr skurril erscheinenden, distanzlosen, fraglich Intelligenz geminderten Vater und Geschwistern. Das Team fühlt sich der Situation hilf- und ratlos ausgeliefert, erlebt starke Schuldgefühle, zweifelt letztlich an seiner Kompetenz. Eine Grenzsituation, eine Zerreißprobe zwischen den ethischen Aspekten der Verpflichtung zur Schadensvermeidung (hier: Verhinderung einer möglichen Retraumatisierung) und der Gewährleistung der Selbstbestimmung der Betroffenen.

Ethische Fragestellungen im sozialpsychiatrischen Diskurs

Die ethische Herausforderung, „daß eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben müssen.“ (aus: Zwischenbericht der Enquete-Kommission 1973) ist als Ausgangspunkt und „Geburtsstunde“ der Sozialpsychiatrie bzw. des sozialpsychiatrischen Diskurses in Deutschland zu sehen. Von Beginn an spielen also ethische Fragestellungen im sozialpsychiatrischen Diskurs und somit auch in der Fortentwicklung der sozialpsychiatrischen Praxis eine wesentliche Rolle. Dementsprechend fanden und finden die unterschiedlichen Aspekte dieses Diskurses als Schwerpunktthemen Einzug in die sozialpsychiatrischen Fachzeitschriften: „Verrückte Ethik – Wem gehört der Mensch“ (Soziale Psychiatrie, 4/1996), „Ökonomie ohne Menschen?“ – Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen“ (Sozialpsychiatrische Informationen 4/2005), „Ethische Aspekte sozialpsychiatrischen Handelns“ (Kerbe 3/2014), „Begegnung / Achtung / Haltung – Zur Ethik und Menschenrechten in der Psychiatrie“ (Soziale Psychiatrie 04/2018) sowie einem „Schwerpunkt: Ethik“ in „Psychiatrische Praxis“ 7/2014. Der Fokus der Themen lag dabei bisher allerdings fast ausschließlich auf Fragestellungen, die, obschon dem klinischen Alltag entsprungen, meist auf einer Meta-Ebene (gesellschaftliche Relevanz) diskutiert werden. Zum Beispiel zuletzt, ausgelöst durch entsprechende höchstrichterliche Urteile, eingegrenzt auf Fragestellungen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen bei richterlicher Unterbringung, den Neuregelungen bei der Suizidassistenz sowie auf ethische Fragen im Zusammenhang mit der „Renaissance“ der Elektrokrampftherapie (EKT) als wieder anerkannter und zunehmend genutz-

ter klinisch-psychiatrische Therapieoption. Der gemeindepsychiatrische Alltag fand kaum Beachtung.

Herr B:

Herr B, ein Mitte 50jähriger Mann ist in einer kleinen Ortschaft eines sehr ländlich geprägten Versorgungsgebietes bei Pflegeeltern aufgewachsen. Er erlernt einen Handwerksberuf, heiratet, wird Vater eines Kindes. Herr B ist ein eher stiller, schüchtern, zurückgenommener Mann. Er schließt sich schnell den Gepflogenheiten an seiner Arbeitsstelle an und konsumiert regelmäßig Alkohol. Hierunter kommt es zu aggressiven und „seltsamen“ Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld. Als die Streitigkeiten eskalieren, verlassen Frau und Kind die eheliche Wohnung. Die weitere Eskalation, u.a. auch fremdaggressives Verhalten, führt zu einer Einweisung in die psychiatrische Klinik und schließlich zum Umzug in eine stationäre Wohneinrichtung. Dort imponiert vor allen Dingen die ausgeprägt negativistische Haltung des Herrn B: er schweigt, verweigert sich zunehmend den angebotenen Aktivitäten. Seinen Tag verbringt er mit Rauchen und dem Warten auf die Rückkehr von Frau und Kind. Dazu steht er oft stundenlang an unterschiedlichen Plätzen der Stadt; eine Fotografie von beiden steht auf dem Tisch seines Zimmers. Arztbesuche nimmt er nur unregelmäßig wahr, medizinische Untersuchungen verweigert er vollständig. Nach jahrelanger, kontinuierlicher Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin des Wohnhauses, ist mit dieser, oftmals wie „aus heiterem Himmel“, ein kurzer verbaler Austausch möglich. Schließlich entwickelt Herr B. eine schwere Karzinomerkkrankung. Er nimmt kaum noch Flüssigkeit und Nahrung zu sich, pflegt sich nicht mehr und verweigert weiterhin jegliche medizinische Diagnostik. Nur einmal gelingt es der Bezugsmitarbeiterin, ihn zu einem Krankenhausaufenthalt zu motivieren. Kurz nachdem die Mitarbeiterin gegen Abend das Krankenhaus verlassen muss, entweicht auch Herr B. Das Team, aber auch die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner des Hauses erleben die Situation als zunehmend unaushaltbar. Der ethische Konflikt zwischen Schadensvermeidung und Verpflichtung zur Hilfeleistung, Gewährleistung der Selbstbestimmung sowie dem Schutzbedürfnis der Mitbewohner und Mitarbeitenden wird zunehmend zu einer Zerreißprobe. Schließlich nimmt Herr B das vorbereitete Angebot seiner Bezugsmitarbeiterin wahr und zieht in ein Hospiz um, wo er wenige Wochen später verstirbt.

Ethische Dilemmata im Alltag der Gemeindepsychiatrie

Sozialpsychiatrie realisiert sich mittlerweile wesentlich in der Gemeinde, am Lebensort des Betroffenen - unabhängig davon, ob dies die eigene Wohnung ist, ob es die eigenen „4 Wände“ in einer stationären Einrichtung sind oder eine Kombination aus beidem. Ethische Fragestellungen und damit auch ethische Konflikte aus dem gemeindepsychiatrischen Alltag werden in Fachpublikationen hingegen kaum in den Fokus genommen. Dabei stehen hinter den Herausforderungen des gemeindepsychiatrischen Alltags für Mitarbeitende und Leitungsverantwortliche eine Vielzahl ethischer Fragestellungen, die auf den unterschiedlichen Abstraktionsebenen verortet sein können und auf vielfältige Art und Weise interagieren:

- auf der Ebene des Betroffenen und des Mitarbeitenden, z.B. durch die Ausprägung der Erkrankung des Betroffenen, die Individualität des Betroffenen oder den familiären Hintergrund, die Haltung und das Weltbild des Mitarbeitenden usw.;
- auf der Ebene der Organisation bzw. des Trägers, z.B. das Leitbild; das Leitungsverständnis; die Einbindung in ein Tarifsystem usw.;
- auf der Ebene des Versorgungssystems bzw. der Kostenträger, z.B. die Umsetzung organisatorischer Forderungen im Rahmen der Einführung des Bundes- teilhabegesetz (BTHG); die zunehmende Diversifizierung der Kostenträgerzuständigkeit usw.;
- auf der gesellschaftlichen bzw. (sozial) politischen Ebene, z.B. aktuell die zusätzlichen Forderungen aus dem Infektionsschutzgesetz oder die neue gesellschaftliche Bewertung von Fürsorge und Selbstbestimmung bei Hilfeleistungen.

Gerade in der Zusammenarbeit mit Menschen, die schwere und meist chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankungen zu bewältigen haben und die immer noch die Hauptklientel in der Gemeindepsychiatrie bilden, spielen ethische Herausforderungen auf den unterschiedlichen Ebenen eine wesentliche Rolle. Sie werden im Alltag selten explizit als solche erkannt und benannt, bilden meist aber den (verdeckten) Hintergrund für individuelle Erschöpfung von Mitarbeitenden, für scheinbar unauflösbare Konflikte zwischen Mitarbeitenden und Betroffenen, aber auch für Konflikte und Auseinandersetzung auf der Ebene der Organisation bzw. des Trägers.

Eine Dienstberatung:

Eine gemeinsame monatliche Dienstberatung der Mitarbeitenden der ambulanten Dienste des Trägers: vertreten sind Mitarbeitende des Ambulant Betreuten Wohnen (ABW), der Soziotherapie, der Integrierten Versorgung und des Betreuungsdienstes gem. §45a SGB XI, sowie der Sozialstation (Ambulanter Pflegedienst) eines kooperierenden Trägers. Um eine personenzentrierte, sinnvolle und umfassende gemeindepsychiatrische Assistenz („wie aus einer Hand“) gewährleisten zu können, sind einige der Mitarbeitenden zusätzlich bei beiden Trägern angestellt. Der damit verbundene organisatorische Mehraufwand sowohl auf der Ebene der Mitarbeitenden als auch auf Trägerebene ist erheblich. Die fachlich sinnvoll erscheinende Gründung eines eigenen Pflegedienstes, ist dem eher kleinen bis mittelgroßen Träger wegen der damit verbundenen finanziellen Belastungen (eine immerhin 6-stellige Summe) derzeit nicht möglich. Nach ca. einer Stunde der für 90 Minuten angesetzten Beratung (mehr war in den Verhandlungen mit den unterschiedlichen Kostenträgern für diese „indirekten Leistungen“ nicht zu realisieren), wirft eine Mitarbeiterin unruhig und sichtlich unter Zeitdruck ein, wann endlich über ihre Fragen, ihren Klärungsbedarf aus der alltäglichen Arbeit mit einem Klienten gesprochen werden kann. Bis zu diesem Zeitpunkt stand ausschließlich der notwendige organisatorische Klärungsbedarf im Mittelpunkt der Beratung. Die Mitarbeiterin konnte schließlich nur noch kurz die sie belastende Situation schildern. Die beteiligten Kolleginnen und Kollegen waren wegen ihrer im Anschluss eng getakteten Folgetermine und individuellen Absprachen nur noch „halb bei der Sache“. Die Mitarbeiterin blieb letztlich ratlos und allein mit ihrem Anliegen zurück. Die praktische und ethische Herausforderung im Spannungsfeld zwischen der eingegangenen Verpflichtung zur wirksamen Hilfeleistung (Hilfeplanung), zur Abwendung von Schäden an Betroffenen und Mitarbeitenden sowie die Berücksichtigung der ökonomischen Erfordernisse der Organisation und die Vorgaben der Kostenträger bilden zunehmend die Folie von Konflikten und Belastungen auf den unterschiedlichen Handlungsebenen.

Ethische Fragestellungen in Zeiten der Pandemie

Während der Arbeit an diesem Artikel schnellen die COVID-19-Infektionszahlen erneut rasant und deutschlandweit in die

Höhe. Die lange prophezeite zweite Welle scheint unaufhaltsam unseren Alltag zu überschwemmen, ein erneuter „Shut-Down“ steht bevor. Ein Abebben dieser Welle oder gar ein Ende der Pandemie insgesamt sind unabsehbar. Die damit verbundenen Herausforderungen und ethischen Konflikte, gerade auch für die Arbeit in der Gemeindepsychiatrie, z.B. der Konflikt zwischen der Realisierung der Selbstbestimmung der Betroffenen, den Erfordernissen des Infektionsschutzes sowie dem Schutz der Mitarbeitenden sind vielfach besprochen. Im gemeindepsychiatrischen Alltag bedeuten sie einerseits eine zusätzliche, bedeutsame Erschwernis auf den unterschiedlichen Ebenen, andererseits scheinen bekannte Konflikte in dieser Situation wie unter einem „Brennglas“ zusammen zu zurren und an Deutlichkeit zu gewinnen. Beispielsweise, um nur einen zu benennen, die Vielschichtigkeit und Komplexität des Diskurses zur Versorgungsform Einrichtungen und deren Bedeutung in der Eingliederungshilfe. Im Rahmen der Umsetzung des BTHG sollen sie komplett aufgelöst und durch ausschließlich ambulante Assistenzformen ersetzt werden. In der derzeitigen Situation sind die Einrichtungen beides, Schutz-, Möglichkeits- und Entwicklungsoption und enge Begrenzung. Sie ermöglichen Schutz und Sicherheit für besonders ängstliche, vulnerable Personen und bieten darüber hinaus in Zeiten eines gesellschaftlich verordneten „social distancing“ weiterhin wichtige Kontaktmöglichkeiten. Andererseits können sie durch die Beschränkungen, denen Einrichtungen und deren Bewohner, zusätzlich unterliegen (z.B. Einschränkungen bei den Besuchsmöglichkeiten), zu den „Gefängnissen“ werden, die die Kritiker schon immer in ihnen sehen.

Eine Urlaubsreise:

Die lange geplante „inklusive“ Urlaubsreise einer Gruppe von zehn Menschen mit schweren, chronisch verlaufenden psychiatrischen Erkrankungen und zwei assistierenden Mitarbeiterinnen an die Ostsee fällt in die Zeit der rasant ansteigenden Neuinfektionen der zweiten „Pandemie-Welle“. Für einige Betroffene ist es der erste „richtige“ Urlaub in ihrem Leben, für alle aber die erste Reise als Mitglied der Reisegruppe eines örtlichen Omnibusunternehmens. Alle haben lange dafür gespart. Die Teilnehmenden der Busreise kommen, bunt gemischt, aus den verschiedenen Gegenden der Region. Alle Mitglieder der Reisegruppe des Trägers

halten, trotz steigender Infektionszahlen und erneut verschärfter Kontaktrestriktionen gerade für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen, an ihrem Wunsch fest, möchten an der Reise teilnehmen. Der Reiseveranstalter sieht ebenfalls keinen Grund für eine Absage der Reise. Was ist zu tun?

Fazit

Die vier beispielhaft dargestellten „Konflikte“ aus dem gemeindepsychiatrischen Alltag zeigen m. E. deutlich, dass ethische Erwägungen und Diskurse Bestandteil der gemeindepsychiatrischen Praxis sein sollten und nicht nur in die, meist akademischen, Diskurse in den Fachzeitschriften oder an den Universitäten gehören. Sie verfügen über eine direkte Handlungsrelevanz im Alltag, können helfen, aus begrenzenden, belastenden „Konflikten“ „Herausforderungen“ zu machen. So können ethische Fallbesprechungen und Supervisionen wichtige Impulse für die alltägliche Arbeit geben, entlastend für Mitarbeitende und Betroffene sein und zu wichtigen Impulsgebern für die Entwicklung der Organisation bzw. des Trägers werden. Auf der Ebene der Leitungskräfte stellt sich immer häufiger die Frage, ob die ethischen (z.B. diakonischen) Leitlinien der Organisation, mit den sich verändernden ökonomischen Leitlinien zu vereinbaren sind. ●

Literatur

- Bunt, Svenja (2018):** Sich reflektieren und Grenzen beachten! – Gedanken zum ethischen Handeln in der Sozialpsychiatrie, in: *Soziale Psychiatrie* 04/2018, 8–10
- Fleßa, Steffen (2014):** Ethische Leitlinien für d. Ökonomie sozialer Dienstleistungen, in: *Kerbe* 3/2014, 29–31
- Heissler, Matthias (2020):** Gelingendes Leben – gelingende Assistenz-Chancen für die ‚Vollendung‘ der Enquete, in: *Soziale Psychiatrie* 04/2020, 36–39
- Heltzel, Rudolf (2014):** Bedenkliche Arbeitsformen in der Gemeindepsychiatrie – Eindrücke aus der Supervisionspraxis, in: *Kerbe* 3/2014, 26–29
- Maio, Giovanni (2014):** Herstellen statt Verstehen? Ethische Grenzen einer ökonomisierten Psychotherapie, in: *Kerbe* 3/2014, 10–13
- Mitzscherlich, Beate (2014):** Ethische Konflikte in der Psychiatrie als Thema der Supervision, in: *Psychiatrische Praxis* 7/2014, 379–384
- Mitzscherlich, Beate (2020):** Macht Sozialpsychiatrie krank? Mitarbeitergesundheit in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern, in: *Kerbe* 2/2020, 42–44
- Petersen, Johannes Peter (2014):** Recht auf Rechte – Die Bedeutung von Ethik für die (sozialpsychiatrische) Praxis, in: *Kerbe* 3/2014, 4–7
- Schädle, Josef (1996):** Die sieben Tugenden – Versuch einer Ethik der Gemeindepsychiatrie, in: *Soziale Psychiatrie* 04/1996, 29–31

Ethische Fallarbeit

Implementierung und Evaluation im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld

Von Annette Noller

1. Ethische Fallbesprechungen

Professionelles Handeln in der Sozialpsychiatrie erfordert ethische Reflexionsfähigkeit (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 199f.; Lob-Hüdepohl 2013). In der Arbeit mit sozial stigmatisierten, mit fremd- und selbstgefährdenden Klient_innen entstehen ethische Zielkonflikte. Eingriffe in die Selbstbestimmung und Übernahme von Verantwortung für vulnerable Klient_innen gehören zum Arbeitsalltag. Wenn dabei divergierende Werte nicht zur Übereinstimmung gebracht werden können, kommt es bei Mitarbeitenden zu moralischem Unbehagen, seelischen Belastungen und zu wiederkehrenden kollegialen Konflikten in den betreuenden Teams.

Um ethische Dilemmata kommunizierbar zu machen, wurde die Methode der ethischen Fallbesprechung entwickelt. Durch methodisch strukturierte Reflexion von Werten sollen ethische Zielkonflikte einer Lösung zugeführt werden. Die Methode wird in der Regel in Teams angewandt. Unter den zahlreichen, auf dem Fortbildungsmarkt angebotenen Verfahren, ist die Nimwegener Methode die prominenteste. Sie ist nach ihrem holländischen Herkunftsort benannt. Die Arbeitsschritte der Nimwegener Methode (Erfassen des Problems, Sammlung von Fakten, ethische Bewertung und Beschlussfassung) können als Grundgerüst zahlreicher Methoden unterschiedlicher Ausprägung betrachtet werden.

Ethische Fallarbeit wurde zuerst im Gesundheitswesen eingeführt und dort wissenschaftlich reflektiert (vgl. Riedel u.a. 2013; Steinkamp u.a. 2009). Die Rezeption der Methode in der Sozialen Arbeit wird diskutiert (Steinkamp 2017). Selten werden dabei Evaluationen zur Qualität und Wirkung dieser Methode präsentiert. Das von der Paul Lechler Stiftung geförderte

Forschungsprojekt, dessen Ergebnisse hier vorgestellt werden, leistet hierzu einen Beitrag. Die Methode der Ethische Fallarbeit wurde im sozialpsychiatrischen Wohnverbund der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart implementiert. Der Prozess wurde von der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg über zwanzig Monate hinweg wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Das Angebot des ambulant betreuten Wohnens, in dem die Methode der ethischen Fallarbeit eingeführt

„Weil Werte ja oft ... so ein starker Antrieb ja auch sind für, für das Verhalten von Menschen“ (El 2, Z. 161f.)

wurde, umfasst 350 Plätze in flexibler, ambulanter Unterstützung und darüber hinaus zwei nach §1906 BGB geschlossen geführte Wohnheime mit 40 Plät-

zen für seelisch erkrankte Menschen. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation durch die Evangelische Hochschule Ludwigsburg wählte einen integrativen Forschungszugang im „Forschungsstil“ der Grounded Theory (Strübing, S.121). Die Implementierung der ethischen Fallarbeit wurde durch Fachtage, Projekttagbücher und Wertecoachings wissenschaftlich begleitet und durch Gruppendiskussionen, Einzel- und Expert_inneninterviews evaluiert. Quantitative Befragungen erfolgten durch zwei Online-Fragebögen zu Beginn (t1=76 Personen) und am Ende der Projektlaufzeit (t2: N=67 Personen)¹.

Es wurden jeweils vier Fragekategorien angeboten (hohe Zustimmung – Zustimmung – Ablehnung – hohe Ablehnung). Eine mittlere Antwortkategorie wurde nicht gewählt, so dass sich die Antwortenden für eine positive oder negative Antwort entscheiden mussten. Die Ergebnisse sind online verfügbar (vgl. Noller 2019). Sie geben einen vertiefenden Einblick in die Rezeption und Wirkungstiefe der Methode in einem sozialpsychiatrischen Handlungsfeld.



Annette Noller

Prof. Dr., die Autorin war Professorin für Ethik und Diakoniewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg. Seit Dezember 2020 ist sie Vorstandsvorsitzende des Diakonischen Werkes Württemberg. E-Mail: noller.a@diakonie-wue.de.

2. Ethische Fallarbeit in der Sozialpsychiatrie – ausgewählte Ergebnisse der Evaluation

2.1 Werte im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld

Zu Beginn der Forschungsphase wurden Daten zur Arbeitssituation und zu Werthaltungen im Forschungsfeld erhoben. Hinsichtlich der *Arbeitssituation* ergab sich ein Bild hoher Zufriedenheit. 98% der Antwortenden² sind „mit der Arbeit im sozialpsychiatrischen Wohnverbund ... insgesamt zufrieden“ (47% trifft voll zu). 100% Zustimmung erhält die Aussage: „Meine Arbeit im sozialpsychiatrischen Wohnverbund empfinde ich als sinnvoll“ (71% trifft voll zu). Dieser sinnerfüllten Arbeitssituationen stehen auf der anderen Seite *Belastungen* gegenüber. Unter den Belastungen im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld wird die Sorge um die Klient_innen am häufigsten genannt. Die Aussage „Gesundheits- und Gewalt Risiken der Klientinnen und Klienten gegen sich selbst belasten mich“ wird von 71% als zutreffend angekreuzt (6,8% trifft voll zu“, 64,4% trifft zu). Häufig werden auch Belastungen durch gesellschaftliche Stigmatisierungen (62%) und Gewalttrisiken gegen Angehörige (50%) angegeben. Zeitmangel (55% Zustimmung) wird als Belastung wahrgenommen, ebenso wie Wertekonflikte (45% Zustimmung) (vgl. Noller 2019, S. 15-17).

Auch in *Wertkonflikten* dominiert die Situation der Klient_innen: angekreuzt werden aus einer Liste möglicher Zielkonflikte: „Selbstbestimmung der Klient_innen versus Normalitätserwartungen der Gesellschaft“ (98%). Schutz bei gesundheitlichen Gefährdungen / Selbstgefährdungen versus Selbstbestimmung (95%). Als typische Wertekonflikte werden Toleranzfragen (Hygiene) (93%), Erwartungen von Kostenträgern versus Bedürfnisse von Klient_innen (70%) und weitere Wertekonflikte (zeitliche Belastungen, Selbstsorge versus Verantwortung) angegeben. Bemerkenswert hoch ist auch das Interesse für das Thema „Ethik und Menschenbild“, das von 78% der Antwortenden am häufigsten aus einer Liste zu beruflichen Interessen angekreuzt wird. 100% geben an, dass „Werte im Arbeitsalltag“ sehr wichtig oder wichtig sind. Dabei wird vor allem die wertschätzende, respektvolle Kommunikation mit den sozial stigmatisierten Klient_innen (98,3%) als handlungsleitend angegeben. Das Ziel ist Inklusion. Selbstbestimmung der Klient_innen wird als Handlungsziel (95%) angesehen, wobei die Betreuenden im Zweifelsfall „Fürsorge“ zum Schutz vor Schaden über die Selbstbestimmung stellen (90% Zustimmung) (vgl. ebd., S. 18-19).

Unter den *Entlastungs- und Unterstützungsfaktoren* wird ohne jede Einschränkung an erster Stelle das Team genannt. Auf die Frage: „Wodurch werden Sie in ihrem Arbeitsalltag unterstützt“, wird von 100% aus einer Liste die Antwort „a) durch Kolleginnen und Kollegen, das Team“ positiv votiert (80% „trifft voll zu“). Die Aussage „Im Team kann ich Probleme / Herausforderungen offen ansprechen, Lösungen werden in einem wertschätzenden, offenen Diskurs erarbeitet“ wird von 90% als zutreffend angekreuzt (42% trifft voll zu) (vgl. ebd., S. 17).

Die Daten lassen eine hohe Affinität der Mitarbeitenden zu Wertefragen erkennen. Diese korrespondiert mit Wertekonflikte und Belastungen hinsichtlich der Lebenssituation der Klient_innen. Die Methode der ethischen Fallarbeit traf in diesem Forschungsprojekt auf eine Mitarbeiterschaft in

Teams, die eine durch Supervision und wöchentliche Fallarbeit bereits bestehende kollegiale Team- und Kommunikationskultur mit hoher Affinität zu Werten besaß. Das Projekt konnte an den alltäglich erfahrbaren Dilemmasituationen und deren Lösungsbedarfen anknüpfen.

2.2 Ergebnisse zur Implementierung ethischer Fallarbeit

Die Einführung der ethischen Fallarbeit erfolgte aus der Mitte der Kollegen-schaft heraus durch das Engagement eines Mitarbeiters, der eine einjährige Fortbildung zur ethischen Fallberatung absolviert hatte. Nach der Ausbildung von zwei weiteren Mitarbeiterinnen durch kürzere Fortbildungen wurde das Projekt zur Implementierung aufgesetzt, das vorsah, ethische Fallbesprechungen auf Anfrage hin in den sieben Teams vorzunehmen. Dazu wurden in den Teams Ethikansprechpartner_innen gewonnen, die im Bedarfsfall den Kontakt zu den Ethikberater_innen herstellen sollten. Begleitet wurde die Einführung durch Fachtage und Wertecoachings (vgl. Noller 2019, S. 23-27).

Die Einführung der ethischen Fallbesprechungen wurde in allen Gruppendiskussionen und Einzelinterviews begrüßt und insgesamt als gelungen beschrieben (81% Zustimmung im zweiten Online-Fragebogen, n=32³). 74% geben an, dass „ethische Fragen ... jetzt präsenter (sind) in meinem Arbeitsalltag“. In allen Evaluationen wird ausnahmslos die gute methodische Durchführung festgestellt. Die positiven Effekte der ethischen Fallbesprechung werden ausführlich beschrieben. Ethische Fallbesprechungen ermöglichen, dass Wertekonflikte hilfreich gelöst werden konnten. Die Rückmeldungen zur Arbeit der Ethikberater_innen und zu den Fachtagen erfolgten positiv, zum Teil in Superlativen. Die ethische Fallberatung wurde immer zu zweit durchgeführt und protokolliert. Eine wichtige Rolle in der

Auswahl der zu besprechenden Fälle haben die Ethikansprechpartner_innen, die damit beauftragt waren, ethische Konflikte im Arbeitsalltag der Teams zu identifizieren und bei Bedarf den Kontakt zu den Ethikberater_innen herzustellen. Sie werden in Gruppendiskussion als „das Ethikohr“ (GD 7, Z. 712) der Teams bezeichnet. Die Einführung der Methode, so ein Ergebnis der Evaluationen, wird auch deshalb als gelungen angesehen, weil sie nicht nur durch ethische Fallbesprechungen in den Teams erfolgte, sondern auch durch teamübergreifende Fachtage im gesamten Wohnverbund mit jeweils 50 - 80 Teilnehmenden (vgl. Noller 2019, S. 23-27).

In der Evaluation wurden Qualitätsmerkmale und Hindernisse der ethischen Fallarbeit erhoben. Ein zentrales Ergebnis ist, dass die Methode durch Intensität und Wirkungstiefe gekennzeichnet ist. Angefragt wurden die Ethikberater_innen in den besonders

herausfordernden Arbeitssituationen, wenn hohe gesundheitliche Risiken (bis hin zur Todesgefahr) bestanden, die Eingriffe in die

Selbstbestimmung notwendig machten oder wenn gravierende sexualethische Fragen zu klären waren (Schwangerschaft und Kindeswohl, Geschlechtsumwandlung, Verdacht auf Missbrauch). Ethische Fallbesprechungen wurden auch zur Überprüfung von Routinen durchgeführt oder in neuen, noch nicht bekannten Situationen (ebd., S. 33-35).

Ausführlich wird in den Gruppendiskussionen und Interviews beschrieben, dass der Rekurs auf Werte die als unlösbar erscheinenden Zielkonflikte in den Teams kommunizierbar macht (vgl. ebd., S. 33-34). Im zweiten Online-Fragebogen geben diejenigen,

die an Fallbesprechungen teilgenommen haben (n=20) zu 96% als „voll zutreffend“ oder „zutreffend“ an, dass „die ethische Fallarbeit geholfen hat, verschiedene Meinungen über einen Fall im Team zu diskutieren“, 81% stimmen zu, durch die Methode „Entlastung in schwierigen Situationen“

„B2: Also, ich muss sagen, die Kollegen machen das super. Also die leiten es richtig schön an...“ (GD 5, Z. 262f.)

„... und das, was am Ende dabei rauskam, war extrem hilfreich.“ (EI 4, Z. 134f.)

„.... weil ich fand es ja immer DANN gut, wenn wir selber so nicht mehr gewusst haben. Also jetzt haben wir schon sechs Mal über diese Klientin gesprochen, jetzt brauchen wir was Anderes.“ (GD 7, Z. 575-577.)

erfahren zu können, 96% geben an, dass sie „Zwangsmaßnahmen ... kritisch überprüfen“ konnten (ebd., S. 46). Wenn die Werte, die der jeweils anderen Option zugrunde liegen, erkennbar werden, wird es einfacher, eine entgegengesetzte Meinung anzuerkennen und wertzuschätzen. Konflikte und Situationen professionellen Unbehagens konnten nach Aussage der Interviewten durch den Rekurs auf die je zugrundeliegenden Werte gelöst werden. Ein tieferes Verständnis für die Situation der Klient_innen wurde nach Aussage der befragten Mitarbeitenden gewonnen (96% Zustimmung, ebd. S. 46). Mehr Möglichkeiten zur Selbstbestimmung der Klient_innen konnten reflektiert werden. 100% aller Antwortenden des zweiten Online-Fragebogens (n=31) stimmt der Aussage zu: „Die ethische Fallbesprechung kann helfen, die Würde der Klient_innen besser in den Blick zu nehmen (58% trifft voll zu). In den Evaluationen, insbesondere auch in den Experteninterviews wird dabei deutlich, dass die Wahrung der Würde in der Selbstbestimmung der Klient_innen gesehen wird, dass Würde aber auch dann gewahrt bleiben kann, wenn bei notwendigen Eingriffen das Gespräch mit den gefährdenden und vulnerablen Klient_innen nicht abbricht (vgl. ebd., S. 47-49).

In den Evaluationen wurde deutlich, dass die ethische Fallbesprechung die wöchentliche Fallbesprechung und die Supervisionen in den Teams nicht ersetzt, dass sie aber als eine dritte Methode mit ihrem spezifischen Wertebezug eine eigene Relevanz besitzt. Nach übereinstimmender Rückmeldung aus allen sieben Teams ist eine Gesprächsdauer von 1,5-2 Stunden angemessen, um zu einem profunden Ergebnis zu kommen. Die Lösungen, die in der ethischen Fallbesprechung gewonnen werden, benötigen Zeit, da sie „in der Tiefe“, in den zugrundeliegenden Werten gefunden werden (vgl. ebd., S. 35-39, Zitat: 35).

Die Methode wurde in den Teams in unterschiedlicher Häufigkeit angewandt, wobei sich die positiven Wirkungen bei mehrmaligen Anwendungen vertieften. In den 20 Monaten der Projektlaufzeit wurden 16 ethische

Fallbesprechungen durchgeführt. 2/3 (65%, n=31) geben am Ende der Laufzeit an, an 1-2 ethischen Fallbesprechungen teilgenommen zu haben, 19% haben an „3 und mehr“ teilgenommen, 16% geben an, an keiner Fallbesprechung teilgenommen zu haben (ebd., S. 30). Die Einführung und strukturelle Verankerung der Methode benötigt – das verdeutlichen diese Zahlen – Zeit, Ressourcen und engagierte Mitarbeitende, die von der Bedeutung wertebasierter Arbeit überzeugt sind. Zugleich entwickelt ethische Fallarbeit insgesamt hohe Wirkungen. Sie trifft auf durchgehend hohe Akzeptanz. Das gilt auch dann, wenn sie nur sporadisch angewandt wird.

Als ergänzungsbedürftig erwies sich die Organisationsstruktur (vgl. ebd., S.41-43). Die ethischen Fallbesprechungen fanden im Projektzeitraum nur auf Anfrage hin statt, bei aktuellem Bedarf. 2/3 der Teams wünschten sich ergänzend dazu feste Termine (2-4 ethische Fallbesprechungen pro Jahr). Diskutiert wurde auch die Frage, ob weitere Personen, die Klient_innen selbst oder Angehörige, in die ethischen Fallbesprechungen einbezogen werden sollten.

Die Evaluationen aus diesem Forschungsprojekt ergeben zusammenfassend folgendes Bild: Mit Hilfe von ethischer Fallarbeit können moralische

Dilemmata in der Sozialpsychiatrie methodisch strukturiert besprochen und in Lösungen überführt werden. Die Methode ermöglicht

Befriedung in wiederkehrenden Teamkonflikten. Ein Gewinn der Methode liegt in der seelischen Entlastung der Mitarbeitenden in ethischen Zielkonflikten, insbesondere in gravierenden, akuten Fällen. Ethische Fallarbeit vertieft die ethische Reflexionsfähigkeit in den Teams. Sie hilft, Routinen – insbesondere Zwangsmaßnahmen – zu überprüfen und entfaltet hinsichtlich der Reflexion von Selbstbestimmung und Würde der Klient_innen positive Wirkungen. ●

Anmerkungen

¹ Im zweiten Online-Fragebogen wurden nur diejenigen Mitarbeitenden befragt, die auch schon den ersten Fragebogen erhalten hatten.

² Wenn nicht anders angegeben gilt im Folgenden jeweils n=58 oder 59 Personen. Zusammengefasst werden jeweils die Antwortkategorien „trifft voll zu“ und „trifft zu“.

³ Der Rücklauf im zweiten Online-Fragebogen (N=67) betrug etwas unter 50%, die Teams waren durch Fluktuation der Mitarbeitenden (Schwangerschaften, Stellenwechsel) und durch Umzüge ganzer Teams über einen längeren Zeitraum zeitlich belastet. Wenn keine andere Angabe erfolgt, ist n=32 oder n=31.

Literatur

Lob-Hüdepohl, Andreas (2013): ‚People first‘. Die Mandatsfrage sozialer Professionen aus moralphilosophischer Sicht, in: Ethikjournal 1. Jg., Aug. 1, S. 1-22 (www.Ethikjournal.de, Zugriff am 28.09.19).

Noller, Annette (2019): Ethische Fallarbeit in der Sozialpsychiatrie. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Praxisprojekts (https://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/Redaktion/2_unsere_angebote/gesundheits/Brosch%C3%BCre_Ethische_Fallarbeit_in_der_Sozialpsychiatrie.pdf). (Zugriff am 23.01.19)

Riedel, Annette / Lehmeier, Sonja / Elsbernd, Astrid (2013): Einführung von ethischen Fallbesprechungen. Ein Konzept für die Pflegepraxis, 3. Aufl. Lage: Jakobs Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern: Haupt-Verlag.

Steinkamp, Norbert (2017): Über die Bedeutung der Zwischentöne. Ethische Fallbesprechung in der Sozialen Arbeit, in: Ethikjournal 4. Jg., Ausgabe 1 (www.ethikjournal.de, Zugriff am 2.10.19), S. 1-19.

Steinkamp, Norbert / Gordijn, Bert (2009): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. Neuwied u.a.: Luchterhand Verlag.

Strübing, Jörg (2018): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. 2. Aufl. Berlin / Boston: Walter de Gruyter.

Zum Umgang mit Zwang aus menschenrechtlicher Perspektive

Von Sabine Bernot

I. Einleitung

Der Kerngedanke aller Menschenrechte ist es, ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Trotzdem halten einzelne Menschenrechtsgruppen sowie das Bundesverfassungsgericht Zwangsmaßnahmen als letztes Mittel („ultima ratio“) zum Schutz der Person für zulässig, mit strengen rechtlichen Anforderungen an ihre Anwendung. Im Rahmen psychiatrischer Behandlungen ist die Anwendung von Zwang eine Möglichkeit zu intervenieren. Die UN-Behindertenrechtskonvention normiert hingegen ein absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen aufgrund einer Behinderung und setzt damit in Deutschland und weltweit neue Impulse in der Diskussion zur Gestaltung der psychiatrischen Versorgung. Im Folgenden soll anhand des Rechts auf Freiheit und Sicherheit der Person und des Rechts auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit exemplarisch die Komplexität der Diskussion beleuchtet werden.¹

II. Grundlagen

Um die Diskussion zu verstehen, ist es erforderlich den Begriff Zwang zu bestimmen.

1. Was ist Zwang?

Zwang liegt vor, wenn nicht zugelassen wird, dass eine Person selbstbestimmt über sich und ihre gesundheitliche Behandlung entscheidet. Unterschieden wird dabei zwischen formellem und informellem Zwang. Formeller Zwang findet statt, wenn gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person und zum Teil sogar gegen ihren körperlichen Widerstand bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden. Hierunter fällt die Unterbringung einer Person ebenso wie die ärztliche Zwangsbehandlung, freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, medikamentöse Sedierung oder Isolation. Informeller Zwang liegt hingegen vor, wenn die Zustimmung zu einer Behandlung oder Maßnahme durch Druck erwirkt wird, etwa weil die Unterstützung versagt wird, die die Person für eine Ent-

scheidungsfindung benötigt oder falsche, nur unvollständige oder für die Person nicht verständliche Informationen zur Verfügung gestellt werden.

2. In welchen Situationen findet Zwang statt?

Zwang kann im Rahmen einer institutionellen Unterbringung stattfinden, insbesondere im Justiz- und Maßregelvollzug, in psychiatrischer Unterbringung, aber auch in stationären Einrichtungen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Kinder und Jugendliche. An der Entscheidung über Zwangsmaßnahmen sind Richterinnen und Richter, Ärztinnen und Ärzte und unter Umständen auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer oder sorgeberechtigte Personen beziehungsweise Vormünder beteiligt. Die Anwendung von Zwang ist in Deutschland gesellschaftlich umstritten. Teilweise halten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte Zwangsmaßnahmen für unvermeidbar und befürchten, dass sie bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten anders nicht behandeln können und auch, dass sie sich selbst in akuten Situationen ohne die Möglichkeit zur Ausübung von Zwang vor tätlichen Angriffen nicht schützen können.² Auf der anderen Seite gibt es gleichzeitig auch gute Ansätze und Bestrebungen zur Vermeidung von Zwang.³

III. Grund- und menschenrechtlicher Rahmen

Das Bundesverfassungsgericht stellt strenge Anforderungen an die Anwendung von Zwang. So müssen Fixierungen durch eine Richterin oder einen Richter genehmigt werden und eine Eins-zu-eins-Betreuung gewährleistet werden⁴; bei der Medikamentengabe gegen den natürlichen Willen sind nicht nur die Nebenwirkungen, sondern auch das subjektive Empfinden des „Schreckens der Zwangsinvasion in die körperliche Integrität“⁵ zu berücksichtigen. Der Bundesgerichtshof hat zudem jüngst für das Betreuungsrecht entschieden, dass der mit einer Zwangsbe-



Sabine Bernot

Dr. jur., wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte. Der Beitrag gibt die persönliche Ansicht der Autorin wieder.

handlung verbundene Grundrechtseingriff sich auf einen „breiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens stützen können [muss], und zwar sowohl was die Therapie als solche betrifft als auch deren spezielle Durchführungsform im Wege der Zwangsbehandlung gegen den Widerstand des Patienten“⁶.

Menschenrechtlich wird die Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen Zwang in der psychiatrischen Versorgung zulässig sein kann, graduell unterschiedlich beantwortet bis hin zu der Auffassung, dass Zwangsmaßnahmen aufgrund einer Behinderung zu verbieten sind. Zwangsmaßnahmen greifen in den Schutzbereich vieler Menschenrechte ein, insbesondere: das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person, das Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit, das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht, das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit, das Recht auf Freiheit von Folter, grausamer, erniedrigender oder unmenschlicher Behandlung sowie das Recht auf Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Nachfolgend werden wichtige menschenrechtliche Aspekte im Bereich der Zwangsanwendung exemplarisch am Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit sowie am Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit skizziert.

1. Das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person

Formelle Zwangsmaßnahmen werden schwerpunktmäßig unter dem Menschenrecht auf Freiheit und Sicherheit

der Person diskutiert, welches zunächst in Artikel 9 des Paktes über bürgerliche und politische Rechte (IPbPR; Zivilpakt)⁷ kodifiziert wurde. Das Recht auf Freiheit schützt vor willkürlicher oder ungesetzlicher Inhaftierung und vor Freiheitsentzug. Freiheitsentzug ist weit zu verstehen und erfasst auch die Zwangseinweisung in eine Klinik. Maßnahmen gegenüber einer Person, die sich bereits in Haft befindet, wie etwa Einzelhaft oder der Einsatz von Zwangsmitteln („physical restraint devices“), stellen einen weiteren Freiheitsentzug dar. Das Recht auf Sicherheit fordert die physische und psychische Integrität vor Gewaltanwendung, unabhängig von einer Inhaftierung. Der Menschenrechtsausschuss, der für die Auslegung des Zivilpaktes zuständig ist, erachtet Zwangsmaßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit unter engen materiellen und prozessualen Voraussetzungen und als letztes Mittel („last resort“) für zulässig.⁸ Ebenso lässt der Unterausschuss zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe⁹ Zwangsmaßnahmen bei Selbst- oder Fremdgefährdung zu. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte erachtet Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen („persons of unsound mind“) für zulässig.¹⁰ Mit dem Übereinkommen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention; UN-BRK; Konvention)¹¹ ist das ausnahmslose Verbot von Zwangsmaßnahmen aufgrund einer Behinderung menschenrechtliches Postulat geworden. Nach Artikel 14 UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen - gleichberechtigt mit anderen - das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit. Freiheitsentziehende Maßnahmen oder andere Behandlungen gegen den Willen aufgrund einer Behinderung sind nicht mit der Konvention vereinbar. Gleichzeitig legt die Konvention mit ihrem menschenrechtlichen Verständnis von Behinderung¹² das Augenmerk auf die Strukturen, die Situationen begünstigen, in denen Zwang stattfindet. Die UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen erläutert, dass die zugrundeliegenden Ursachen für Freiheitsentzug bei Menschen mit Behinderungen weitgehend gesellschaftlich bedingt sind. Stigmata und Vorurteile über ihre Gefährlichkeit, teilweise auch bei medizinischem Personal, dienen der Rechtfertigung von rest-

riktiven Regeln. Unfreiwillige Unterbringungen werden auf einen vermeintlichen Behandlungs- und Versorgungsbedarf gestützt, obwohl der eigentliche Grund häufig ein Mangel an gemeindenaher Unterstützung, einschließlich nicht-medizinischer Krisendienste, ist. Die unfreiwillige Unterbringung von Personen, die sich in einer schweren Krisensituation befinden, birgt die Gefahr von weiterem Stress und Trauma.¹³ Menschen mit Behinderungen wird in diesem Moment zudem die rechtliche Handlungsfähigkeit versagt und sie können für eine für sie unvorhersehbare Zeit nicht über ihren Aufenthaltsort und ihren Körper selbst entscheiden. Das Vorliegen einer Behinderung kann in keinem Fall den Entzug von Freiheit rechtfertigen.

2. Das Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit

Verschiedene UN-Sonderberichterstatterinnen und -berichterstatter sowie das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte¹⁴ haben sich in den letzten Jahren vertieft mit dem Themenkomplex Zwang und psychische Gesundheit auseinandergesetzt. So hat der UN-Sonderberichterstatter des Rechts auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit betont, dass zu den menschenrechtlichen Kernverpflichtungen der Staaten die Ausarbeitung einer nationalen Gesundheitsstrategie gehört, die weg von Zwangsmaßnahmen hin zu einem gleichberechtigten Zugang zu Diensten der psychosozialen Gesundheitsversorgung führt, einschließlich Leistungen in der Gemeinde.¹⁵ Die informierte Einwilligung zu einer Behandlung, also die Zustimmung nach einer barrierefreien Information und Aufklärung über die Behandlung, ist ein Kernelement des Rechts auf Gesundheit. Sie umfasst auch das Recht, eine Behandlung abzulehnen. Der Sonderberichterstatter erläutert, dass als Rechtfertigungsgründe für Zwang „medizinische Notwendigkeit“ und „Gefährlichkeit“ angeführt werden, obwohl es dafür keinen wissenschaftlichen Nachweis gibt. Auch können diese Merkmale sehr weit interpretiert werden, was Fragen der Willkür aufwirft. Überdies ist zu berücksichtigen, dass Entscheidungen zur Anwendung von Zwang innerhalb eines Systems getroffen werden, in dem häufig zwangsfreie Behandlungsmethoden fehlen. Zwang in der Psychiatrie verfestigt das Machtungleichgewicht in pflegerischen Beziehungen, führt zu Misstrauen, verstärkt Stigmatisierungen und

Diskriminierungen und trägt wesentlich dazu bei, dass sich Menschen aus Angst von den Angeboten der staatlichen Gesundheitsversorgung abwenden und dort nicht die benötigte Unterstützung suchen. Vor dem Hintergrund der UN-BRK ist ein Paradigmenwechsel im psychiatrischen Bereich hin zur Beendigung von Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung vorzunehmen. Das bedeutet, dass ersetzende Entscheidungen durch Dritte im Bereich der physischen oder psychischen Integrität von Menschen mit Behinderungen nicht mehr zugelassen werden dürfen, stattdessen ist Unterstützung zur Entscheidungsfindung in allen Situationen, einschließlich in Notfällen und Krisensituationen, anzubieten.¹⁶

IV. Fazit und Ausblick

Der durch die UN-Behindertenrechtskonvention eingeführte Paradigmenwechsel stellt viele bestehende Grundannahmen zur psychiatrischen Versorgung in Frage und hält zu deren kritischer Überprüfung an. Auch der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen setzt beim gegenwärtigen Staatenprüfverfahren erneut einen Schwerpunkt auf die Frage, was in Deutschland zur Vermeidung von Zwanganwendung und Behandlungen ohne informierte und freiwillige Zustimmung getan wird.¹⁷ Dazu gehört es auch, die Regelungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, zu Zwangsbehandlung und Sterilisation im Lichte der UN-BRK zu reformieren.¹⁸ Wie die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit und die konzeptionelle Weiterentwicklung des psychiatrischen Systems aussehen kann, kann menschenrechtlich nur gemeinsam partizipativ unter aktiver Einbindung von Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern entwickelt werden. 🌟

Anmerkungen

¹ Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): Menschenrechtsbericht Juli 2017 – Juni 2018, Zwang in der allgemeinen Psychiatrie für Erwachsene, S. 57 ff. (59).

² Deutsches Institut für Menschenrechte (2018): Menschenrechtsbericht Juli 2017 – Juni 2018, Zwang in der allgemeinen Psychiatrie für Erwachsene, S. 57 ff. (61).

³ Siehe beispielsweise: Gemeindepsychiatrische Verbände: <https://www.bag-gpv.de/startseite/> (aufgerufen am 05.11.2020).

⁴ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 24. Juli 2018, Az. 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16.

⁵ Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 23. März 2011, Az. 2 BvR 882/09.

- ⁶ Bundesgerichtshof, Beschluss vom 15. Januar 2020, Az. XII ZB 381/19.
- ⁷ Bundesgesetzblatt Jahrgang 1973 Teil II Nr. 60, ausgegeben am 20.11.1973, Seite 1533.
- ⁸ UN-Menschenrechtsausschuss (2014): Allgemeine Bemerkung Nr. 35 zu Artikel 9 des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte (Freiheit und Sicherheit der Person, CCPR/C/GC/35, Rz. 19).
- ⁹ Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2016): Approach of the Subcommittee regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent, CAT/OP/27/2.
- ¹⁰ European Court of Human Rights (2020): Guide on Article 5 of the European Convention on Human Rights – Right to Liberty and Security (last update 31.08.2020), Rz. 110 ff.: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_5_ENG.pdf
- ¹¹ International ist die UN-BRK 2006 in Kraft getreten, in Deutschland mit Ratifikation 2009: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, S.1419.
- ¹² Vgl. Präambel e) und Artikel 1 Absatz 2 UN-BRK, wonach Behinderungen aus der Wechselwirkung zwischen einer Beeinträchtigung und einstellungs- oder umweltbedingten Barrieren entstehen, die Menschen an der gleichberechtigten und vollen Teilhabe hindern können.
- ¹³ UN-Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities (2019): thematic study on disability-specific forms of deprivation of liberty, A/HRC/40/54, Rz. 25ff..
- ¹⁴ UN-High Commissioner for Human Rights (2017): report on mental health and human rights, A/HRC/34/32.
- ¹⁵ UN-Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health (2017): report on mental health, A/HRC/35/21, Rz. 37.
- ¹⁶ UN-Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health (2017): report on mental health, A/HRC/35/21, Rz. 64 und 65.
- ¹⁷ Frageliste des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen im kombinierten zweiten und dritten Staatenprüfverfahren: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/staatenberichtsverfahren> (aufgerufen am 05.11.2020)
- ¹⁸ Deutsches Institut für Menschenrechte (2020): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz „Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts“, abrufbar: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Stellungnahmen/Stellungnahme_Referentenentwurf_BMJV_Entwurf_Gesetzes_Reform_Vormundschafts_Betreuungsrecht.pdf (aufgerufen am 05.11.2020)

Psychiatrie ohne Zwang

Ein Versorgungsmodell für die Zukunft

Von Martin Zinkler

UN Gremien, Vertreter der Selbsthilfe und Betroffene fordern eine psychosoziale Versorgung, die auf Zwangsmaßnahmen verzichtet. Unterstützung und Behandlung sollen dagegen immer dem Willen und den Präferenzen der Betroffenen entsprechen. Dadurch ergeben sich Veränderungen beim Umgang mit psychischen Krisen und psychischer Erkrankung durch die Polizei, in den Kliniken und im Strafvollzug. Fragen im Umgang mit Gefährdung und hinsichtlich der ärztlichen Ethik werden erörtert.

Einleitung

Der Autor und Sebastian von Peter haben ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende psychiatrische Versorgung vorgelegt, in dem Behandlung und Unterstützung entsprechend den menschenrechtlichen Vorgaben verschiedener Organe und Berichterstatter der Vereinten Nationen (United Nations 2013, 2014, 2017a, 2017b, 2018) ausschließlich dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Personen folgen (Zinkler & von Peter 2019). Kammeier hat dafür notwendige Strukturveränderungen formuliert (Kammeier 2019).

Das Konzept hat nicht nur eine lebhaft diskutierte Diskussion in der Fachwelt ausgelöst (Brieger & Menzel 2020, Gahr & Spitzer 2020, von Peter 2020) sondern auch viel Zustimmung von den großen Betroffenen-Verbänden in Deutschland erfahren (Schneider 2021). In diesem Beitrag soll das Konzept anhand der bislang geäußerten Kritik weiterentwickelt werden. Die Einwände lassen sich in vier Themen gruppieren:

- (1) die Situation im Polizeigewahrsam,
- (2) ärztliche Ethik bei Patienten, die Hilfe ablehnen,
- (3) neoliberale Folgen im Strafvollzug und
- (4) Hilfe in Lebenskrisen mit akuter Suizidalität.



Martin Zinkler

Dr., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim; Redakteur der Fachzeitschrift „Recht & Psychiatrie“.

1. Die Situation im Polizeigewahrsam hinsichtlich medizinischer Maßnahmen (Laboruntersuchungen, bildgebende Untersuchungen des Gehirns). Medizinische Maßnahmen bei Patienten, die diese ablehnen. Umgang mit Gefährdung im Polizeigewahrsam.

Eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie verwendet ihre Ressourcen nicht mehr für Gebäude, in denen Personen gegen ihren Willen eingesperrt werden und nicht mehr für Personal, um diese Personen zu bewachen. Die damit freiwerdenden Ressourcen fließen in aufsuchende Arbeit an den Orten, wo psychische Probleme besonders akut werden oder schlimme Folgen haben können, z.B. in Polizeistationen.

In größeren Polizeistationen sind die Dienste dann rund um die Uhr vor Ort, an kleineren Posten sind sie rund um die Uhr erreichbar. Wenn die Polizei jemanden in einem psychischen

Ausnahmestand in eine Dienststelle bringt, so stehen Mitarbeitende der psychosozialen Dienste schon bereit (Krisendienste an Polizeistationen) oder sie sind kurzfristig erreichbar (allgemeine Krisendienste). Sie sprechen mit der betreffenden Person, beruhigen, informieren, nehmen Kontakt mit Angehörigen auf, und beraten hinsichtlich kurzfristig erreichbarer Hilfsmöglichkeiten.

Beispielsweise wird ein Zimmer in einer Krisenpension (BPE 2020) organisiert, ein Termin bei einer Drogenberatung, oder ein kurzer (natürlich freiwilliger) Aufenthalt in einer Klinik. Medizinische Expertise beim Krisendienst (ähnlich wie derzeit schon in Hometreatment Teams) sorgt dafür, dass bei der Beratung auch medizinische Belange zum Ausschluss bzw. zur Behandlung von körperlichen Erkrankungen beachtet werden.

Die Polizei bzw. ein Gericht entscheiden über die Fortdauer oder Aufhebung des Gewahrsams. Ein Verbringen der Person in eine Klinik erfolgt aber nur mit Zustimmung der betreffenden Person. Zudem weiß die betreffende Person (und die Polizei), dass die Person die Klinik jederzeit wieder verlassen kann, wenn sie das möchte. Schon das dürfte die Bereitschaft, medizinische Diagnostik, z.B. Blutentnahmen oder eine Kernspinnuntersuchung des Kopfes durchführen zu lassen, erhöhen.

Allenfalls dann, wenn Wille und Präferenzen der betreffenden Person nicht zu ermitteln sind oder sich widersprechen, kommt eine bestmögliche Interpretation des Willens und der Präferenzen durch die Mitarbeitenden des Hilfsystems zum Tragen (United Nations 2014). Laboruntersuchungen oder bildgebende Untersuchungen des Gehirns können demnach nur dann durchgeführt werden, wenn die Person damit einverstanden ist oder wenn die Untersuchungen der bestmöglichen Interpretation des Willens und der Präferenzen der Person entsprechen.

Ob zur Durchsetzung dieser Untersuchungen Zwang angewendet werden kann, ist zumindest fraglich (Minkowitz 2017). Dem Autor sind jedenfalls regelmäßig auftretende Situationen aus der Notfallmedizin bekannt, in denen Personen, die völlig außer sich sind, beispielsweise mit einer Drogeninto-

xikation, von Notfallmediziner*innen unter Anwendung von Zwang starke Anästhetika (Kurznarkosemittel) verabreicht werden, um etwa eine bildgebende Untersuchung des Gehirns durchzuführen und eine Überwachung auf einer Intensivstation für die nächsten 12-24h überhaupt zu ermöglichen.

Soweit dieses Vorgehen der bestmöglichen Interpretation des Willens und der Präferenzen der betreffenden Person entspricht, so erscheint es dem Autor legitim. Personen, die öfter in solche Situationen geraten, könnten dafür einen Krisenpass oder eine Patientenverfügung bei sich tragen (oder in ihrer Klinik hinterlegen), in dem möglichst genau festgelegt ist, wie die Helfer vorgehen sollen (nichts unternehmen, in Ruhe gelassen werden, Polizeigewalt, Klinik, Untersuchungen, intensivmedizinische Behandlung ...).

2. Ärztliche Ethik, wenn Hilfe abgelehnt wird.

Nach den Vorgaben der Vereinten Nationen kommt anders als im deutschen Betreuungsrecht die Aberkennung der Einwilligungsfähigkeit als ultima ratio nicht mehr in Frage, um Zwangsmaßnahmen zu rechtfertigen (Aichele 2016). Die Grenze zur Anwendung von Zwang wird also verschoben, zugunsten der rechtlichen Handlungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen, die als „legal capacity“ nach Artikel 12 der Konvention in jeder Situation Bestand hat (United Nations 2014). In Situation mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit kommt Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zum Tragen (Zinkler & DeSabbata 2016), nicht aber eine ersetzende Entscheidung, etwa durch den rechtlichen Betreuer. Weil auch die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung der Zustimmung der betreffenden Person unterliegt, wird es Situationen geben, in denen Menschen Hilfe ablehnen, obwohl Ärzte diese Hilfe als unbedingt erforderlich erachten.

Ärztliche Ethik bedingt dann zweierlei:

- (1) die betreffende Person durch besondere Kommunikation, besonders viel Zeit, mit Hilfe von Angehörigen, Peer-Beratern, Dolmetschern in ein-

fache Sprache/Zeichensprache/non-verbale Kommunikation so zu unterstützen, dass sie sich ernst genommen, angenommen, wahrgenommen und in guten Händen fühlt. Dafür brauchen Mitarbeitende im Hilfsystem besondere Fähigkeiten und

Erfahrungen, die derzeit nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Ärztliche Ethik liegt also darin, solche Unterstützung bei der Entscheidung zugänglich zu machen, nicht anders

als es heute schon passiert, wenn ein Patient eine Sprache spricht, die von niemandem im Klinikteam verstanden wird. Auch dann liegt es letztlich in der Verantwortung der Ärztin, einen Dolmetscher zu organisieren.

Sich so viel Zeit für die Person nehmen, bis klar wird, was Wille und Präferenzen der Person für die gegenwärtige Situation sind.

- (2) Sich so viel Zeit für die Person zu nehmen, bis klar wird, was Wille und Präferenzen der Person für die gegenwärtige Situation sind. Erst dann, wenn der Arzt bzw. das Behandlungsteam davon überzeugt ist, dass die Ablehnung der Hilfe dem Willen und den Präferenzen der Person entsprechen, können sie sich von der Person abwenden. Bis dahin sind Zuwendung, Begleitung und Geduld gefragt. Auch dieses Vorgehen unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom Vorgehen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, wenn schwer alkoholisierte Patienten gebracht werden und die Patienten so lange in der Klinik bleiben, bis sie wieder einen Willen erkennen lassen, ob sie im Krankenhaus bleiben möchten oder nicht. Je ernster die gesundheitliche Situation, desto sorgfältiger sind die Anforderungen an die Feststellung des Willens und der Präferenzen.

3. Es entstünde eine Art neoliberale Situation wie in den USA, mit der Folge, dass viele psychisch Kranke im Strafvollzug landen. Insbesondere hinsichtlich der Situation in Haft.

Personen, die wegen der Schwere der Straftat in Untersuchungshaft oder Strafhaft kommen, haben auch im neuen System die Möglichkeit zur Behandlung, sei es in einer Krankenabteilung im Justizvollzug oder einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus.

Die Entscheidung zur Behandlung folgt dabei zum einen dem, was medizinisch für erforderlich gehalten wird, und zum anderen dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person. Die Betroffenen könnten also wählen, ob sie in Haft bleiben (eventuell mit Behandlung durch ein Team dort) oder lieber in einer Klinik sind.

Dabei spricht vieles dafür, dass die allermeisten Betroffenen sehr genau wissen, ob ihnen für ihre aktuelle Situation die Haftanstalt oder die Klinik geeigneter erscheint. Zudem die Entscheidung für das eine oder das andere jederzeit widerrufen werden könnte. Es würde also weiterhin, so wie auch jetzt, psychisch kranke Personen in Haft geben und psychisch kranke Straftäter in Kliniken.

Eine neoliberale Misere für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie es sie in den USA inzwischen gibt (The Guardian 2018), würde sich daraus nicht ergeben. Denn im neuen System würden mehr Ressourcen für psychosoziale Unterstützung in den Justizvollzugsanstalten zur Verfügung stehen (die forensisch psychiatrischen Kliniken würden ja wesentlich weniger in Anspruch genommen, wenn nur noch Patienten aufgenommen werden, die der Klinik als Alternative zur Haft zustimmen; ohne die unbegrenzte Dauer in der Unterbringung im aktuellen System), so dass auch in Haft Entscheidungen über Hilfsangebote geduldig und effektiv unterstützt werden können. Entscheidend ist hier das Diskriminierungsverbot der Konvention. Menschen mit psychischen Behinderungen dürfen keine Nachteile aufgrund der Behinderung mehr entstehen, z.B. längere Aufenthalte in der forensischen Psychiatrie als in Haft.

4. Was geschieht in Situationen oder Lebenskrisen mit akuter Suizidalität

Auch in einem Hilffssystem nach den Vorgaben der UN werden wir (hoffentlich) Menschen, die alleine auf einer Brücke unterwegs sind, ansprechen und fragen, ob sie Hilfe brauchen. Wir werden versuchen, sie vom Vorhaben, sich von der Brücke zu stürzen, abzuhalten. Sobald die Person in Sicherheit ist, be-

ginnt die professionelle psychosoziale Unterstützung.

Es geht darum, mit der Person Kontakt aufzunehmen, emotional, menschlich, verstehend, empathisch, solidarisch und hoffnungsvoll. Viele gute Beispiele dafür finden sich im QualityRights Trainingsprogramm der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2020). Die Anforderungen an die Ärztin, Wille und Präferenzen hinsichtlich der gewünschten oder auch nicht gewünschten Unterstützung zu ermitteln, sind hier besonders hoch. Ein klinisches Ethikkomitee kann diese Aufgabe unterstützen.

Neue Interventionen müssen kultiviert werden: flexibel, rasch, einführend, nicht-medizinisch, nicht-diagnostisch, nicht-labelnd.

Für die dafür erforderliche Zeit könnte nach Auffassung des Autors ein kurzes gerichtlich angeordnetes Verbleiben in der Klinik in Frage kommen, um der Schutzpflicht des Staates zu genügen. Allerdings findet die Schutzpflicht dort ihre Grenze, wo Wille und Präferenzen der Person sich klar gegen ein individuell mit unterstützter Entscheidungsfindung erstelltes Hilfsangebot richten. Auch hier also verschiebt sich die Grenze zur Anwendung von Zwang in Richtung mehr Selbstbestimmung und findet eine absolute Grenze bei der Zwangsbehandlung; es sei denn, diese wurde in einer Patientenverfügung gerade so festgelegt.

Im neuen System müssen auch neue Interventionen kultiviert werden: flexibel, rasch, einführend, nicht-medizinisch, nicht-diagnostisch, nicht-labelnd, nicht ausschließend, beim Wohnen, bei Finanzen. Solche neuen Interventionen werden dann entstehen, wenn der Psychiatrie die Tür zum Zwang zugeschlagen wird (Degener 2016). Die Psychiatrie soll damit gerade nicht aus der Verantwortung entlassen werden. Wenn sie zu jemandem gerufen wird, der sich das Leben nehmen möchte, muss die Psychiatrie zeigen, wie intensiv, wie flexibel, wie effektiv und wie rasch sie intervenieren kann. Erst aus dieser Verantwortung zieht sie ihre Berechtigung.

Literatur

Aichele, V. (2016): Menschenrechte und Psychiatrie. In: Zinkler, M., Laupichler, K., & Osterfeld, M. Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Köln

Brieger, P., & Menzel, S. (2020): Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra. Psychiatrische Praxis, 47(06)

BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (2020): <https://bpe-online.de/veranstaltung/abschlussveranstaltung-zur-3-jaehrigen-beforschung-der-beiden-bochumer-krisenzimmer/>

Degener, T. (2016): Erwachsenenschutz, Vormundschaft und Betreuungsrecht aus menschenrechtlicher Behinderungsperspektive. *Betreuungsrechtliche Praxis* 25(6)

Gahr, M., & Spitzer, M. (2020): Probleme einer psychiatrischen Versorgung ohne Zwang: Krankenhaus oder Gefängnis? *Recht & Psychiatrie*, 38(3)

Kammeier, H. (2019): Psychiatrische Versorgung ohne Sicherheitsauftrag und Zwang? – Eine Skizze dann notwendiger Strukturänderungen. *Recht & Psychiatrie*, 37(4)

Minkowitz, T. (2017): CRPD and transformative equality. *International Journal of Law in Context*, 13(1)

Schneider, O.A. (2021): Nicht in unserem Namen! Zur Kritik am Konzept einer freiwilligen Psychiatrie aus Betroffenenperspektive. *Recht & Psychiatrie*, im Druck

The Guardian (2018): A ‚hellish world‘: the mental health crisis overwhelming America’s prisons. <https://www.theguardian.com/society/2018/mar/31/mental-health-care-crisis-overwhelming-prison-jail>

United Nations (2013): Human Rights Council. Twenty-second session. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53

United Nations (2014): Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Eleventh session. General comment No. 1 (2014). Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1

United Nations (2017a): Human Rights Council, Thirty-fourth session. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32

United Nations (2017b): Human Rights Council, Thirty-fifth session. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/21

United Nations (2018): Human Rights Council, Thirty-seventh session. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. A/HRC/37/56

Von Peter, S. (2020): Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Pro. *Psychiatrische Praxis*, 47(06)

WHO (2020): WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights. https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/

Zinkler, M., & von Peter, S. (2019): Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 37(4)

Zinkler, M., & De Sabbata, K. (2017): Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen – ein Fallbeispiel. *Recht & Psychiatrie*, 35(4)

Ist Zwang in der Psychiatrie zu rechtfertigen? Ist er zu vermeiden?

Von Peter Brieger und Susanne Menzel

Der Grundgedanke einer psychiatrischen Versorgung ohne jeglichen Zwang wurde in letzter Zeit wiederholt diskutiert und beispielsweise von Martin Zinkler und Sebastian von Peter publiziert (Zinkler und von Peter 2019). Wir hatten diese Idee bereits andernorts diskutiert (Brieger und Menzel 2020). In der Tat ist der Gedanke auf den ersten Blick überzeugend: Es käme zur vermeintlichen Orientierung an der UN-Behinderten-Rechtskonvention und somit zur konsequenten Umsetzung der Menschenrechte. Dies würde bedeuten, dass Menschen in psychischen Krisen, die fachliche Hilfen ablehnen oder als fremdgefährlich im Rahmen ihrer Erkrankung eingeschätzt werden, nur dann in die psychiatrische Versorgung aufgenommen werden, wenn sie dies bejahen. Andernfalls würden sie der Polizei überstellt und dort versorgt, wenn notwendig.

Wir werden versuchen darzustellen, dass ein solches Ziel der Realität in der Versorgung nicht gerecht werden kann und den Focus vom Bemühen um gewaltpräventive Maßnahmen ablenken kann.

Wie kommt Gewalt in die psychiatrische Versorgung?

Gewalttätiges Verhalten spiegelt ganz überwiegend gescheiterte Kommunikation wider: Gewalttätigkeit tritt dann auf, wenn Menschen sich bedroht fühlen und sie sich den Betroffenen als vermeintlich alternativloses, legitimes oder erfolgreiches Mittel zur Selbstverteidigung oder zum Durchsetzen eigener Ziele aufdrängt. Gewalt kann im Gegenzug wiederum Gewalt auslösen; im Rahmen der psychiatrischen Institution vor allem in Form von Zwangsmaßnahmen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern fast ganz überwiegend in den ersten 24 Stunden des Aufenthaltes auftritt (Cole u. a. 2020), also im Rahmen der Aufnahmesituation. Diese kann bereits dadurch eskaliert sein, dass eben kein Krisendienst

oder kein tragendes psychosoziales Umfeld vor der Aufnahme vorhanden war, sondern dass Ordnungsbehörden, Polizei, Rettungsdienst oder andere als übermächtig und überwältigend erlebte Institutionen die Einweisung durchgeführt haben. Gewalttätigkeit kann dadurch ausgelöst sein, dass gerade in der krisenhaften Situation der Aufnahme die Institution Psychiatrie oft ihr unschönes Gesicht zeigt: Zu voll, zu laut, zu wenig individuell; rigide Regeln und geschlossene Türen machen Angst und können so eine Eskalation fördern anstatt die Situation zu entspannen.

Gewalttätigkeit kann auch aus krankheitsbedingten Missverständnissen resultieren: Wahn, Delir oder auch Intoxikation können zur verzerrten Wahrnehmung der Wirklichkeit führen und dann in einer Fehleinschätzung der Situation als Bedrohung resultieren. Schließlich gibt es auch Menschen, seien sie psychisch krank oder psychisch gesund, die in Krisensituationen eher zur Aggression neigen als andere. In jedem Fall ist das Ausagieren von Gewalt geschlechtsgebunden: Männer tendieren hierzu häufiger als Frauen. Durch solch ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren der aufzunehmenden Person, des Versorgungssystems und der vorgefundenen Rahmenbedingungen kann es zu gewalttätigem Verhalten kommen und als Reaktion darauf zu Zwang.

Fremdgefährder – Versorgung durch die Polizei?

Menschen, die psychisch krank und als fremdgefährdend anzusehen sind, müssten, wenn sie der freiwilligen Behandlung in einer psychiatrischen Klinik nicht zustimmen, der Polizei überstellt werden. Die Polizei hätte für diesen Fall entsprechende Kompetenzen und Behandlungsangebote zu entwickeln (Zinkler und von Peter 2019). Die Konzeption beinhaltet auch eine Entmedikalisierung psychiatrischer Krankheitsbilder: Sie werden auf



Peter Brieger

Prof. Dr., Ärztlicher Direktor des kbo-Isar-Amper-Klinikum Region München und 2. Vorstand der Aktion Psychisch Kranke e.V.



Susanne Menzel

Dipl.-Psych; Psychologische Psychotherapeutin, Referentin in der Ärztlichen Direktion des kbo-Isar-Amper-Klinikums Region München

ihre sozialen Phänomene reduziert. Dem fremdgefährdenden psychisch kranken Menschen steht nicht das Krankenhaus als Hilfe offen – was unseres Erachtens der Versorgungsgerechtigkeit widerläufig und stigmatisierend ist. Damit würde die Psychiatrie eine Sonderstellung einnehmen, da solche Ausgrenzungsmechanismen in anderen medizinischen Fächern unvorstellbar sind.

Der Vorschlag geht aus unserer Sicht an der Realität vorbei. Er führte zu einer Psychiatrie, wie sie Foucault gebrandmarkt hat (Foucault 1961): Soziale Devianz und auffälliges Verhalten, das sich gegen andere richtet, würde dann nicht als medizinisches Krankheitsbild verstehbar sein, sondern würde nur auf der Verhaltensebene bewertet werden und dem folgend den Ordnungsbehörden „überstellt“ werden. „Die Befreiung der Kranken von ihren Ketten“ würde damit rückgängig gemacht werden. Müssen wir dann wieder „Narrentürme“ und die Bastille aufbauen? Gefängnisse und Polizeistationen sind aus gutem Grund nicht für psychiatrische Bedarfe geeignet und gerüstet; und hieran wird sich auch auf absehbare Zeit nichts ändern lassen (Opitz-Welke, Konrad, und Völlm 2020).

Gibt es akzeptable Wege, wie mit Zwang und Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus umzugehen ist?

Wenn die Grundentscheidung dahingehend gefallen ist, dass auch fremdgefährdende psychisch kranke Menschen in psychiatrischen Kliniken versorgt werden, wenn dies aus medizinischen und Menschenrechtsgründen notwendig erscheint, dann wird dies aus den genannten Gründen nicht immer ohne Zwang und Gewalt möglich sein. Das Ziel muss sein, grundsätzlich gewaltpräventiv zu arbeiten sowie unvermeidbaren Zwang auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Dafür gibt es verschiedene Ansätze:

1. Institutionelle Aspekte, die Zwang und Gewalt begünstigen, müssen verändert werden: Wie können krisenhafte Situationen ohne stationäre Einweisung bewältigt werden (z.B. durch StäB)? Wie kann die Atmosphäre der Einweisung verbessert werden (z.B. Kooperation des psychiatrischen Krisendienstes mit der Polizei)? Wie können Stationen so gestaltet werden, dass sie gewaltpräventiv wirken (z.B. durch ruhige und freundliche Atmosphäre, durch gute personelle Besetzung, Vermeiden von Überbelegung usw.)? Wie können besonders vulnerable Personen spezielle Unterstützung erfahren (z.B. in den ersten 24 Stunden, die besonders belastend und riskant sind)?
2. Solche Konzepte müssen kontinuierlich dialogisch bearbeitet werden. Der Einbezug von Angehörigen und Betroffenen muss selbstverständlich sein. Der Einsatz von Ex-In-Mitarbeiter*innen in diesem Kontext ist von großer Relevanz.
3. Das BMG-Projekt zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (Wullschleger u. a. 2019) hat gezeigt, dass das Instrument der Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen gewaltpräventiv wirkt. Wenn Zwangsmaßnahmen mit dem Betroffenen standardisiert nachbesprochen werden, ändert dies bei allen Beteiligten die Wahrnehmung von und Herangehensweise an Eskalationssituationen.
4. Zwang und Gewalt müssen kontinuierlich gemonitort werden – das ist eine Aufgabe der Klinikleitung. Entsprechende Kennzahlen sind von hoher Relevanz und müssen mit den

Stationen, den dafür Verantwortlichen und Betroffenen reflektiert werden.

5. Inhalte im Bereich der Gewaltprävention (z.B. Deeskalation, gewaltfreie Kommunikation, Safewards usw.) müssen ein zentraler Punkt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Klinik sein. Prinzipien der Gewaltprävention müssen auch die Grundhaltung prägen. Dazu gehört auch der ethische Diskurs mit der Einrichtung von Ethikboards.

Die Utopie einer Klinik ganz ohne Zwang ist wichtig, da sie uns herausfordert, weiter an der Verbesserung der Behandlungsbedingungen in und außerhalb der Klinik zu arbeiten. Sie bleibt aber dennoch Utopie bzw. ist aus unserer Sicht nur dann erreichbar, wenn bestimmte unbequeme Aspekte unseres Versorgungsauftrages ausgeblendet werden. Wenn aber im Sinne der Medizinethik die biomedizinischen Grundprinzipien Selbstbestimmung, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit Leitlinie unseres Handelns sind, dann sollten alle vier Aspekte unser Handeln bestimmen. Szmukler hat hier eine Position für die WPA formuliert (Szmukler 2019), die dies beinhaltet und die auch unsere Überzeugung und Erfahrung widerspiegelt.

Ist Zwang in der Psychiatrie zu rechtfertigen? Ist er zu vermeiden? Zwang muss vermieden werden, wenn aber ein echtes umfassendes Behandlungsangebot vorgehalten wird, dann ist Zwang in der Psychiatrie ein zwar unschöner Teil der Realität, für den wir uns aber mit verantwortlich fühlen und den wir durch unser Handeln mitgestalten. ●

Literatur

Brieger, Peter, und Susanne Menzel (2020): „Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra“. *Psychiatrische Praxis* 47(6):297–98. doi: 10.1055/a-1169-2163.

Cole, Celline, Angelika Vandamme, Felix Bempohl, Klara Czernin, Alexandre Wullschleger, und Lieselotte Mahler (2020): „Correlates of Seclusion and Restraint of Patients Admitted to Psychiatric Inpatient Treatment via a German Emergency Room“. *Journal of Psychiatric Research* 130:201–6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.033.

Foucault, M. (1961): *Histoire de la folie*. Paris: Librairie Plon.

Opitz-Welke, Annette, Norbert Konrad, und Birgit Völlm (2020): „Editorial: Caring for Those Who Are Neglected and Forgotten: Psychiatry in Prison Environments“. *Frontiers in Psychiatry* 11:126. doi: 10.3389/fpsy.2020.00126.

Szmukler, George (2019): „Capacity', 'Best Interests', 'Will and Preferences' and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities“. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 18(1):34–41. doi: 10.1002/wps.20584.

Wullschleger, Alexandre, Angelika Vandamme, Jennifer Ried, Mara Pluta, Christiane Montag, und Lieselotte Mahler (2019): „Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie“. *Psychiatrische Praxis* 46(03):128–34. doi: 10.1055/a-0651-6812.

Zinkler, M., und S. von Peter (2019): „Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie“. *Recht & Psychiatrie* 37(4):203–9.



2021 PSYCHIATRIE- JAHRESTAGUNG

Teilhabe in der Sozialpsychiatrie

Zwischen
Selbstbestimmung,
Freiheitsverwirklichung
und Fürsorge

29. und 30. April 2021
Online-Tagung

Weitere Informationen

Anmeldung & Programm
finden Sie zum Download
unter: www.beb-ev.de/peai

In Kooperation mit

Diakonie 
Deutschland

ba|kd
Bundesakademie für
Wörter und Diakonie

Offene Unterbringungsformen in der Psychiatrie

Überlegungen zur Stärkung der Nutzer*innenperspektive

Von Anna Werning, Georg Juckel und Jakov Gather

Offene Unterbringungsformen werden in der Psychiatrie kontrovers diskutiert. Wir plädieren in unserem Beitrag dafür, bei der zukünftigen Erforschung und klinischen Umsetzung von offenen Unterbringungsformen verstärkt die Nutzer*innen und ihre Perspektiven einzubeziehen.



Anna Werning
Dipl. Mol. Biomed., EX-IN-Genesungsbegleiterin, wissenschaftliche Hilfskraft, BMBF-Forschungsgruppe SALUS, Ruhr-Universität Bochum. E-Mail: anna.werning@rub.de



Georg Juckel
Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum. E-Mail: georg.juckel@rub.de



Jakov Gather
Dr. med., M.A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der BMBF-Forschungsgruppe SALUS, Ruhr-Universität Bochum. E-Mail: jakov.gather@rub.de

Hintergrund

Seit Jahren gibt es kontroverse Diskussionen zu dem Thema, ob und wie sich eine weitgehende Öffnung der Psychiatrie, das heißt ein Verzicht auf die Verriegelung der Stationstüren auf psychiatrischen Akutstationen, umsetzen lässt. Im Kontext offener Unterbringungsformen stellen sich unter anderem die Fragen: Welchen Nutzen oder Schaden kann eine Türöffnung für die Patient*innen haben? Wie kann ein psychiatrisches Krankenhaus bei Verzicht auf einen Türschluss dafür Sorge tragen, dass sich rechtlich untergebrachte Patient*innen der Unterbringung nicht entziehen? Und wie sind diese verschiedenen Alternativen klinisch und ethisch zu bewerten?

Bisherige empirische Forschung

Tilman Steinert und Kollegen haben kürzlich (2019) einen Überblick über die bisherige empirische Forschung zu offenen Unterbringungsformen in psychiatrischen Kliniken vorgelegt. Als Outcome-Parameter, auf die sich eine „open-door policy“ auswirken könne, seien dabei in den meisten Studien unter anderem Suizide, Suizidversuche, Entweichungen oder Zwangsmaßnahmen untersucht

worden. Einige Studien hätten gezeigt, dass eine „open-door policy“ nicht zu mehr Suiziden, Suizidversuchen oder aggressiven Übergriffen führe als eine „locked-door policy“. Es sei außerdem berichtet worden, dass eine Türöffnung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen könne. In der Gesamtbetrachtung habe sich gezeigt, dass es eine Fülle von Konzepten zur Türöffnung gebe, gleichzeitig aber auch einen Mangel an deren klarer Beschreibung und Operationalisierung. Daher gäbe es bisher nicht ausreichend aussagekräftige wissenschaftliche Daten zur eindeutigen Beantwortung der Frage, in welchem Ausmaß psychiatrische Kliniken auf geschlossene Türen verzichten sollten und welche Chancen und Risiken dies mit sich bringen würde (Steinert et al., 2019).

Nutzerperspektive stärker berücksichtigen

Der beschriebene Stand der empirischen Forschung zeigt, dass weiterhin großer Bedarf nach differenzierten Untersuchungen besteht. Hierzu möchten wir anregen, die Nutzer*innen der Psychiatrie in der Zukunft stärker bei der Erforschung offener Unterbringungsformen einzubeziehen. Es mangelt bislang an

Studien, die nicht nur die Anwendung von Zwangsmaßnahmen oder die Zahl der Suizidversuche in Abhängigkeit vom Türöffnungsstatus untersuchen, sondern auch Merkmale wie Patientenzufriedenheit oder subjektiv empfundenen Zwang berücksichtigen. Hierzu könnten Betroffene entweder durch standardisierte Befragungen (wie bspw. in Efke et al. 2019) oder durch qualitative Interviews (wie bspw. in Kalagi et al. 2018) als Forschungsteilnehmer*innen einbezogen werden. Darüber hinaus wäre auch die Beteiligung von Nutzer*innen an der Entwicklung von Forschungsdesigns und der Durchführung von wissenschaftlichen Projekten im Sinne einer partizipativen Forschung äußerst wünschenswert. Inhaltlich wichtig wäre dabei zu untersuchen, welche Alternativen zum Türschluss zum Einsatz kommen. Als Alternativen zur geschlossenen Tür werden, neben diversen freiheitsentziehenden Maßnahmen im engeren Sinne, die oft als milder empfundene Mittel der intensivierten Betreuung oder der Anwendung psychologischen Drucks diskutiert (Gather et al. 2019). Doch empfinden Patient*innen die ständige Begleitung durch Professionelle während einer 1:1-Betreuung, die Anwendung psychologischen Drucks in Form von Drohun-

gen („Wenn Sie versuchen, die Station zu verlassen, werden wir Sie isolieren!“) oder die Erzeugung eines „schlechten Gewissens“ durch zwischenmenschliche Beeinflussung wirklich als weniger schlimm als eine geschlossene Stationstür? Dies ist nicht hinreichend geklärt und Nutzerperspektiven dazu sollten in Zukunft stärker erforscht werden.

Zudem ist der Fokus vieler Wissenschaftler*innen auf unfreiwillig untergebrachte Patient*innen gerichtet. Eine wichtige Frage ist jedoch auch, welchen Einfluss geschlossene Türen auf Patient*innen haben, die sich freiwillig auf einer solchen Station in Behandlung befinden. Auch für sie können geschlossene Türen den Eindruck verstärken, in einer Art „Gefängnis“ zu sein. Die Präferenzen und Bedürfnisse dieser Patientengruppe sollten daher ebenfalls mit einbezogen werden, wenn es um die Entscheidung für oder gegen offene Unterbringungsformen geht.

Neben der Forschung sollten Nutzer*innen auch stärker an der konkreten Planung und Umsetzung offener Unterbringungsformen in der klinischen Praxis beteiligt werden. Dies könnte zum Beispiel durch die Einbeziehung von Genesungsbegleiter*innen oder anderen (ehemals) Betroffenen im Rahmen von baulichen oder konzeptionellen Umgestaltungsmaßnahmen von Kliniken oder Stationen geschehen. Die Erfahrungen der Nutzer*innen, und zwar sowohl der ehemals unfreiwillig als auch der ehemals freiwillig behandelten Patient*innen, sollten als wichtiger Faktor bei der Entscheidung über die konkrete Umsetzung offener Unterbringungsformen angesehen werden. In diesem Prozess sollte auch gemeinsam erörtert werden, welche alternativen Ansätze und Maßnahmen am geeignetsten erscheinen, um die stationäre psychiatrische Behandlung möglichst nutzerorientiert zu gestalten und gleichzeitig die im Rahmen von Unterbringungen notwen-

digen Sicherheitsaspekte hinreichend zu berücksichtigen. ●

Literatur

Efkemann, S. A., Bernard, J., Kalagi, J., Otte, I., Ueberberg, B., Assion, H.-J., Zeiß, S., Nyhuis, P. W., Vollmann, J., Juckel, G., Gather, J. (2019): Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study, in: *Frontiers in Psychiatry*, 10:576. doi: 10.3389/fpsy.2019.00576

Gather, J., Scholten, M., Henking, T., Vollmann, J., Juckel, G. (2019): Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt? Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck, in: *Nervenarzt*, 90(7):690–694. doi: 10.1007/s00115-019-0717-3

Kalagi, J., Otte, I., Vollmann, J., Juckel, G., Gather, J. (2018): Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study, in: *BMC Psychiatry*, 18(1):304. doi: 10.1186/s12888-018-1866-9

Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. G., Hirsch, S. (2019): Offene Türen in psychiatrischen Kliniken. Eine Übersicht über empirische Befunde, in: *Nervenarzt*, 90(7):680–689. doi: 10.1007/s00115-019-0738-y

Zu Nutzen, Wirkung und Grenzen von Behandlungsvereinbarungen

Von Stefan Weinmann

Über Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen wird in letzter Zeit viel gesprochen. Fragt man aber nach, so gibt es doch wenige Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, die eine schriftliche Vereinbarung, einen Plan, eine Verfügung oder ähnliches zu künftiger Behandlung haben. Genauso wenige Ärzt*innen haben sich mit ihren Patienten zusammengesetzt, um derartige Vereinbarungen zu entwickeln. Woran liegt das? Und was ist eigentlich eine Behandlungsvereinbarung, was eine Patientenverfügung, was ein Krisenpass? Was sind Vorteile und Herausforderungen?

Die Instrumente

Patientenverfügungen sind insbesondere in der somatischen Medizin bekannt und haben dort einen hohen Stellenwert. Mit einer solchen schriftlichen Verfügung legt die betreffende Person vorsorglich fest, dass bestimmte medizinische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind, falls sie

nicht mehr selbst entscheiden kann. Damit soll sichergestellt werden, dass der Patientenwille umgesetzt wird, auch wenn er in der aktuellen Situation nicht mehr geäußert werden kann. Die gesetzliche Grundlage dafür wurde 2009 mit dem Paragraphen 1901a im Bürgerlichen Gesetzbuch gelegt. Verwendung finden Patientenverfügungen vor allem in der Palliativversorgung.



Stefan Weinmann

Dr. Dr., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Rudolph-Sophien-Stifts in Stuttgart und Redaktionsmitglied der Kerbe

In der Psychiatrie findet dies seine Entsprechung mit Vorausverfügungen, die den sogenannten „*psychiatric advance directives*“ (PAD) im englischsprachigen Raum entsprechen. Sie haben meist zwei Teile: der eigentlichen Äußerung der Präferenzen bezüglich Behandlung (*advance instruction*) und der (Vertretungs-)Vollmacht, mit der eine Person festgelegt wird, die mit Entscheidungs-

kompetenzen versehen wird, wenn und solange die betreffende Person keine Entscheidungen mehr treffen kann. Dies ist insbesondere in psychischen Krisen, akuten Psychosen, bei schwerer Suizidalität oder kognitiven Beeinträchtigungen der Fall.

Eine **Behandlungsvereinbarung** hingegen ist ein Instrument, das zwischen einem von psychischen Krisen Betroffenen und einem oder mehreren Professionellen, in der Regel den Behandler*innen, im Konsens erarbeitet und schriftlich niedergelegt wird (Borbé u.a. 2016). Ziel ist eine stärkere Selbstbestimmung der betroffenen Person, eine höhere Kontrolle über die Behandlung und eine Verbesserung der therapeutischen Beziehung. Es ist das Produkt eines gemeinsamen Prozesses, während die Patientenverfügung meist einseitig ist. Eine Behandlungsvereinbarung wird im Englischen als „Joint Crisis Plan“ (JCP) bezeichnet und ist kein Krisenpass, auch wenn letzterer durchaus Elemente von Behandlungsvereinbarungen enthält wie beispielsweise Medikamente, die früher geholfen oder geschadet haben, Vertrauenspersonen und Wünsche und Präferenzen. Ein Krisenpass ist ein informatives Dokument für die Brieftasche, aber mehr als Informationen enthält er nicht.

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ empfiehlt Behandlungsvereinbarungen mit Empfehlungsgrad A bei einem Evidenzgrad 2 (inkonsistente Ergebnisse):

„Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie Krisenkarten sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankte Person zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden. Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und

fehlender Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens starke Präferenz der Patientinnen und Patienten (Henderson u.a. 2004, Swanson u.a. 2008, Khazaal u.a. 2009, Thornicroft u.a. 2013, Ruchlewska u.a. 2014).“

Der Konsens lag bei 94 % Zustimmung in der Online-Abstimmung und war damit sehr hoch. Sie sind damit in der Fachwelt angekommen.

Beide Instrumente, die Behandlungsvereinbarung als auch die Patientenverfügung, zielen auf die Kommunikation zwischen Betroffenen und Behandler*innen. Sie verweisen auf das immense Kommunikationsproblem in der Psychiatrie, auf Asymmetrien, Enttäuschungen, auf Hilflosigkeit und viele Spannungsfelder, die nicht selten unzureichend gelöst sind. Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur Betroffene, sondern auch ihre Behandler*innen einen Zugewinn an Lebensqualität, ein höheres Funktionsniveau in allen

Bereichen und Recovery, wie immer sie auch verstanden wird, anstreben, so macht es die Realität akuter psychischer Erkrankung, vor allem, wenn sie mit grenzüberschreitendem Verhalten, Verkennungen, heftigen Emotionen oder kognitiver Beeinträchtigung einhergeht, vielen doch oft schwer, Menschen in außergewöhnlichen Krisen entsprechend ihrer Präferenzen zu unterstützen.

Die erste Behandlungsvereinbarung in Deutschland wurde Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld entworfen. Sie war wohl eine Reaktion oder nimmt zumindest Bezug auf einen 1993 veröffentlichten Spiegel-Artikel zum „Psychiatrischen Testament“. Diese Bezugnahme weist auf das damals schon bestehende Konflikt- und Spannungsfeld zwischen der (zweiseitigen, weiter reichenden, in der Praxis vielleicht als weniger verbindlich angesehenen) Behandlungsvereinbarung und der (einseitigen, meist auf „medizinische“ Belange beschränkten, aber zumindest dort sehr verbindlichen) Patientenverfügung hin.

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen können auf verschiedenen Ebenen „wirken. In diesem Text wird vor allem auf Behandlungsvereinbarungen eingegangen, da sie am breitesten das verkörpern, was damit erreicht werden soll: Selbstbestimmung und Autonomie, Verbesserung der therapeutischen Beziehung, Orientierung, Sicherheit, Vermeidung von (Re-)Traumatisierung und Kommunikation.

Inhalte von Behandlungsvereinbarungen

Eine US-amerikanische Studie mit ambulanten Patienten (Skrebniak u.a. 2005), aber auch eine deutsche Übersicht (Borbé u.a. 2012) fanden vor allem folgende Punkte in Behandlungsvereinbarungen erwähnt:

Aussagen

- zu erwünschten und abgelehnten Medikamenten – meist Neuroleptika - (64 Prozent der BV),
- zu abgelehnten anderen Therapieverfahren wie Elektrokrampftherapie (72 Prozent),
- zu erwünschten und individuell wirksamen Deeskalationsmaßnahmen (89 Prozent) und anderen Maßnahmen, die der Vermeidung von Zwang dienen sollen,
- zu Sorgebevollmächtigten und Vertrauenspersonen,
- zu Aufnahmeverfahren in Kliniken und
- zur Weitergabe von Informationen.

Viele Behandlungsvereinbarungen enthalten Aussagen zum erwünschten Umgang im Fall einer psychischen Krise, um explizit Zwang oder die Verabreichung bestimmter Medikamente oder die Vergabe bestimmte Diagnosen und damit eine Art des Umgangs mit der Krise zu vermeiden, mit denen der Betroffene nicht einverstanden ist, oder mit denen er schlechte Erfahrungen gemacht hat. Zwang ist ein zentrales Thema – und mangelndes Vertrauen ins Behandlungssystem oder einzelne Behandler*innen ebenfalls. Dies bedeutet, dass die betroffene Person sich mit denjenigen Behandler*innen zusammensetzen müssen, denen sie im Ernstfall nicht vollständig vertrauen, dass sie nach ihrem Sinne handeln. Entsprechend komplex ist die Erarbeitung und Umsetzung einer Vereinbarung: Es macht keinen Sinn, eine Ver-

einbarung aufzusetzen, die später nicht umgesetzt wird, die nicht von allen getragen wird, die sich an Behandler wendet, die nicht an der Vereinbarung beteiligt waren etc. In einer großen psychiatrischen Klinik (und die Inhalte betreffen eben oft klinische Notfallsituationen) kann ich aber nie wissen, wer mich später behandeln wird. Je kleiner der Bezugsrahmen, desto verbindlicher daher die Vereinbarung. Denn als Voraussetzung für das Abschließen einer Behandlungsvereinbarung wird von vielen Betroffenen eine Begegnung von Mensch zu Mensch gesehen, und zwischen der Übermacht einer Institution mit einem nicht immer „verlässlichen“ Betroffenen. Es geht immer auch um ein spürbares „Gegenüber“, um „Ich und Du“ – und nicht um „Wir und Du“ (Schulz u.a. 2019).

Vertrauensbildung

Diese Vertrauensbildung ist zentral: Eine psychiatrische Akutbehandlung, insbesondere wenn formeller oder informeller Zwang angewendet wird, ist häufig mit einem Verlust an Würde, Ohnmacht, Wut und Traumatisierung verbunden, die schwer wieder gut zu machen ist und auch künftige Kontakte prägt. Manchmal gelingt für die betroffene Person die Abgrenzung davon nur durch Schwarz-Weiß-Malen und die Konstruktion eines „Täter*innen“-Bildes im Hinblick auf beteiligte Ärzt*innen oder Pflegekräfte. Oft aber bleibt vor allem Scham zurück, aber auch der Druck, Einsicht in die Unmöglichkeit des eigenen Verhaltens, den Ausnahmezustand und die Bedrohlichkeit zu zeigen, so dass die Zwangsmaßnahme als unausweichlich, situationsangemessen oder rechtens dasteht und die Zwang Ausübenden damit entlastet sind. Die innere Not außerhalb des medizinischen Modells der psychischen Krise, die Rahmenbedingungen und die Hilflosigkeit der Helfer*innen und Alternativen wurden bisher wenig aufgearbeitet. Sich mit jemandem, der Zwang angeordnet oder ausgeübt hat, an einen Tisch zu setzen und eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen, kann eine große Herausforderung sein, die durch folgende Maßnahmen erleichtert oder gar erst ermöglicht wird:

- Einbezug von Genesungsbegleiter*innen, die auch Erfahrung mit Zwang haben und sie miteinbringen, Gefühle von Solidarität fördern können, Brücken bauen, eine gemeinsame Sprache ermöglichen, Hierarchien abbauen,
- Behandlungsvereinbarungen als Ausdruck der „Politik“ einer psychiatrischen Klinik oder eines Versorgungssystems, auf die sich alle berufen und damit Verbindlichkeit herstellen. Ob die Unterschrift einer Ärztlichen Direktorin oder eines Chefarztes hier dienlich ist, indem sie den Geltungsbereich festlegt oder Verbindlichkeit festlegt, mag dahingestellt sein; alle Bedingungen hingegen, die das Vertrauen aller in die Behandlungsvereinbarung erhöhen, sind gut
- Maßnahmen, welche die Verfügbarkeit und Verbindlichkeit sicherstellen: elektronische Versionen, Verankerung in Patientenakten etc.

Eine Behandlungsvereinbarung, die Unmöglichkeiten enthält wie das Verbot, eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder Beruhigungsmittel im Extremfall zu verabreichen, hat eine geringe Chance, beachtet zu werden.

Studien zu den Wirkungen

Bis dato gibt es kaum deutschsprachige Studien, welche die Wirksamkeit von Behandlungsvereinbarungen untersucht haben, so dass auf Studien im englischen Sprachraum zurückgegriffen werden muss. In einer solchen randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass sowohl die Zahl der Zwangseinweisungen als auch die der Zwangsbehandlungen sich bei der Gruppe, die eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hatte, gegenüber der Kontrollgruppe halbierte (Henderson et al. 2004). In einer weiteren prospektiven Studie zeigte sich eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen in der Gruppe mit Behandlungsvereinbarungen (Swanson et al. 2008). In einer retrospektiven Studie konnten die Aufnahmen, die Zwangseinweisungen und die Dauer der Krankenhausaufenthalte durch Behandlungsvereinbarungen reduziert werden (Khazaal et al. 2009). Allerdings wurde dieser Befund

in einer neueren großen multizentrischen RCT nicht bestätigt, bei der die Anzahl der Notaufnahmen und der Aufnahmen insgesamt ebenso wie die Dauer der Krankenhausbehandlungen und das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs unbeeinflusst blieben. Lediglich die therapeutische Beziehung wurde als besser eingeschätzt (Thornicroft et al. 2013). Diese große Studie an über 500 Personen ist aufschlussreich: Die Joint Crisis Plans wurden sehr formalistisch umgesetzt, und vor allem: sie wurden in etlichen Zentren mangelhaft umgesetzt und oft nicht ernst genommen. Der Focus lag nicht auf dem Prozess der gemeinsamen Erarbeitung der Pläne; Vertrauensbildung und ein gegenseitiges Verständnis und die Reflektion über das was in einer Krise möglich und unmöglich ist, das Thema Gesichtswahrung und Würde stand nicht im Mittelpunkt.

Wann wirken Behandlungsvereinbarungen?

Ohne im Prozess der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung ein gemeinsames Verständnis von psychischen Krisen zu entwickeln und die jeweilige Verantwortung für Maßnahmen zu thematisieren, können Behandlungsvereinbarungen schwerlich wirken. Eine Behandlungsvereinbarung, die Unmöglichkeiten enthält wie das Verbot, eine psychiatrische Diagnose zu stellen oder Beruhigungsmittel im Extremfall zu verabreichen, hat eine geringe Chance, von allen künftigen Behandler*innen beachtet zu werden. Behandlungsvereinbarungen sollten in einer Phase der Stabilität erarbeitet werden; sie sind nicht einfach ein Instrument; sie sind Ausdruck einer bestimmten Herangehensweise an psychische Krisen. Sie sind die Entsprechung dessen, was wir mit dem Wandel von der „stellvertretenden“ zur „unterstützten“ Entscheidungsfindung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention meinen.

Ihre Grenzen finden sie dort, wo sie sich mit den Fragen der Verantwortung für Schaden im Fall einer Krise nicht auseinandersetzen; wo sie an Versorgungsstandards und Leitlinien,



an die sich der Behandler orientiert, reiben; und wo sie nicht in der Krise verfügbar sind. Für die Verantwortung spielen auch hier die Begriffe „Eigen- und Fremdgefährdung“ die zentrale Rolle. Behandlungsvereinbarungen sind nicht einklagbar; sie entbinden die Behandler*innen nicht vor rechtlichen Fragen, wenn sie etwas „Notwendiges“ unterlassen.

Ein von Seiten der Ärzt*innen immer wieder geäußertes Bedenken ist, dass den Patient*innen evidenzbasierte „State-of-the-Art“-Therapien vorenthalten werden. Hier bleibt zu fragen, wer letztendlich beurteilt, welche Therapien hilfreich sind. Wenn die betreffende Person sie in stabilem Zustand nicht als hilfreich empfindet, mögen sie entsprechend den methodischen Standards zwar evidenzbasiert sein. Dies erlaubt aber in den meisten Fällen nicht ihre Durchsetzung gegen den erklärten Willen der betroffenen Person.

Und auch Leitlinien messen der individualisierten Therapie mittlerweile eine größere Bedeutung bei: So sind zwar Empfehlungen zur Dosis und Dauer antipsychotischer Pharmakotherapie in der S3-Leitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) enthalten – aber durchaus auch Elemente gemeinsamer Entscheidungsfindung, individueller Dosisreduktion und Behandlung.

Implikationen

In der frühen Bielefelder Behandlungsvereinbarung steht in der Präambel: „Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die/der zuständige Oberärztin/Oberarzt bzw. der ärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies vonseiten der Klinik ausführlich zu begründen und mit der Patientin/dem Patienten zu besprechen, wenn diese/r es wünscht.“

Von Betroffeneneseite erscheint dies nicht nachvollziehbar – denn Abweichungen mit Zustimmung des Betroffenen sollten immer möglich sein. Aber wer beurteilt im Notfall die Einwilligungsfähigkeit? Abweichun-

gen ohne Zustimmung bedürfen einer Rechtsgrundlage – und dies ist der Unterschied zur Leitlinie.

Behandlungsvereinbarungen können nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn sie Teil einer umfassenden Orientierung an der UN-Behindertenkonvention und der in ihr enthaltenen Haltung werden, so sehr auch einzelne Aspekte in ihr auf den Widerstand von Ärzt*innen stoßen. Sie sind dann Ausdruck der Zusammenarbeit eines Hilfesystems mit denjenigen, denen die Hilfe letztendlich nutzen soll. ●

Literatur

Borbé, R. (2016): Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. In: Zinkler, M., Laupichler, K., Osterfeld, M. (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 198–208.

Borbé, R., Jaeger, S.; Borbé, S.; Steinert, T. (2012): Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. In: Der Nervenarzt 83 (5), S. 638–643.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ verfügbar unter: <https://www.dgppn.de>

Henderson, C., Flood, C. u.a. (2004): Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. In: BMJ (Clinical research ed.) 329 (7458), S. 136.

Khazaal, Y., Chatton, A. u.a. (2009): Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. In: Patient education and counseling 74 (1), S. 35–38.

Ruchlewska, A., Wierdsma, A. u.a. (2014): Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. In: PLoS one 9 (3), e91882.

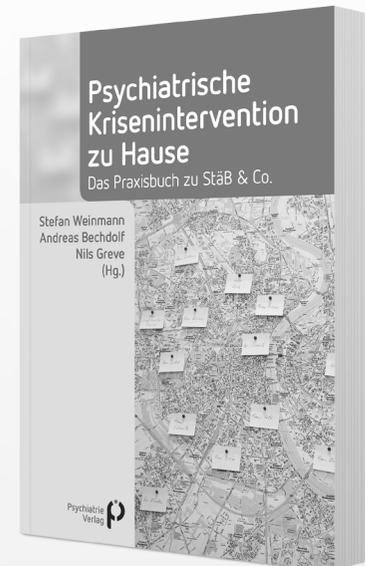
Schulz, G., Uhlig, R., Mahlke, C. (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung und Behandlungsvereinbarungen. In: Zinkler, M., Mahlke, C., Marschner, R. (2019) Selbstbestimmung und Solidarität. Psychiatrie Verlag 2019

Skrebniak, D.S., Lindsay, T.R. u.a. (2005): The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives. Psychiatric Services 56; S. 592–598

Swanson, J., Swartz, M. u.a. (2008): Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. In: Journal of mental health (Abingdon, England) 17, S. 255–267.

Thornicroft, G., Farrelly, S. u.a. (2013): Clinical outcomes of Joint Crisis Plansto reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. In: Lancet 381 (9878), S. 1634–1641.

Gut versorgt



Stefan Weinmann, Andreas Bechdorf, Nils Greve (Hg.)
Psychiatrische Krisenintervention zu Hause
 288 Seiten, 38,00 €
 ISBN 978-3-96605-050-0
 eBook 30,99 €



Matthias Hammer, Irmgard Plößl
Irre verständlich: Methodenschätze
 296 Seiten + Downloadmaterial, 30,00 €
 ISBN 978-3-88414-674-3
 eBook 23,99 €

Psychiatrie Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick

Von Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller und Peter Kupka

Psychische Erkrankungen sind auch unter Erwerbstätigen weit verbreitet. Dennoch sind Arbeitslose, insbesondere, wenn sie Leistungen der Grundsicherung beziehen, überproportional betroffen. Die Art und der Verlauf psychischer Störungen sind dabei vielfältig, ebenso deren Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe. Die Chancen auf eine nachhaltige Integration in den regulären Arbeitsmarkt hängen vom Zusammenspiel der individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, von den Arbeitsanforderungen und weiteren Kontextfaktoren ab.

Psychische Gesundheit gilt als Grundvoraussetzung sowohl für die Lebensqualität jedes Einzelnen als auch für das Zusammenleben von Menschen. Sie ist Voraussetzung dafür, dass Menschen ihr Leben als sinnvoll erfahren und sich als kreative und aktive Bürgerinnen und Bürger betätigen. „Es kann keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit geben“, formulierte denn auch die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2005.

Psychische Erkrankungen gehören heute zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen. Neben den unmittelbaren Symptomen sind vor allem die aus der Erkrankung resultierenden Konsequenzen für den Einzelnen und sein soziales Umfeld



Uta Gühne

Psychologin, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



Steffi G. Riedel-Heller

Institutsdirektorin, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)



Peter Kupka

Psychologe, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

ebenso von Bedeutung wie für die Solidargemeinschaft. Die berufliche Tätigkeit spielt hier eine immense Rolle: Eingeschränkte Erwerbschancen können zu materiellen Problemen, verringerten Chancen auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und einer weiteren Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen. Für die Solidargemeinschaft entstehen Kosten im Gesundheitssystem, aber auch Mindererträge an anderer Stelle, weil die Betroffenen ihr produktives Potenzial nicht voll ausschöpfen können.

28 Prozent der Erwachsenen erkranken im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung

Für eine 2014 erschienene Untersuchung haben Frank Jacobi und andere Forscherinnen und Forschern aus Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie und Neurologie Daten zur psychischen Gesundheit ausgewertet, die das Robert Koch-Institut im Rahmen seiner „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ erhoben hat. Grundlage der Erhebung waren ausführliche klinische Interviews mit

mehr als 5.000 Teilnehmenden aus der Grundgesamtheit der in Deutschland lebenden Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren. Nach den Ergebnissen aus der letzten Erhebungswelle zwischen 2008 und 2011 erkrankten in Deutschland knapp 28 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Störung. Zugrunde gelegt wurden hierbei international gültige Diagnosekriterien (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV). Unter den Erkrankungen stellen Angststörungen die größte Gruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen und Störungen durch übermäßigen Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Mehr als ein Drittel der Betroffenen weist zudem Mehrfachdiagnosen auf.

Dabei lassen sich Unterschiede in der Häufigkeit nach Geschlecht, Alter und sozialer Schichtzugehörigkeit feststellen. So sind Frauen mit 33 Prozent häufiger betroffen als Männer mit 22 Prozent. Der Anteil der psychischen Störungen geht mit zunehmendem Alter zurück: Jüngere Menschen im Alter von 18 bis 34 Jahren erkranken häufiger, ältere Menschen

Quelle dieser Veröffentlichung

Beitrag aus dem IAB-Forum vom 25.08.2020, im Internet:

<https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/> Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion u. der Autoren. Link zur Themenserie des IAB: <https://www.iab-forum.de/category/serien/psychisch-erkrankte-im-sgb-ii>

zwischen 65 und 79 Jahren seltener als Menschen zwischen 35 und 49 Jahren. Menschen aus den unteren sozio-ökonomischen Schichten sind zudem stärker betroffen als die Mittelschicht. In der Oberschicht sind im Vergleich zur Mittelschicht weniger Frauen betroffen; für Männer trifft das nicht zu.

Ein früher Krankheitsbeginn kann langfristige Folgen haben

Charakteristisch für psychische Erkrankungen sind deren Vielfalt und individuell unterschiedliche Verläufe. Nicht selten lassen sich komplexe Problemlagen bei den Betroffenen beschreiben. Psychische Erkrankungen beginnen häufig schon in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter und können über viele Jahre andauern.

Ein früher Krankheitsbeginn wirkt sich nicht selten nachteilig auf Schul- und Ausbildungskarrieren aus. Insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und chronischen Verläufen steigt das Risiko, von sozialer und beruflicher Teilhabe ausgeschlossen zu sein. Die Gesundheitsforscherinnen Uta Gühne und Steffi G. Riedel-Heller schätzen in einer *im Jahr 2015 publizierten Expertise*, dass in Deutschland etwa 500.000 bis eine Million Menschen davon betroffen sind. Neben Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und bipolaren Störungen können auch Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen schwere Verläufe annehmen. Psychische Erkrankungen können mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation der Betroffenen verbunden sein. Die Autorinnen zeigen verschiedene Risiken für Personen mit schweren psychischen Störungen auf.

Die Betroffenen sind häufiger arbeitslos

Obwohl der überwiegende Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten möchte, belegen deutsche und internationale Studien, dass die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch ist. So zeigt eine Auswertung europäischer Studien von Steven Marwaha und Sonia Johnson aus dem Jahr 2004, dass die Erwerbsquoten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophre-

nie in der Mehrheit der betrachteten Studien zwischen 10 und 20 Prozent liegen.

In einem 2010 erschienenen Bericht der „*Aktion psychisch Kranke*“ wird festgestellt, dass schwer und chronisch psychisch kranke Menschen von einer Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, die ihren Wünschen entspricht, überwiegend ausgeschlossen sind. Einer neueren *Untersuchung von Lena Mernyi und Koautoren aus dem Jahr 2018* zufolge befanden sich lediglich 21 Prozent der 815 untersuchten Patientinnen und Patienten in stationärpsychiatrischer Behandlung in einem festen Arbeitsverhältnis. Viele der Befragten kehrten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht wieder an ihren Arbeitsplatz zurück.

Psychisch erkrankte Personen scheiden häufig vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus

Seit vielen Jahren bilden psychische Erkrankungen die Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Sie spielen daher in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine wachsende Rolle. Im Jahr 2016 wurde bei 43 Prozent der Frühberentungen ein Zusammenhang mit psychischen Störungen gesehen. Eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch Rehabilitationsmaßnahmen gelingt umso seltener, je höher die Zahl

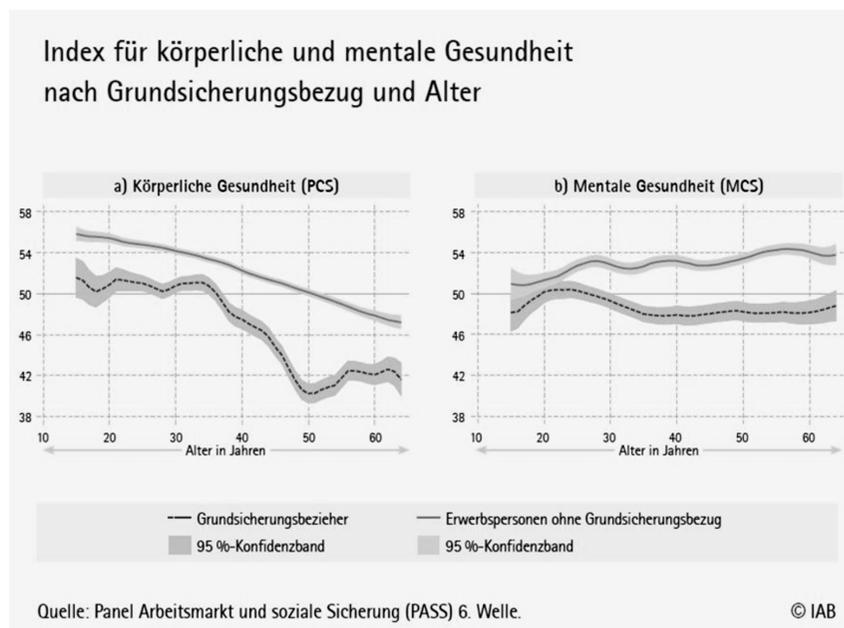
der krankheitsbedingten Fehltag vor der Rehabilitation war. Das weist auf die Bedeutung von Chronizität und Schwere in den Krankheitsverläufen hin.

Unter den psychischen Erkrankungen, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, sind Depressionen und Angststörungen führend. Diese nehmen kontinuierlich zu, während die Zahl der Neuberentungen wegen schizophrener, schizotyper (also in sozialer und zwischenmenschlicher Hinsicht verhaltensabweichender) und wahnhafter Störungen über die Jahre gesehen stabil ist.

Viele Betroffene arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagesförderstätten

Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen eine reguläre Erwerbstätigkeit gar nicht erst aufnehmen, bleibt oft nur eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Der Anteil der psychisch kranken Menschen in diesen Werkstätten steigt stetig an und liegt mittlerweile bei mehr als 20 Prozent. Insgesamt sind das circa 60.000 Menschen. Den Betroffenen gelingt es jedoch nur selten, aus diesen Einrichtungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln.

Alternativen für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen stehen Betroffenen im Rahmen von Tagesstätten und Tagesförderstätten zur Verfügung, wenn selbst die Anforderungen



Quelle: Eggs et al. (2014)

in den Werkstätten zu hoch liegen. Den Betroffenen werden hier tagesstrukturierende Aktivitäten in den Bereichen Beschäftigung, Arbeit und Freizeit angeboten. Im Unterschied zu den Werkstätten ergibt sich dadurch formal allerdings kein arbeitnehmerähnlicher Status: Die Betroffenen erhalten kein Arbeitsentgelt und gelten nicht als erwerbstätig. In Deutschland gibt es derzeit circa 14.000 solcher Plätze.

Knapp die Hälfte der Arbeitslosen in der Grundsicherung hat ernsthafte körperliche oder psychische Probleme

Mehrere Studien zeigen, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Leistungsbezug auf der einen sowie körperlicher und psychischer Gesundheit auf der anderen Seite besteht. So schätzen Menschen, die Leistungen aus der Grundsicherung beziehen, bei Befragungen ihren Allgemeinzustand häufig schlechter ein als die Bevölkerung insgesamt. Nach einer IAB-Studie von

2014 hat fast die Hälfte der arbeitslosen Grundsicherungsbeziehenden ernsthafte Gesundheitsprobleme. Diese stellen eines der Haupthindernisse für eine Integration in den Arbeitsmarkt dar. Johannes Eggs und Koautoren haben auf der Basis von Daten aus dem Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung untersucht, wie sich die körperliche und mentale Gesundheit von *erwerbstätigen* Personen und Grundsicherungsbeziehenden in Abhängigkeit vom Alter unterscheidet (siehe *Abbildung Seite 39*). Ein Indexwert von 50 entspricht dabei dem Durchschnitt in der Allgemeinbevölkerung. Die als *IAB-Kurzbericht 23/2014* veröffentlichte Studie zeigt, dass sich die körperliche Gesundheit bei beiden Gruppen mit zunehmendem Alter verschlechtert. Bei den Erwerbstätigen, die keine SGB-II-Leistungen beziehen, fällt die Kurve nahezu linear ab. Bei denjenigen, die Leistungen beziehen, nehmen die Werte ab einem Alter von 35 Jahren dagegen deutlich ab. Im Alter von 50 Jahren ist die Differenz zwischen den

beiden Gruppen am größten. Bei der mentalen Gesundheit sind die Unterschiede zwar geringer. Sie sind dennoch signifikant und erreichen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren ihr Maximum.

Psychische Erkrankungen sind bei Arbeitslosen etwa doppelt so häufig wie bei Erwerbstätigen

Die Psychologen Karsten Paul, Andrea Zechmann und Klaus Moser haben sich ausschließlich mit den psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit befasst und 2016 die *Ergebnisse von Metastudien* vorgestellt, in denen zahlreiche andere Studien zu diesem Thema ausgewertet wurden. Danach besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit: Psychische Auffälligkeiten mit Krankheitswert treten bei Arbeitslosen mit 34 Prozent etwa doppelt so häufig auf wie bei Erwerbstätigen. Karsten Paul, Alice Hassel und Klaus Moser hatten bereits 2006 *im Rahmen einer Ana-*

Tabelle 1: Psychiatrische Diagnosen in Prozent aller Versicherten (Techniker Krankenkasse und AOK)

Quelle: nach Schubert et al. 2013: 33

Diagnose-gruppe nach ICD-10	TK-Versicherte			AOK-Versicherte				
	2006			2007	2008	2009	2010	2011
	Berufstätige	ALG-Bez.	ALG-II-Bez.	ALG-II-Bez.	ALG-II-Bez.	ALG-II-Bez.	ALG-II-Bez.	ALG-II-Bez.
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,4 %	0,6 %	0,9 %	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2,8 %	5,0 %	10,8 %	13,1%	14,3%	15,1%	15,3%	16,3%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,4 %	1,2 %	2,9 %	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%
Affektive Störungen	7,4 %	12,0 %	16,2 %	12,4%	13,3%	14,5%	15,1%	17,0%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14,6 %	17,8 %	21,5 %	16,5%	17,2%	19,5%	19,9%	21,9%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,3 %	2,9 %	3,5 %	2,6%	2,8%	3,0%	3,0%	3,3%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,4 %	2,7 %	4,7 %	2,5%	2,8%	3,0%	3,2%	3,5%
Intelligenzstörung	k. A.	k. A.	k. A.	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Entwicklungsstörungen	k. A.	k. A.	k. A.	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	k. A.	k. A.	k. A.	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,5%
Gesamt	21,8 %	28,0 %	36,7 %	32,6 %	34,5 %	36,9 %	38,3 %	40,2 %



lyse von Querschnittsstudien gezeigt, dass Arbeitslosigkeit sich negativ auf das Befinden in sechs untersuchten Dimensionen auswirkt. Dazu gehören unspezifische Symptome, Depression, Angst, psychosomatische Symptome, subjektives Wohlbefinden und Selbstwertgefühl. Bei den psychosomatischen Beschwerden war der Effekt deutlich geringer als bei den übrigen Problemen, aber immer noch statistisch signifikant.

Mehr als ein Drittel der Menschen im SGB-II Leistungsbezug sind von einer psychischen Erkrankung betroffen

Bis vor wenigen Jahren lagen keine Informationen darüber vor, wie viele Leistungsberechtigte – nicht nur die Arbeitslosen, sondern alle *erwerbsfähigen* Personen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen – unter psychischen Erkrankungen leiden und welcher Art diese sind. Eine *vom IAB in Auftrag gegebene und 2013 publizierte Studie* unter der Leitung von Michael Schubert, für die Daten von insgesamt sechs Krankenkassen betrachtet wurden, gab hierzu einen ersten Einblick (lesen Sie mehr über das zugehörige *Forschungsprojekt „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung“*). Danach wiesen mit 37 Prozent mehr als ein Drittel der Versicherten, die *Arbeitslosengeld II* bezogen, mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Die Daten zu Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) zeigten dabei, dass der Anteil an Personen mit psychiatrischer Diagnose in fast allen Diagnosegruppen merklich gestiegen war. So erhielten 2011 mehr als 40 Prozent der Leistungsbeziehenden mindestens eine psychiatrische Diagnose, gegenüber knapp 33 Prozent im Jahr 2006. Auch diese Studie macht deutlich, dass Menschen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wesentlich häufiger psychiatrische Diagnosen aufweisen als Berufstätige (siehe Tabelle).

Bei mehr als jedem fünften Leistungsbeziehenden in der Grundsicherung wurde dabei eine Erkrankung aus dem Bereich „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ diagnostiziert. Bei etwa jedem sechsten Betroffenen wurde eine affektive Störung oder eine Suchterkrankung attestiert. Schizophrene Erkrankungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen traten deutlich seltener auf.

Erkrankung bei den Arbeitslosengeld-II-Beziehenden unter den Versicherten von AOK und Betriebskrankenkasse (BKK), wie eine weitere Auswertung der Studie ergab. Die nächsthäufige Diagnose waren somatoforme Störungen mit etwa einem Zehntel. Damit sind körperliche Beschwerden gemeint, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Neben psychischen oder Verhaltensstörungen durch Tabak- und Alkoholkonsum spielen bei den Einzeldiagnosen auch Angststörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, die sich unter anderem in depressiven Stimmungslagen äußern können, eine größere Rolle. Diese sechs Störungsformen dürften diejenigen sein, mit denen Fachkräfte in den Jobcentern am häufigsten konfrontiert werden.

Fazit

Psychische Erkrankungen treten häufig auf und sie haben erhebliche negative Auswirkungen auf die berufliche Situation der Betroffenen. Das Risiko, arbeitslos zu werden, vorzeitig aus dem Berufsleben auszuschneiden oder anstelle einer regulären Erwerbstätigkeit einer beschützten Tätigkeit nachzugehen, steigt.

Während der Anteil psychisch erkrankter Menschen in der erwachsenen Gesamtbevölkerung bei circa 28 Prozent liegt, wird er unter den Leistungsberechtigten im Rechtskreis des SGB II deutlich höher geschätzt. So haben fast die Hälfte der arbeitslosen Leistungsbeziehenden ernste körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme, geschätzte 37 Prozent der Leistungsberechtigten eine psychiatrische Diagnose.

Die Frage, ob psychische Erkrankungen zu erhöhter Arbeitslosigkeit führen oder ihrerseits eine Folge von Arbeitslosigkeit sind, wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Ein weiterer Beitrag in dieser Serie wird näher auf diese Thematik eingehen. Die Zahlen machen jedoch deutlich, dass beide Problemkreise – psychische Erkrankungen und Arbeitslosigkeit – häufig miteinander verbunden sind. Es sind daher gemeinsame Anstrengungen verschiedener Akteure erforderlich, um die beruflichen Möglichkeiten für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern. ●

Literatur

Aktion psychisch Kranke e.V. (2010) (Hrsg.): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007), Teil 1.

Eggs, Johannes; Trappmann, Mark; Unger, Stefanie (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, IAB-Kurzbericht Nr. 23.

Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Hrsg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Gesundheitsstadt Berlin GmbH.

Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Strehle, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie; Busch, Markus A.; Maske, Ulrike; Hapke, Ulfert; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Wagner, Michael; Zielasek, Jürgen; Wittchen, Hans-Ulrich (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 85, S. 77–87.

Kupka, Peter; Oschmiansky, Frank; Riedel-Heller, Steffi G.; Gühne, Uta; Popp, Sandra (2020): Das IAB-Projekt „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung“. IAB-Forum, 25.08.2020.

Marwaha, Steven; Johnson Sonia (2004): Schizophrenia and Employment – A Review. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), S. 337–349.

Mernyi, Lena; Hölzle, Patricia; Hamann, Johannes (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 45 (4), S. 197–205.

Paul, Karsten, Hassel, Alice & Moser, Klaus (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: *Hollederer, Alfons & Brand, Helmut (Hrsg.)*, *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 35–51). Bern: Huber. Paul, Karsten; Zechmann, Andrea; Moser, Klaus (2016): Psychologische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. In: *WSI-Mitteilungen*, Nr. 5, S. 373–380.

Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II, IAB-Forschungsbericht Nr. 12.

Lesen Sie dazu auch den Beitrag von Maïke Rademaker „Psychisch Kranke im Hartz-IV System: Im Dschungel der Zuständigkeiten“ im Deutschlandfunk, in dem auch Peter Kupka, einer der Autoren dieses Beitrags, ausführlich zu Wort kommt. Der Beitrag ist am 31.8.2020 erschienen.



Gewalt in der Psychiatrie

Möglichkeiten der Reduktion aus verschiedenen Blickwinkeln

Von Peer Friedenberg

In Gesprächen mit Teilnehmenden in Seminaren, Angebotsnutzenden der Psychiatrie, aber auch im Freundeskreis, wird oft der Wunsch nach einem Ende der Gewalt in der Psychiatrie formuliert. Doch kann dies wirklich ein Ziel sein oder fördern wir mit solchen Wünschen lediglich die Gefahr einer Tabuisierung, da nicht sein kann, was nicht sein darf/soll?

Die Psychiatrie und die in ihr Arbeitenden haben verschiedene Aufgaben und Rollen, derer sie sich bewusst sein sollten. Einerseits gibt es die therapeutisch-pflegerischen Gesichtspunkte, gleichzeitig geht es aber auch um eine Ordnungsfunktion, die den Handelnden als gesellschaftlicher Auftrag übermittelt wird. Hieraus kann sich ein Rollenkonflikt ergeben, insbesondere dann, wenn Auftrag, aber auch gegenseitige Erwartungen nicht klar formuliert sind. Dies wird durch den Fachkräftemangel, in Konsequenz Unterbesetzung, aber auch durch mangelhafte Rahmenbedingungen, wie Zeitdruck, hohe Lautstärke, aber auch mangelhafte Ausstattung und fehlende oder beengte Räumlichkeiten beeinflusst. In der Folge wächst Unzufriedenheit und Frust, was ein Arbeiten auf Augenhöhe, mit Respekt und Wertschätzung, erschwert. Die Ohnmacht gegenüber den Bedingungen und den Vorgesetzten entlädt sich dann schnell in Macht gegenüber den vermeintlich Schwächeren, den Angebotsnutzenden. Diese wiederum kommen mit ihren Hoffnungen und Erwartungen in die Hilfsfelder, teilweise mit schwersten, seelischen Beeinträchtigungen, andere im Rauschzustand oder bei Demenz, d.h. in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt. Dies kann dann dazu führen, dass die eigenen Bedürfnisse nicht mehr formuliert und vom Gegenüber nicht entsprechend wahrgenommen werden können. Dann kann es in der Konsequenz zu Verhalten kommen, welches als übergriffig, inadäquat oder aggressiv empfunden bzw. bewertet wird. Kein Verhalten – auch nicht das aggressive Verhalten – passiert grundlos. Neben den Ursachen, welche in

der Vergangenheit liegen, und den Auslösern, welche oft sinnlich wahrnehmbar sind, gilt es auch zu berücksichtigen, dass mit einem Verhalten ein (bewusstes oder unbewusstes) Ziel verfolgt wird. Bei diesem Motiv geht es i. d. R. um die Erfüllung von Bedürfnissen. Bedürfnisse, welche eher abstrakt sind (Genuss, Ruhe, Freiheit, etc.) werden oft mit den wahrnehmbaren Strategien zur Erfüllung dieser Bedürfnisse (Zigarette rauchen, Rückzug aus der Gruppe, Fordern der Türöffnung, etc.) gleichgesetzt.

Doch wie kann man diesem Problem begegnen?

Zunächst einmal ist es wichtig, die vorhandene Gewalt wahrzunehmen und sie nicht zu leugnen. Hierfür werden eine offene Grundhaltung und eine detaillierte Dokumentation benötigt. Unter einer offenen Grundhaltung verstehen wir einerseits, dass wir unser Gegenüber nicht als Gegner sehen, sondern als einen Menschen, der sich in einer Krise befindet. Es ist kein aggressiver Mensch, sondern ein Mensch, der in bestimmten Situationen manchmal zu aggressiven Verhaltensweisen neigt. Außerdem meinen wir damit auch, dass ein Konflikt kein Zeichen von schlechter, unprofessioneller Arbeit sein muss, sondern etwas ist, was durch einen offenen Umgang zu einer Bereicherung und einem Fortschritt in der Arbeit führen kann. Die Grundhaltung kann dazu beitragen, dass sich beide Seiten an einen Tisch setzen und gemeinsam Ideen entwickeln, wie es zu einer Reduzierung kommen kann. Dies kann sowohl in der Prävention als auch in der Postvention (nach einem Vorfall) geschehen.



Peer Friedenberg
Krankenpfleger mit Gemeindepsychiatrischer Zusatzausbildung, Fachberater für Deeskalation und Selbstbehauptung nach piag-b, E-Mail: peer.friedenberg@piag-b.com

Gewaltprävention als Teil des Arbeitsschutzes

Die Dokumentation ist aus verschiedenen Gründen wichtiger Bestandteil einer qualifizierten Deeskalation. Erstens führt es zu einer Objektivierung der Situation. Immer wenn wir es mit emotionalen Themen zu tun haben, rückt eine subjektive Wahrnehmung in den Vordergrund. So kann es sein, dass beteiligte Personen glauben, dass die Gewalt in ihrem Bereich zugenommen hat, eine Dokumentation in Form einer statistischen Erhebung kann dies aber nicht belegen. So empfehlen wir Erhebungsbögen, die individuell auf den entsprechenden Arbeitsbereich ausgerichtet sind. Des Weiteren dient die Dokumentation als Absicherung gegenüber Kosten, die durch Verletzungen oder Sachbeschädigungen entstanden sind. Mitarbeitende im sozialen Bereich sind während ihrer Tätigkeit in der Regel durch die Berufsgenossenschaft oder die Unfallkassen versichert, die mit ihren Leistungen für entsprechende Schäden aufkommen. Dabei ist es unabhängig, ob Mitarbeitende während der Arbeit verunfallen oder Opfer eines gewalttätigen Übergriffes werden. Die Berufsgenossenschaft spricht dann von der „Unfallursache Mensch“. Sie kommt aber nur für Kosten auf, wenn die Situation, die zu den Verletzungen etc. geführt hat, auch dokumentiert ist. Hierzu empfiehlt sich das sogenannte Verbandbuch. *Frau Thebes* ist Pflegekraft auf einer psychiatrischen Station. Als eines Tages zwei Patienten aneinander geraten, möchte sie helfend dazwischen gehen. Dabei stürzt sie im Gerangel so unglücklich, dass sie mit dem Kinn auf eine Tischkante fällt. Die auftretenden Kopfschmerzen ignoriert*

sie und am übernächsten Tag geht sie auch wieder zur Arbeit. Bei einer routinemäßigen Röntgenkontrolle drei Monate später, stellt der Zahnarzt jedoch nicht adäquat verheilte Frakturen im Oberkiefer fest. Frau Thebes benötigt perspektivisch Zahnimplantate, da die Knochenstruktur nicht mehr dauerhaft behalten zu können.

Ohne Dokumentation des ursprünglichen Vorfalls, wurde das Ereignis nicht als Arbeitsunfall anerkannt, folglich über die Gesetzliche Krankenversicherung statt über die Gesetzliche Unfallversicherung abgerechnet, was für die Pädagogin eine hohe Zuzahlung bedeutete.

Seit 2009 können auch psychische Belastungen, z.B. das Auffinden einer Person nach einem Suizid, dokumentiert werden. Als dritte wichtige Funktion kann die Dokumentation zur Beantragung neuer Gelder bzw. Stellen dienen. In den Verhandlungen mit den Kostenträgern kann mit den statistischen Erhebungen deutlich besser argumentiert werden.

Herr Frank leitet eine 4-gruppige Wohn-einrichtung für Menschen mit Behinderungen. Konzeptionell werden hier Menschen betreut, welche per Gerichtsbeschluss geschlossen bzw. geschützt untergebracht sind. In dieser Wohneinrichtung kommt es häufig zu Grenzverletzungen bis hin zu schweren Gewalttätigkeiten.

Herr Frank weist alle Mitarbeitenden an, jeden Zwischenfall in einer gesonderten Kurzdokumentation zu vermerken. Mit den gesammelten Vermerken als Grundlage fordert Herr Frank eine Personalaufstockung ein, so dass der Kostenträger schließlich zwei zusätzliche Vollzeitstellen finanziert.

Darüber hinaus sind die Arbeitgeber verpflichtet für die einzelnen Arbeitsbereiche sogenannte Gefährdungsbeurteilungen zu schreiben. Hier werden jährlich in sieben Schritten, ähnlich wie z.B. in der Pflegeplanung, alle Gefährdungen und Belastungen am Arbeitsplatz aufgezeigt. Ein Teil dieser Gefährdungsbeurteilung ist aus unserer Sicht die Gewaltprävention, die als Handlungszyklus (siehe Abbildung rechts) einen fortlaufenden Prozess darstellt. Je nach Risikobewertung, die abhängig von der Notfallwahrscheinlichkeit und dem möglichen Schadensausmaß ist, werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Diese orientieren sich an der Maßnahmenhierarchie die im Paragraf 4 des Arbeitsschutzgesetzes festgelegt sind und sich auf die technischen, organisatorischen und personellen Ebenen beziehen.

Auch wenn die Gefährdungsbeurteilungen grundsätzlich Aufgaben der Arbeitgeber sind, so ist es doch ratsam, die Basismitarbeitenden mit einzubeziehen, da diese die Experten vor Ort sind und Gefährdungen oft besser erkennen können. Außerdem kann man auch hier wieder die entsprechenden Dokumentationen zu Hilfe nehmen.

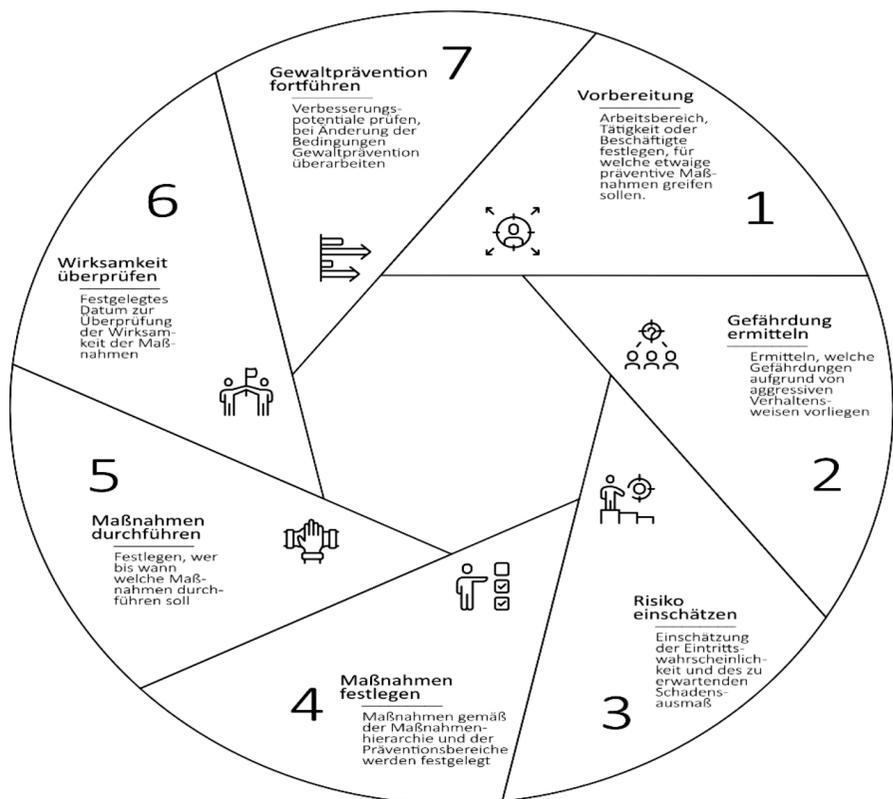
Ein weiterer Baustein der qualifizierten Gewaltprävention ist aus Sicht von piagb das Verhalten nach Übergriffen, die sogenannte Postvention. Hier geht es natürlich in erster Linie darum die Betroffenen aufzufangen. Gleichzeitig ist eine gute Aufarbeitung der Geschehnisse wiederum ein Werkzeug für die Prävention. Dabei sollten in einer Nachbesprechung alle Beteiligten gleichwertig ihre Sicht der Ereignisse schildern dürfen. Im Vorfeld sollte dabei klar sein, welches genaue Ziel die Nachbesprechung hat. So kann ich nicht von jemandem erwarten, dass er sich für sein Verhalten entschuldigt, wenn er sich aus seiner Sicht völlig im Recht fühlt, z.B. wenn er über Stunden die beleidigende Stimme des Mitarbeiters gehört hat, den er daraufhin angeschrien und geschubst hat. Doch was waren die Hintergründe für sein Verhalten, was hat in der Situation zu einer Zuspitzung geführt, was waren beruhigende Elemente? Was hätten sich die handelnden Personen jeweils gewünscht? Hier kann man in einer offen geführten, nicht anschuldigenden Atmo-

sphäre viel erfahren, was für die Zukunft deeskalierend genutzt werden kann.

Partizipation wirkt deeskalierend

Doch das Wichtigste ist und bleibt der Umgang miteinander. Dabei ist es wichtig, verständnisvoll und wertschätzend miteinander zu kommunizieren, sowie die gegenseitigen Erwartungen und unterschiedlichen Rollen zu klären. Dies gelingt nur, wenn alle Parteien auch das Gefühl haben, an Prozessen und Entscheidungen beteiligt zu sein. So schauen wir, wenn wir Unternehmen im Bereich der Konzeptarbeit unterstützen, ziemlich genau, wo Partizipation besteht und wo es diesbezüglich noch Möglichkeiten gibt. Was spricht z.B. dagegen, Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner an Teamsitzungen teilnehmen zu lassen, in denen es um die Gestaltung der Räumlichkeiten, Anschaffungen oder auch die Auswahl an Gruppenangeboten geht? Dies ist gleichzeitig eine von vielen Möglichkeiten sich besser kennenzulernen, was ebenfalls wieder zu einer Reduzierung von Gewaltvorkommnissen führen kann.

Es gibt also eine Vielzahl von deeskalierenden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Diese kosten teilweise Geld, sicher aber Zeit und Energie. Doch wie bei einer guten Einarbeitung können alle Beteiligten auf Dauer davon profitieren.



Brücken bauen zwischen Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe

Von Günther Rödiger, Janina Seebach und Ruth Weizel

Wohnungslosigkeit betrifft häufig Menschen mit seelischen Erkrankungen^{2,4,5}. Insbesondere in den Großstädten ist das Problem der Wohnungslosigkeit häufig schon lange ein virulentes Thema. In München sind aktuell ca. 10.000 Menschen wohnungslos. Dabei steigt seit einigen Jahren die Anzahl der wohnungslosen Menschen mit besonderem Hilfebedarf. Hierbei handelt es sich um wohnungslose Männer und Frauen unterschiedlichen Alters mit psychischen Erkrankungen und einem komplexen sozialen Hilfebedarf. In diesem Zusammenhang wird zunehmend problematisiert, dass die Versorgungssysteme an der Schnittstelle von Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe nicht gut ineinander greifen und erhebliche Lücken aufweisen.^{1,2,4}

Die Weitervermittlung dieses – sehr heterogenen – Personenkreises erweist sich als außerordentlich schwierig. Ihre Mitwirkung bei der Weitervermittlung ist oft nicht ausreichend vorhanden und es fehlt häufig an Veränderungsmotivation. Trotz eines in München gut ausgebauten Hilfesystems existieren oft keine Anschlussoptionen zur Vermittlung in niederschwellige Einrichtungen und Wohnplätze der Verbände bzw. des psychiatrischen Hilfesystems.

Aus Sicht des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems handelt es sich hierbei um einen Personenkreis, der aufgrund unterschiedlichster Gründe (wenig bis keine Compliance und / oder Bereitschaft ‚klassische‘ sozialpsychiatrische Hilfeleistungen anzunehmen, erhebliche soziale Beeinträchtigungen, erhebliche Suchtproblematik etc.) das Versorgungssystem in der Art herausfordert, dass letztlich häufig keine geeigneten Angebote zur Verfügung gestellt werden können. Beispielsweise wird in üblichen sozialpsychiatrischen ambulant betreuten Wohngemeinschaften ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz, die Fähigkeit sich an gemeinschaftliche Regelungen wie Hausordnung zu halten, sowie die Compliance psychiatrische Behandlung und betreuende Hilfen anzunehmen vorausgesetzt. Hinzu kommen die für man-



Günther Rödiger

Dr., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Koordination Wohnungslosenhilfe, kbo Sozialpsychiatrisches Zentrum, Stabsstelle für Wohnungslosigkeit am kbo Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost



Janina Seebach

Dr., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Clearingeinrichtung Implerstr, kbo Sozialpsychiatrisches Zentrum, Stabsstelle für Wohnungslosigkeit am kbo Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost



Ruth Weizel

Master Mental Health, Abteilungsleitung Wohnungslosenhilfe und SeelenART kbo Sozialpsychiatrisches Zentrum

che psychisch kranken Menschen hohen Hürden des Kostenbeantragungsverfahrens (Gesamtplanverfahren), wodurch bereits der Zugang zu den entsprechenden Hilfen erschwert wird.

Diese Personengruppe der wohnungslosen und schwer psychisch kranken Menschen ist jedoch in Notunterkünften der freien Träger, in den städtischen Notquartieren und Beherbergungsbetrieben falsch untergebracht. Sie können dort psychiatrisch nicht adäquat versorgt werden. Insbesondere in den städtischen Notquartieren und in den Beherbergungsbetrieben ist weder die erforderliche Personalausstattung noch die fachliche Ausrichtung des Personals gegeben, um den besonderen Hilfebedarf dieser wohnungslosen Menschen zu decken.

Brückenteam wohnungslos in München

Dies war der Hintergrund auf dem wir uns zusammengesetzt und nach einer Lösung für diese wohnungslosen, psychisch kranken Menschen gesucht haben. Wir wollen mit dem Brückenteam die Übergänge zwischen den Versorgungssystemen der psychiatrischen Klinik, der Sozialpsychiatrie und der niederschweligen Wohnungslosenhilfe systematisch optimieren. Wir wollen Über-, Unter- oder Fehlversorgung für die betroffenen Menschen vermeiden und eine

zuverlässige, passgenaue und effiziente Weiterleitung ermöglichen und wir wollen „Drehtür-Karrieren“ vermeiden. Wir wollen auch Versorgungsengpässe bzw. Versorgungslücken aufdecken. Deshalb haben wir das Brückenteam wohnungslos in München im Jahr 2017 gegründet.

Für wen ist ein Brückenteam?

Zielgruppe sind besonders schwer zu versorgende wohnungslose psychisch kranke Menschen in München. Häufig sind die Menschen chronisch erkrankt, haben eine ausgeprägte Symptomatik, verfügen nicht über ausreichende Kompetenzen zur Versorgung des Wohnumfeldes und der eigenen Person und haben ein starkes Autonomiebedürfnis bei geringer Mitwirkungsbereitschaft. Gleichwohl sind die Ursachen für die Versorgungsprobleme insgesamt weniger in personenbezogenen Merkmalen zu suchen als in Systemproblemen. Dazu hier ein Beispiel:

Herr A ist 70 Jahre alt und kommt verwirrt von einer internistischen Klinik zum zweiten Mal in das Notquartier für wohnungslose Männer im Haus an der Pilgersheimerstraße. Vor seiner Schizophrenie-Erkrankung war er im Nordamerika selbst als Arzt tätig gewesen. In seinem bewegten Leben wurde er zuvor aus einer Wohnung geräumt, nachdem sein Ersparnis aufgebraucht war, was in

Notquartieren untergebracht und auch für längere Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung in München. Da keine Anspruchsberechtigungen vorlagen jedoch aus der Klinik „ohne Plan“ entlassen. Im Brückenteam wurde der Fall durchgesprochen. Es stellt sich heraus, dass bereits viele Brückenteamakteure mit Herrn A in Berührung gekommen sind: der für wohnungslose Menschen zuständige Psychiater der psychiatrischen Versorgungsklinik, der Sozialpädagoge im Notquartier für wohnungslose Männer und die Zuständige für die Bettenplatzvergabe in Notquartiere der Landeshauptstadt München. Die Diskussion aus den unterschiedlichen Blickwinkeln und mit unterschiedlichem Fallwissen der Brückenteamakteure ergibt, dass sich die Stadt München als zuständig erklärt und Anspruchsberechtigungen geprüft werden. Das Brückenteam überlegt eine sinnvolle Hilfeform für Herrn A. Aus dem Notquartier für Männer wird er in die Clearingeinrichtung für wohnungslose psychisch kranke Menschen vermittelt, um dort die notwendige psychiatrisch-pflegerische sowie psychiatrisch-ärztliche Behandlung zu erhalten. Die gemeinsame Fallverantwortung im Brückenteam kann einen Begleitdienst organisiert, der Herr A jeden Tag in das Notquartier für Männer zum Essen fährt, da er sich nicht selbst versorgen kann und auch zu schwach ist, die S-Bahntüren zu öffnen, um den Weg selbstständig zurückzulegen. In der Clearingeinrichtung stabilisiert sich der psychische Zustand von Herrn A, jedoch verschlechtert sich sein Allgemeinzustand. Schließlich wird er als Härtefall anerkannt und kann in ein Altersheim verlegt werden, wo er seine Memoiren schreiben will.

Was ist nun das Brückenteam und was passiert dort?

Das Brückenteam verstehen wir als eine **Gemeinschaftsaufgabe**. Beteiligt sind

- psychiatrische Klinik (zuständig für die Pflichtversorgung nach SGB V)
- Bezirksverwaltung (Überörtlicher Sozialhilfeträger, zuständig für psychiatrische Hilfen aus dem SGB IX),
- Amt für Wohnen und Migration der Landeshauptstadt München (zuständig für die ordnungsrechtliche Unterbringung, d.h. die Notunterkünfte)
- Wohnungslosenhilfe der Verbände (zuständig für begleitende und weiterführende (Wohn-)Hilfen nach §67 SGB XII).

Das Brückenteam berät über die schwer zu versorgenden psychisch kranken wohnungslosen Menschen. Alle Beteiligten können Fälle einbringen. Den Betroffenen wird erklärt, was das Brückenteam macht und sie werden gebeten, eine Schweigepflichtsentbindung zu unterschreiben. Gegebenenfalls können auch Fälle anonym besprochen werden.

Die **Gemeinschaftsaufgaben** des Brückenteam sind:

- **Info-Check:** Wer kennt die Person schon? Was wurde bisher schon probiert? Was hat gut geklappt? Was nicht? Häufig ist es so, dass das zusammengetragene Wissen ein neues Bild ergibt. Wir erarbeiten uns einen gleichen Informationsstand und eine gleiche Falldefinition.
- **Ideen zur Maßnahmenplanung:** Was ist jetzt eine „gute“ Hilfe? Was haben wir noch nicht probiert? Wie könnten wir neu vorgehen? Wer hat guten Kontakt? Wir erarbeiten uns eine gemeinsame Sprache und Sichtweise.
- **Ressourcen-Check:** Welche Ressourcen sind im Netzwerk verfügbar? Freie Plätze? Neue Angebote? Können wir gemeinsam Hilfe kombinieren? Wir optimieren unser versorgungsspezifisches Wissen (Hilfesystem der Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Behindertenhilfe etc.).
- **Zuständigkeiten für die Weiterversorgung festlegen:** Wer macht was? Wer hat die Federführung für die weitere Hilfeplanung? Wir versuchen Versorgungsabbrüche zu vermeiden (Aspekt der Vertrauensweitergabe) und den

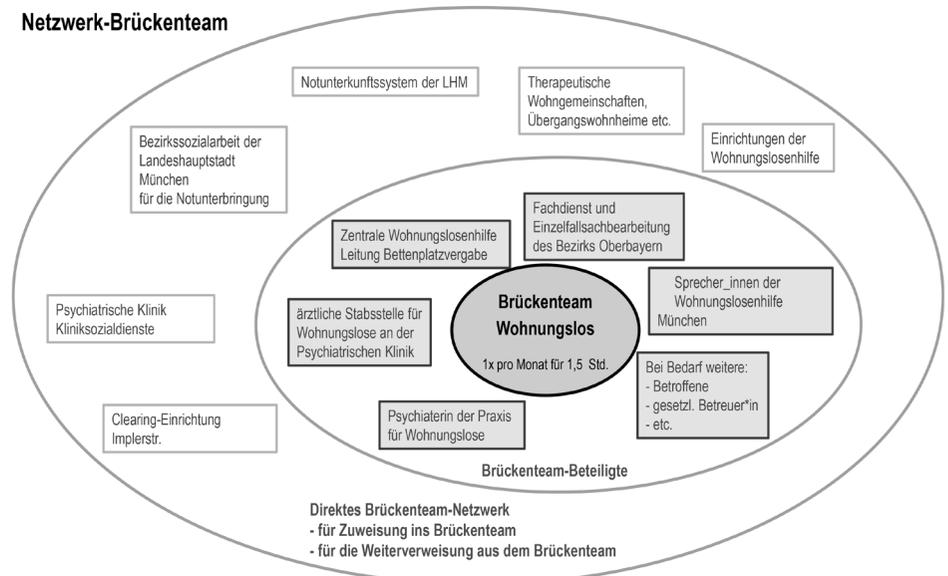
Überleitungsprozess durch frühzeitige Kostenzusicherung zu beschleunigen.

- **Monitoring:** Was ist mit den besprochenen Fällen des letzten Brückenteam geschehen? Wie hat sich der Überleitungsprozess entwickelt? Ist die Hilfe beim Betroffenen angekommen? Was fehlt noch? Ist die Personen „verschwunden“? Wo ist sie wieder aufgetaucht? Wir erwirken eine Kontinuität im Fallverlauf und in der Hilfestellung.
- **Dokumentation:** Wir dokumentieren die Brückenteamfälle und machen dazu auch Auswertungen. Ziel dabei ist es, fehlende Bedarfslagen zu ermitteln. An dieser Stelle wollen wir auf die Systemstruktur Einfluss nehmen.

Frau B ist erst 30 Jahre alt und hat schon viel erlebt. Sie kommt aus Ex-Jugoslawien, ist in England mit einem Kriminellen zwangsverheiratet worden, der sie mit nach Deutschland genommen hat. Sie hat eine schwere Posttraumatische Belastungsstörung, ist häufig suizidal und konsumiert regelmäßig THC. Ihr hier geborenes Kind ist in Obhut genommen worden. Es folgte ein chaotischer Verlauf zwischen Wohnungslosenhilfe und Dreh- und Wende-Psychiatrie in München. In dieser Phase wird sie im Brückenteam besprochen, auch hier war sie ein „Dauerbrenner“. Gemeinsam wurden unterschiedliche Hilfen ausprobiert, z.B. weiterführende Häuser der Wohnungslosenhilfe für Frauen. Wenn es ihr nach einem Klinikaufenthalt besser geht, ist sie offen für Hilfsangebote. Dann verschlechtert sich ihr psychischer Zustand, sie wird instabil, gefährdet sich oft selbst und kommt wieder in die Klinik. Durch das konti-



Netzwerk-Brückenteam



nuierliche Monitoring im Brückenteam wird deutlich, dass sie ein längerfristiges stationäres Angebot mit psychiatrischer Hilfestellung/Therapie braucht, was auch der am Brückenteam beteiligte zuständige Kostenträger, der Bezirk Oberbayern, bestätigt.

Wegen krimineller Delikte im Rahmen ihres Drogenkonsums kommt sie plötzlich per vorläufige Unterbringung in die Forensik. Hier stabilisiert sich ihr psychischer Zustand durch Medikation und Therapie. Die Hauptverhandlung steht an, Frau B wird wegen zu geringer Tatvorwürfe nicht zu einer forensischen Unterbringung verurteilt. Das Brückenteam verhindert eine Entlassung in die Wohnungslosigkeit. Gemeinsam erwirken wir sehr rasch eine Kostenübernahme und eine Aufnahme im geschlossenen psychiatrischen Übergangswohnheim. Der psychische Zustand von Frau B ist erfreulich stabil, in Planung ist aktuell eine Überleitung in eine therapeutische Wohngemeinschaft.

Wie sichern wir die Qualität?

Es gibt eine standardisierte Dokumentation der Brückenteamkonferenzen. Sie dient der Qualitätssicherung der Brückenteams und zur (Nach-)Steuerung und Verbesserung des Gesamtprozesses. In der Auswertung hat sich gezeigt, dass wir die intendierte Zielgruppe der schwer zu versorgenden psychisch kranken

wohnungslosen Menschen erreichen. Sie zeigen vielfältige Multiproblemlagen und weisen einen komplexen Hilfebedarf in die verschiedenen Versorgungsstrukturen auf, so dass eine gezielte Hilfeerbringung bzw. Überleitung erheblich erschwert wird und häufige Drehtür-Karrieren in der Vorgeschichte zu verzeichnen sind. Das Brückenteam stellt Strukturen bereit für eine Einzelfallsteuerung mit der Zielsetzung den Überleitungs- bzw. Weiterleitungsprozess vor allem qualitativ zu verbessern. Bei vielen Personen ist bekannt, wohin sie vermittelt wurden. Das ist positiv, falls es einen weiteren Verlauf und damit ein längeres Monitoring geben sollte. Gerade für diese Zielgruppe mit häufig wechselnden Unterkünften und Drehtür-Effekten ist es als besonders positiv zu werten, dass das Brückenteam „an den Fällen häufig über einen längeren Zeitraum dran bleibt“ und damit eine Kontinuität im Fallverlauf und in der Hilfestellung herstellen kann. Die Qualität des Überleitungs- und Weiterleitungsprozesses ist insgesamt auch über das Brückenteam hinaus gestiegen. Durch die gute Zusammenarbeit der Brückenteam-Akteurinnen und Akteure hat sich eine Kultur der Kooperation gebildet. Dies verkürzt Informations- und Handlungswege auch zwischen den Brückenteamkonferenzen enorm. Wir haben uns erarbeitet:

- Schnellere persönliche Kontaktanbahnung mit fallspezifischen Wissenstransfer

• Gemeinsamer Wissenspool für weiterführende Angebote und Kapazitäten

- Umfassende supervisorische Betrachtung des Einzelfalles
- Kürzere Wege, verbesserte Netzwerke
- Nachbesprechungen und Monitoring

Wir wollen mit dem Brückenteam auch Versorgungslücken aufdecken und diese überwinden helfen. Wir arbeiten daran, dass die Strukturen zwischen den Versorgungssystemen der Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Wohnungslosenhilfe so gut ineinandergreifen, dass wir in Zukunft kein Brückenteam mehr brauchen. 

Literatur

¹ **BAG-W (2006):** Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern. Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe – Ein Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe, verabschiedet am 6./7. April 2006

² **Bäumli J et al. (2017):** Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus Verlag GmbH (Freiburg).

³ **Busch-Geertsma V (2018):** Die SEEWOLF-Studie. NDV Nr. 9, 465–468

⁴ **Fichter M et al. (2000):** Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Deutsches Ärzteblatt 97: 1148–1154

⁵ **Gutwinski St, Schreiter St (2020):** Wohnungslosigkeit betrifft häufig Menschen mit seelischen Erkrankungen. Psychiatr Prax; 47: 115–117A

Bessere Arbeitsbedingungen in der Sozialwirtschaft

„Mehr wert als ein Danke“: 53 000 Unterschriften an Petitionsausschuss übergeben

Die Sozialunternehmen und Verbände hinter der Initiative „Mehr wert als ein Danke. Arbeiten für und mit Menschen“ haben bundesweit mehr als 53.000 Unterschriften gesammelt, um auf ungerechte Arbeitsbedingungen in der Sozialwirtschaft hinzuweisen. Zu den Unterstützern gehört auch der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Beb). Gerade die Corona-Pandemie hat schonungslos offengelegt, dass sich die Rahmenbedingungen für Mitarbeitende verbessern müssen. Beispielhaft zeigt sich dies an der Corona-Prämie, die nach dem Tarifabschluss Angestellte in Bund und Ländern erhalten, aber nur wenige Mitarbeitende in der Sozialwirtschaft. Die Petition „Mehr wert als ein Danke. Arbeiten mit und für Menschen“ ist eine Initiative aus der Sozialwirtschaft. Über

120 Stiftungen, Verbände, Einrichtungen und Dienste aus der gesamten Freien Wohlfahrtspflege haben sich bundesweit vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu einer Initiative zusammengeschlossen, um drei zentrale Forderungen für die Mitarbeitenden in Sozialunternehmen an die Politik und Gesellschaft zu adressieren:

- 1.) Bessere Arbeitsbedingungen
- 2.) Gerechten Lohn
- 3.) Mehr Wertschätzung

Im Kern ruft die Initiative zu einer Intensivierung des politischen Diskurses darüber auf, was soziale und pflegende Arbeit in unserer Gesellschaft braucht, damit sie mehr finanzielle und soziale Anerkennung erlangt. Es geht den Initiatoren um die Solidarkosten, die die Gesellschaft

insgesamt bereit ist, für diejenigen zu geben, die ihr Recht auf gleichberechtigte Teilhabe nicht ohne Hilfe, Pflege oder Unterstützung gestalten können.

Die Petition fordert, endlich die Tarifbindung in der gesamten Sozialwirtschaft durchzusetzen, damit es mehr Wettbewerb um Qualität gibt und weniger Lohndumping. Leistungsentgelte und Pflegesätze müssen deutlich erhöht werden, damit faire Löhne und fachliche Weiterentwicklungen (u. a. beim Thema Digitalisierung) überhaupt bezahlbar sind. Über bessere Aus- und Fortbildungsangebote soll gerade auch bei der jüngeren Generation die Attraktivität der Berufe in der Sozial- und Pflegewirtschaft verbessert werden.

Weitere Informationen zur Petition unter www.mehr-wert-als-ein-danke.de

NACHRICHTEN

In eigener Sache: Herzlich willkommen in der Redaktion!

Sabine Wetzel-Kluge, Referentin in der Diakonie Mitteldeutschland ist neues Mitglied in unserer Redaktion. Sie verantwortet die Bereiche Sozialpsychiatrie, die Eingliederungshilfeangebote der Suchthilfe sowie das Gesundheits- und Krankenhausmanagement im diakonischen Landesverband. Ihren beruflichen Werdegang



begann sie mit einer Krankenpflegeausbildung in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Während und nach dem Studium der Sozialen Arbeit und der

Klinischen Sozialarbeit war sie in der Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Frau Wetzel-Kluge verfügt über umfangreiche Erfahrungen aus Projekten auf Landes- und Bundesebene zu Fragen der Partizipation und der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Wir freuen uns über ihre Mitarbeit in der Redaktion und über die Mitgestaltung des vorliegenden Hefts der Kerbe. *Jürgen Armbruster*

TERMINE

Psychiatrie-Jahrestagung 2021:**Teilhabe in der Sozialpsychiatrie
Zwischen Selbstbestimmung, Freiheitsverwirklichung und Fürsorge
29./30. April 2021, Online-Tagung**

Selbstbestimmung und Teilhabe gelten seit Jahrzehnten als Leitziele einer modernen Sozial- und Gesundheitspolitik. In der ersten Phase der Corona-Pandemie zeigte sich wie in einem Brennglas, wie es um die Beteiligung von Betroffenen in Krisenzeiten aussieht. Zu einem großen Teil fand diese nicht oder zunächst nicht statt. Grund genug, dieses Thema einer kritischen Prüfung und aktuellen Bestandsaufnahme zu unterziehen. Die Tagung wird mit dem Tool „zoom“ durchgeführt. Ein Download ist nicht erforderlich, da „zoom“ auch über den Webbrowser genutzt werden kann. Man benötigt lediglich einen Laptop/PC mit Kamera und Mikro sowie eine stabile Internetverbindung. Den Einwahllink mit technischen Hinweisen wird rechtzeitig vor der Tagung zugestellt.

Anmeldung bis 23. April 2021 online unter <https://beb-ev.de/peai>. Hier sowie unter www.kerbe.info gibt es auch ein detailliertes Tagungsprogramm. Weitere Informationen: Antonia Keinz, E-Mail: keinz@beb-ev.de, Tel. 030/83001271.

„So kann man doch nicht leben!“
Vermüllt und verwahrlost – Was tun?
08.-09.03.2021, Essen

Die Anwendung der ICF in der Hilfeplanung; 09.-10.03.2021, Online

Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege gestalten; 09.-10.03.2021, Hannover

Psychisch kranke Wohnungslose
23.-25.03.2021, Berlin

Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe
15.-16.04.2021, Online-Veranstaltung

Selbstbestimmtes Wohnen im BTHG
15.-16.04.2021, Stuttgart

Alles eine Frage der Motivation?!
26.-27.04.2021, Filderstadt

Programm und Anmeldung: Telefon 030/488 37 488, www.ba-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, Stuttgart (Redaktionsleitung); Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzel-Kluge, Halle/S.; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:

Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 29 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro; Kombi-Abo (Print + ePaper) 30 Euro

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 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

TERMINE

Bundesakademie für Kirche und Diakonie**Mehrteilige Weiterbildungen:**

Umsetzung des BTHG: Wandel gestalten – Teilhabe realisieren. Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte
03.02.2021–30.04.2021, Berlin

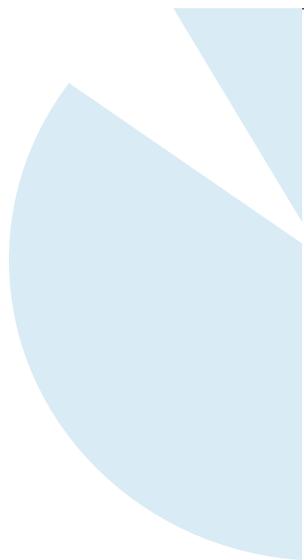
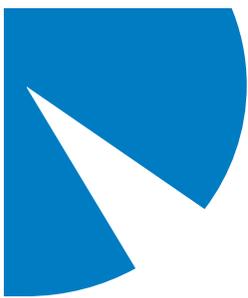
Fortbildungen:

Überzeugen muss kein Kraftakt sein
22.–24.02.2021, Berlin

Neuaufgelegt: Das Diakonie-Siegel Pflege in vierter Auflage
22.02.2021, Online-Veranstaltung
04.05.2021, Online-Veranstaltung

Herausforderungen und Chancen für die Führungskraft bei Realisierung der Selbststeuerung. 24.02.2021, Online





In eigener Sache

Die Kerbe gibt es künftig auch als ePaper

Künftig können Sie die Kerbe auch elektronisch als ePaper lesen. Mit mobilen Geräten über die Kerbe-App oder mit Ihrem PC per Browser auf der Homepage: <https://epaper.kerbe.info>

Die digitale Kerbe passt sich flexibel dem Bildschirm an, die Texte können im Lesemodus leicht vergrößert werden oder durch die Sprachausgabe des jeweiligen Geräts vorgelesen werden.

- Wenn Sie bereits Abonnent sind, erhalten Sie in wenigen Wochen schriftlich einen Freischaltcode, mit dem Sie die digitalen Ausgaben in der App oder online abrufen können. Für diesen Service bezahlen Sie dann nur 1€ mehr pro Jahr, also € 30.- statt bisher € 29.-
- Für gemeinnützige Einrichtungen, die das ePaper mehreren Mitarbeitenden zur Verfügung stellen wollen, gibt es ab Januar besondere Angebote. Infos und Bestellung auf www.kerbe.info



Jetzt auch als ePaper



Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie
 Jahres-Abo, Geschenk-Abo, Studenten-Abo oder Einzelhefte
 Detaillierte Infos zu den Aboarten unter www.kerbe.info

Wir bezahlen das Porto für Sie

Kerbe Themen im Überblick

Die Kerbe erscheint 4 x pro Jahr, 2021 u. a. mit diesen Themen:

Heft 1/2021
Ethische Fragen in der Sozialpsychiatrie

Heft 2/2021
Biographisches Arbeiten

Heft 3/2021
Corona und andere Krisen

Heft 4/2021
Wohnen

- als gedruckte Ausgabe (Print) für € 29.-
- als elektronische Ausgaben (ePaper) für € 20.-
- Kombi-Abo (Print + ePaper) für € 30.-

Name/Vorname _____

Strasse/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon/E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bestellannahme: Tel.: 0711/60100-40 · Fax: 0711/60100-76
E-Mail: vertrieb@evangelische.de

ANTWORT

Evangelischer Verlag Stuttgart
Zeitschrift Kerbe
Postfach 10 02 53
70002 Stuttgart