

Zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts
im Studiengang Soziale Arbeit
an der Fakultät angewandte Sozialwissenschaften
der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Ethische Grenzgänge zwischen psychiatrischen Zwangmaßnahmen und Patientenverfügung: Eine Herausforderung (auch) für die Soziale Arbeit

Vorgelegt von
Julia Lena Sättler
Matrikelnr. 5409285

Betreuerin:	Prof. Dr. Angelika Weber
Zweitgutachter:	lic. Phil. Franz Hierlemann (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)
Eingereicht am:	06.06.2013

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe angefertigt habe. Die verwendeten Quellen sind vollständig zitiert.

Ich versichere ferner, dass die Prüfungsleistung bisher oder gleichzeitig keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Würzburg, den _____

Julia Sättler

Abkürzungsverzeichnis

- § = Paragraph
- Abs. = Absatz
- Art. = Artikel
- BGB = Bürgerliches Gesetzbuch
- BGH = Bundesgerichtshof
- BNotK = Bundesnotarkammer
- BPE = Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.
- BRD = Bundesrepublik Deutschland
- BRK = Behindertenrechtskonvention
- Bsp. = Beispiel
- bspw. = beispielsweise
- BtÄndG = Betreuungsrechtsänderungsgesetz
- BVerfG = Bundesverfassungsgericht
- bzw. = beziehungsweise
- d.h. = das heißt
- DBSH = Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
- DGPPN = Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- etc. = et cetera (und so weiter)
- GG = Grundgesetz
- i.V.m. = in Verbindung mit
- OLG = Oberlandesgericht
- PsychKG = Psychisch Kranken Gesetz
- Psych-PV = Psychiatrie-Personalverordnung
- PV = Patientenverfügung
- sog. = sogenannte
- StGB = Strafgesetzbuch
- StPO = Strafprozessordnung
- u.a. = unter anderem/anderen oder und andere
- v.a. = vor allem/allen
- z. T. = zum Teil
- z.B. = zum Beispiel
- ZVR = Zentrales Vorsorgeregister

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	S. 1
2.	Einführung	S. 2
3.	Soziale Arbeit in der Psychiatrie	S. 4
3.1	Begriffsbestimmungen	S. 4
3.2	Historische Verwurzelung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	S. 7
3.2.1	Psychiatrie-Enquête	S. 7
3.2.2	Sozialpsychiatrie	S. 9
3.2.3	Psychiatrie-Personalverordnung	S. 10
3.3	Soziale Arbeit in der Psychiatrie heute – interdisziplinäre Zusammenarbeit	S. 11
3.3.1	interdisziplinäre Zusammenarbeit - Soziologische Betrachtung	S. 11
3.3.2	Was bedeutet „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“?	S. 12
3.3.3	Reibungspunkte in der interdisziplinären Zusammenarbeit	S. 13
3.3.4	Gemeinsames Bezugsmodell in der interdisziplinären Zusammenarbeit	S. 15
3.4	Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	S. 19
3.4.1	Teambeitrag der Sozialen Arbeit	S. 21
3.5	Methoden und Handlungskompetenzen	S. 22
3.5.1	Gesundheitsförderung und Salutogenese	S. 22
3.5.2	Lebensweltorientierung	S. 24
3.5.3	Empowerment	S. 25
3.5.4	Recovery	S. 25
3.5.5	Soziale Beratung	S. 26
3.5.6.	Case Management	S. 27
3.5.7	Soziale Diagnostik	S. 28
3.5.8	Integration und Lebensführung	S. 29
4.	Zwangspanychiatrie – Gesetze, Widersprüche und aktuelle Rechtsprechungen	S. 33
4.1	Juristischer Rahmen der Zwangspanychiatrie	S. 34
4.1.1	Öffentlich-rechtliche Unterbringung	S. 34
4.1.2	Zivilrechtliche Unterbringung	S. 36
4.1.3	Strafrechtliche Unterbringung	S. 36
4.2	Kollidierende Gesetze – Zwangspanychiatrie contra Menschenrechte	S. 37

4.2.1	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte	S. 37
4.2.2	Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe	S. 39
4.2.3	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	S. 40
4.3	Rechtsprechungen erklären Gesetzeslage als illegal	S. 44
4.3.1	Bezug auf Öffentlich-rechtliche Unterbringung	S. 44
4.3.2	Bezug auf die Zivilrechtliche Unterbringung	S. 44
4.3.3	Bezug auf die Strafrechtliche Unterbringung	S. 45
4.4	Aus der Rechtslage resultierende Forderungen	S. 46
5.	Die Rolle der Sozialen Arbeit bei Zwangseinweisungen	S. 48
6.	Ethik in der Sozialen Arbeit	S. 48
7.	Zwischenfazit	S. 53
8.	Patientenverfügung – Was ist das?	S. 55
8.1	Vielfalt von Patientenverfügungen	S. 55
8.2	Juristischer Rahmen von Patientenverfügungen	S. 56
8.2.1	Verfassungsrechtliche Verankerung	S. 56
8.2.2	Zivilrechtliche Verankerung	S. 59
8.3	Kritik, offene Fragen und Anregungen	S. 69
8.4	Grenzen der Patientenverfügung	S. 72
9.	Psychiatrische Patientenverfügung	S. 73
9.1	Die „PatVerfü“ als Beispiel für eine psychiatrische Patientenverfügung	S. 74
9.2	Das „PatVerfü“-Formular	S. 75
9.2.1	Erläuterungen zum „PatVerfü“-Formular	S. 78
9.2.2	Unterschied zu anderen Patientenverfügung	S. 78
9.2.3	Folgewirkung einer „PatVerfü“	S. 79
9.2.4	Weitere Empfehlungen zum Aufsetzen und Nutzen der „PatVerfü“	S. 79
9.3	Gerichtliche Bestätigung der „PatVerfü“	S. 81
10.	Schluss	S. 82
11.	Literaturverzeichnis	S. 92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1

Inter- u. transdisziplinäres Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen S. 18

Abbildung 2

Aufbau der Deskriptiven Systemmodellierung S. 31

Abbildung 3

Übersicht zur Patientenverfügung S. 68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1

Zwangspanychiatrie contra Grundgesetz/Menschenrechte S. 38

Allgemeiner Hinweis

In den Texten dieser Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit und leichteren Verständlichkeit die männliche Form verwendet. Die Ausführungen beziehen sich jedoch gleichermaßen jeweils auf weibliche und männliche Personen. Dies ist nur dann nicht der Fall, wenn explizit darauf hingewiesen wird, dass es sich entsprechend nur um das weibliche, oder männliche Geschlecht handelt.

Ethische Grenzgänge zwischen psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und Patientenverfügung: Eine Herausforderung (auch) für die Soziale Arbeit

1. Vorwort

In meinem Studium der Sozialen Arbeit absolvierte ich mein Praxissemester an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Überwiegend war ich auf einer geschlossenen Akutstation tätig, d.h. in der Regel waren die Stationstüren für Patienten verschlossen. Im Durchschnitt wurde ein Drittel der Patienten unfreiwillig über eine Zwangseinweisung oder sog. „fürsorgerische Unterbringung“ (Schweiz) in der Klinik aufgenommen. Mit mindestens 12.000 solcher Unterbringungen weist die Psychiatrische Uniklinik Zürich eine der höchsten Zahlen in Europa auf (Schweizer Radio und Fernsehen, 2013). Dieses Vorgehen wird zwar durch eine rechtliche Grundlage legitimiert und ist diesem Augenschein nach nicht falsch. Doch mit zunehmender Identifikation mit meiner Rolle als Sozialarbeiterin und der alltäglichen Konfrontation damit in der praktischen Arbeit haben mich diese Fakten nachdenklich gestimmt. Ich möchte die Tatsache einer geschlossenen Psychiatrie nicht generell schlecht heißen, auch weil manche Patienten sie in der Akutsituation als beschützend und hilfreich erleben. Die individuellen Lebens- und Erkrankungssituationen der Patienten, die Schwierigkeit als „Fremder“ das subjektive Wohl der Betroffenen einzuschätzen und der schwerwiegende Eingriff in deren Menschenrechte macht die Zwangspsychiatrie meines Erachtens zu einer Gratwanderung. Welche Rolle spiele ich als Sozialarbeiterin in diesem Kontext? Auch wenn ich als Sozialarbeiterin nicht direkt Zwang ausübe, bin ich als Mitglied des Behandlungsteams nicht auch Teil eines „Machtapparates“? Wie kann ich zur Wahrung der Menschenrechte der Betroffenen beitragen?

Die Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Leiden, wie auch in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsdisziplinen in einem Behandlungsteam, haben mich persönlich und beruflich bereichert und meine weitere Laufbahn geebnet. Um meine aufgeworfenen Fragestellungen beantworten und evtl. „Lösungen“ finden zu können, habe ich mich mit vielseitiger

Literatur befasst. Einen Teil dieser Gedanken versuche ich in dieser Bachelorarbeit darzulegen. Um etwaige Unvollständigkeiten zu rechtfertigen, schließe ich mein Vorwort folgendermaßen ab:

„Alle Aufgaben auflösen und alle Fragen beantworten zu wollen, würde eine unverschämte Großsprecherei und ein so ausschweifender Eigendünkel sein, dass man dadurch sich sofort um alles Zutrauen bringen müsste.“ (Immanuel Kant)

2. Einführung

Der Titel der vorliegenden Bachelorarbeit „Ethische Grenzgänge zwischen psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und Patientenverfügung: Eine Herausforderung (auch) für die Soziale Arbeit“ bringt das breite Themenspektrum von der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, Zwangspsychiatrie, Ethische Richtlinien und Patientenverfügung auf den Punkt. Die folgenden Ausführungen sollen dem Leser vermitteln, wie zweischneidig das Thema Zwang in der Psychiatrie ist und wie eine Patientenverfügung zu mehr Selbstbestimmung in Behandlungssituationen verhelfen kann. Durch eine Psychiatrische Patientenverfügung kann auf der Basis individueller Erfahrungen zu einer Enttraumatisierung der akuten Behandlungssituation beigetragen, oder Zwang in der Psychiatrie gänzlich untersagt werden. Eingerahmt von der berufsspezifischen Sicht der Sozialen Arbeit und ethischen Rahmensetzungen soll die Notwendigkeit zur kritischen (Selbst-)Reflexion als Professioneller, wie auch als Laie über den gesamten Themenkomplex unterstrichen werden.

Die Psychiatrie ist von einer Geschichte über viele Epochen hinweg geprägt. Seit Ende des 19. Jahrhunderts hat sie sich zur akademischen Wissenschaft entwickelt. Das medizinische Verständnis von Gesundheit und Krankheit war über die historische Entwicklung hinweg stets dominierend (Schott & Tölle, 2006). Wie diese Bachelorarbeit in einem kurzen Exkurs schildert, hielt die Soziale Arbeit erst spät Einzug in die Psychiatrie. Heute gehört die Soziale Arbeit dort meist selbstverständlich zum multiprofessionellen Behandlungsteam. Die vorliegende Arbeit erläutert die Zusammensetzung der Teams und welche Rolle die Soziale Arbeit im Kontext der Psychiatrie genau spielt.

In Akutsituationen kann es im psychiatrischen Kontext unter bestimmten Voraussetzungen zu Zwangsmaßnahmen kommen. Diese werden von den Befürwortern als notwendige Sicherung der Menschen vor sich selbst, oder der öffentlichen Sicherheit gerechtfertigt. Durch diese Maßnahmen möchte man den Betroffenen zur „Gesundheit“ verhelfen, damit sie wieder selbstbestimmt leben können (vgl. www.psychiatire-netz.de). Psychiatrie-Erfarene und Gegner dieser unfreiwilligen Maßnahmen durch die Psychiatrie berichten jedoch von traumatischen Erfahrungen, die den weiteren Lebenslauf Betroffener gravierend beeinträchtigen. Diese sog. „Antipsychiatriebewegung“ stützt sich vorwiegend auf die Werte der Selbstbestimmung und der körperlichen Unversehrtheit (vgl. Stöckle, 2005). Die Schilderung der rechtlichen Verankerung der Zwangspsychiatrie, wie auch aktuelle gesellschaftspolitische Diskurse darüber zeigen, dass dieses Streitthema in den letzten Jahren erneut zum Brennpunkt geworden ist.

Die Profession Soziale Arbeit wird vielfach als „Menschenrechtsprofession“ diskutiert, betont in ihrer internationalen Definition die Menschenrechte und stützt sich auch in ihren ethischen Richtlinien auf entsprechende Menschenrechtspostulate. Doch wie ist ein solches Selbstbild der Profession mit dem psychiatrischen Zwangskontext vereinbar? Kann die Soziale Arbeit zur Wahrung der Menschenrechte der Betroffenen beitragen?

Im gleichen Zeitfenster wie die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung über die Zwangspsychiatrie, ihre rechtliche Legitimation und ihren Bezug zum Menschenrechtsdiskurs, wurde das sog. Patientenverfügungsgesetz von der Bundesregierung verabschiedet. Welche Möglichkeiten damit geschaffen wurden und was dies für den psychiatrischen Kontext bedeutet, wird im letzten Kapitel dieser Bachelorthesis erläutert.

3. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Um die Zusammenhänge zwischen der Sozialen Arbeit als Profession und der Psychiatrie als Ganzes zu erfassen, werden zunächst grundlegende Begriffe geklärt. Anschließend wird die Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie aus historischer und aus heutiger Sicht geschildert.

3.1 Begriffsbestimmungen

3.1.1 Psychiatrie

Um den Begriff der Psychiatrie zu umschreiben, werden im Folgenden drei semantische Bedeutungen des Wortes Psychiatrie unterschieden:

- Psychiatrie als eine *Disziplin und Profession der Medizin*, die sich mit der Diagnose, Intervention, Prävention und Erforschung mentaler Krankheit befasst. Das Phänomen *Krankheit* wird auf eine biologistisch-naturwissenschaftliche Grundlage gestellt, d.h. der Mensch wird aus diesem Blickwinkel weitgehend „reduziert auf einen Träger gestörter physiologischer Körperprozesse, die es zu diagnostizieren gilt.“ (Dörr, 2005, S. 12). Diese einseitige Sichtweise schließt das Erforschen von psycho-sozialen Faktoren, wie das Erleben und Fühlen der betroffenen Subjekte, aus. In der Geschichte der Psychiatrie führte diese Perspektive dazu, dass Betroffene in Hospitälern von den „Gesunden“ abgesondert, etikettiert und der Freiheit entzogen wurden. Im Nationalsozialismus wurden Menschen mit psychischer Störung auf ihre Krankheit reduziert und im Zuge der Eugenik zwangssterilisiert und getötet (Dörr, 2005).

- Psychiatrie konstituiert als *konkreter sozialer Ort*, im Sinne der psychiatrischen Hospitäler, Kliniken, Landeskrankenhäuser. Die naturwissenschaftliche Medizin kann hier durch das Zusammenwirken von und der Vermittlung zwischen Theorie und Praxis umgesetzt werden. Diese Organisationsformen haben im Wesentlichen zur gesellschaftlichen Etablierung der Psychiatrie als medizinische Disziplin und Profession beigetragen. Neben der Erfüllung der „professionellen Heilungsmetapher“ (Dörr, 2005, S. 12) ist die Psychiatrie bis heute ein Ort sozialer Kontrolle und institutioneller Verwahrung.

- Psychiatrie als *soziale Institution*, die sich neben einer Zweckorientierung auch durch eine Norm- und Wertorientierung auszeichnet. Als gesellschaftliches Ordnungsmuster garantiert die Psychiatrie eine konstante Regelung kompliziert interaktioneller Vorgänge. Sie wird auch als „gesellschaftliche Organisation psychosozialen Leids“ bezeichnet (Dörr, 2005, S. 13). Als soziale Einheit wurde sie von den Gesellschaftsmitgliedern hervorgebracht und am Leben erhalten. Als überindividuelle Macht dient sie jedoch nicht nur der Entlastung, sondern kann für betroffene Menschen (Patienten und Mitarbeiter) auch eine Quelle von Leid werden (Dörr, 2005).

3.1.2 Soziale Arbeit

Die „International Federation of Social Workers“ (IFSW) und die „International Association of Schools of Social Work“ (IASSW) haben sich als internationale Vereinigungen auf eine gemeinsame Definition der Sozialen Arbeit geeinigt. Wie im Folgenden erkennbar ist, betont sie die dynamischen und entwicklungsfördernden Aspekte der Sozialen Arbeit.

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“ (International Federation of Social Work & International Association of Schools of Social Work, 2000)

In den vielfältigen Arbeitsfeldern richtet sich Soziale Arbeit immer auf die multiplen Wechselbeziehungen der Menschen untereinander und den sie umgebenden sozialen Umfeldern. Aus der Definition werden folgende Aufgaben für die Profession abgeleitet:

„allen Menschen ... Chancen zu erschließen, ihr gesamtes Potenzial entwickeln, ihr Leben bereichern und sozialer Behinderung vorbeugen zu können. Professionelle Soziale Arbeit konzentriert sich auf die Lösung sozialer Probleme und die Wendung sozialer Verhältnisse.“ (Avenir Social, o.D).

Als Herausforderer des sozialen Wandels innerhalb der Gesellschaft und der Lebenswelt der Adressaten ist Soziale Arbeit ein „Korrelationssystem bestehend aus Werten, Theorie (wissenschaftliche Erkenntnis) und Praxis.“ (Avenir Social, o.D.).

Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist demnach an die Medizin, im engeren Sinne das Funktionssystem Gesundheit gekoppelt. Allgemein betrachtet erfährt die So-

ziale Arbeit im Gesundheitswesen, also auch in der Psychiatrie, einen immer wichtigeren Stellenwert. Die Medizin hat erkannt, dass auftretende soziale Komplikationen der Klienten den Krankheits- und Rehabilitationsverlauf negativ beeinflussen. Angesichts der engen Verflochtenheit gesundheitlicher Parameter und sozialstrukturellen Variablen ist Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken (Pröll, 2009, S. 27).

Klinische Sozialarbeit

Aus der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich hat sich über die Jahrzehnte hinweg die sog. „Klinische Sozialarbeit“ als sozialarbeitswissenschaftliche Subdisziplin entwickelt. Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit definiert ihre Profession folgendermaßen:

„Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit („klinisch“ bedeutet ‚behandelnd‘). Ihr generelles Ziel ist die Einbeziehung der sozialen und psychosozialen Aspekte in die Beratung, (sozio-)therapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten, erkrankten und (vorübergehend oder dauerhaft) behinderten Menschen. Fokus ist die Person-in-ihrer-Welt (person-in-environment) im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit, Störung und Krankheit.“ (klinische-sozialarbeit.de., 06.05.13).

Vorbild für die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als eine Subdisziplin des Berufes und der Wissenschaft Sozialer Arbeit ist der seit mehr als zwei Jahrzehnten erfolgreiche Ansatz der „Clinical Social Work“ aus Amerika. Die klinischen Sozialarbeiter stellen dort heute eine der wichtigsten Berufsgruppe für psychosoziale Beratungen und Behandlungen dar. Crefeld bezieht sich bei der Aufzählung der unterschiedlichen Arbeitsfelder in seinem Beitrag „Klinische Sozialarbeit als Basis der psychiatrischen Sozialarbeit“ auf das Handbuch von Jerrold R. Brandell: Als Beispiele sind psychosoziales Behandlungsmanagement, psychosoziale Krisenintervention und psychiatrische Rehabilitation zu nennen (Crefeld, 2002). Der bekannte deutsche Sozialarbeiter/-pädagoge Wolf Rainer Wendt sieht in der Klinischen Sozialarbeit eine Chance, dass die Soziale Arbeit mit ihren spezifischen Kompetenzen an der Behandlung psychischer und somatischer Krankheiten mitwirken und in dieser selbstständig agieren kann (Wendt, 1998).

An dieser Stelle soll ein kurzer Exkurs wichtige historische Wendepunkte in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland und deren Bedeutung für den zunehmenden Einfluss der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie aufzeigen. Danach wird

das Konzept der Zusammenarbeit in der Psychiatrie dargestellt und konkret auf die Position der (Klinischen) Sozialen Arbeit eingegangen.

3.2 Historische Verwurzelung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Die ersten Anstalten für Menschen mit psychischer Erkrankung entstanden in England und wurden von Theologen geleitet. Das damalige Behandlungskonzept „moral treatment“ hatte vorwiegend einen sozialpädagogischen Charakter. Ab dem 19. Jahrhundert setzte man die Hoffnung mehr auf die Heilungskräfte der modernen Medizin und ließ Ärzte die Heil- und Pflegeanstalten leiten. Heutzutage wird die Psychiatrie international immer stärker als multiprofessionelle Institution anerkannt. In dieser wirken verschiedenen Berufe mit ihrer unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen mit (Schott & Tölle, 2006).

3.2.1 Psychiatrie-Enquête

Die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages, auch „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ genannt, war die Reaktion auf eine weitreichende Psychiatrie-Kritik. Der Bericht wird häufig als Ausgangspunkt für die Psychiatriereform in Deutschland genannt (Bühning, 2001).

In den 70er Jahren entstand in Deutschland eine soziale Bewegung, die die inhumanen Bedingungen in den psychiatrischen Anstalten öffentlich anprangerte. Die Psychiatrie wurde als eine „Ausgrenzungs- und Verwahranstalt“ kritisiert. In dieser herrschten damals katastrophale, menschenunwürdige Zustände (Dörr, 2006, S. 142). Die Patienten wurden teilweise lebenslang gesellschaftlich isoliert, entmündigt und lediglich verwahrt, anstatt behandelt und rehabilitiert zu werden (Dörr, 2006). Der US-Amerikanische Soziologe Erving Goffman bezeichnete die Psychiatrie als „totale Institution sozialer Kontrolle“. Eine totale Institution weist seiner Meinung nach beispielhaft folgende Merkmale auf:

- Die Einrichtungen sind allumfassend, d.h. das Leben aller Mitglieder findet nur an dieser einzigen Stelle statt und sie sind einer einzigen zentralen Autorität unterworfen.
- Alle Tätigkeiten und sonstigen Lebensäußerungen sind exakt geplant und ihre Abfolge wird durch explizite Regeln und durch einen Stab von Funktönären vorgeschrieben (Goffman, 1973).

Diese weitreichende und harsche Kritik an der Psychiatrie veranlasste die Deutsche Bundesregierung 1971 eine Sachverständigenkommission einzurichten, die die Situation in deutschen Psychiatrien umfassend und vollständig untersuchen sollte. Der Abschlussbericht wurde 1975 veröffentlicht und gab den entscheidenden Punkt zur Wende in Struktur und Funktion der psychiatrischen Versorgung in der BRD. Deutschland lag zum damaligen Zeitpunkt im Vergleich zu anderen europäischen Ländern auf dem Sektor der Versorgung psychisch kranker Menschen weit zurück (Dörr, 2005). In dem Sachverständigenbericht wurden die wichtigsten Kriterien genannt, welche einen Wechsel von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativen psychiatrischen Versorgung realisierbar machen sollten. Dazu gehörte beispielsweise:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme
- Gleichstellung von körperlich und seelisch kranken Menschen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht (Dörr, 2005).

Im „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ wurden erstmals Forderungen nach einer multiprofessionellen Ausrichtung der Psychiatrie formuliert. Damit ist gemeint, dass die verschiedenen Fachberufe ihre jeweiligen berufsspezifischen Sichtweisen und Handlungskonzepte einbringen sollten (Crefeld, 2002). Die Empfehlungen wurden in einem Bundesmodellprogramm unterschiedlich schnell umgesetzt. Fünf Jahre nach der Enquête bewertete der deutsche Pädagoge Walter Picard diese Bemühungen folgendermaßen: „Die Bundesrepublik Deutschland muss sich gefallen lassen, dass die Psychiatrie nach wie vor als ‚sozialer Notstand Nummer Eins‘ bezeichnet wird und die Bundesrepublik in Sachen Psychiatrie ein Entwicklungsland war und auch noch ist.“ (Picard, 1980 i.V.m. Dörr, 2005, S. 144).

Im Kontext der Sozialen Arbeit macht die Psychiatrie-Enquête unbedeutende Aussagen. Zu dieser Zeit gab es kaum Erfahrungen mit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie, somit fehlte es an allgemeingültigen Erkenntnissen was diese Profession leisten kann und wie der Bedarf an Sozialarbeitern zukünftig aussehen könnte. Es ist auch zu erwähnen, dass das Fachhochschulstudium für die Soziale Arbeit gerade erst eingeführt wurde, als die Enquête-Kommission ihre Arbeit aufnahm. Somit befand sich die Profession der Sozialen Arbeit während der Erhebung zur Psychiatrie-Enquête in ihrer ersten großen Studien-/Ausbildungsreform

(Knoll, 2000). Zu dieser Zeit wurde die Psychiatrie unter den vier Sektionen Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie mit medizinischer Psychologie und Neurochirurgie aufgeteilt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., o.D.). Diese medizinischen Fachdisziplinen haben ein biologisch-medizinisches Krankheitsverständnis gemeinsam, d.h. psychische Erkrankungen werden als Folge einer biologischen Ursache gesehen (Mäser, 2013).

Der Psychologe Dr. Hans Ulrich Gresch beschreibt die Rollenverteilung im klassischen medizinischen Krankheitsmodell kritisch: „Auf der einen Seite steht der aktive, wissende, anordnende Arzt und auf anderen Seite der passive, unwissende, sich fügende Patient“ und „dem Arzt zugeordnet ist das medizinische Hilfspersonal, das weniger weiß als der Arzt und mehr als der Patient und dessen Aufgabe u. a. darin besteht, die ‚Compliance‘ (Einhaltung, Regelbefolgung) des Patienten zu überwachen.“ (Gresch, 2013)

3.2.2 Sozialpsychiatrie

An dieser Stelle ist die Sozialpsychiatrie ergänzend zu erwähnen. Die deutsche Sozialpsychiatrie formierte sich 1970 auf Kongressen und im „Mannheimer Kreis“. Daraus resultierte die Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP). Anlass dazu war die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen der Psychiatrie und Unzufriedenheit mit den dortigen Arbeitsbedingungen (DGSP, 2013). Die damals eingerichtete Sachverständigenkommission zur Untersuchung der Lage in deutschen Psychiatrien (Psychiatrie-Enquête) war eine erste Reaktion des Deutschen Bundestages auf die Protestwelle.

Die Sozialpsychiatrie lässt sich zusammenfassend als ein Versuch beschreiben, die Dominanz des medizinisch-psychiatrischen Paradigmas (Erklärungsmodells) zu kompensieren und umzukehren (Dörr, 2005). Die Sozialpsychiatrie bezeichnet einerseits eine theoretische und empirische Wissenschaft, die sich mit psychischen Leiden als sozialem Prozess befasst und entsprechende soziale Ursachen, Folgen und Interventionsmöglichkeiten untersucht. Im Mittelpunkt der sozialpsychiatrischen Wissenschaft steht die soziale Dimension psychischen Leidens, d.h. die Bedeutung sozialer Faktoren für Gesundheit, Krankheit und Prävention (Dörr, 2005). Auf der anderen Seite wird mit dem Begriff eine therapeutische Praxis verbunden. Die Vertreter dieser Disziplin setzen auf moderne Behandlungskonzepte und orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête, im Sin-

ne eines „Schritt[es] von der Verwahrung zur Behandlung“ (Dörr, 2005, S.16). Der sozialpsychiatrische Behandlungsansatz sollte demnach an die Stelle der symptom- und fallorientierten klassischen Psychopathologie treten. Konkrete Forderungen waren beispielsweise ein neues Diagnosesystem, abgekehrt vom ausschließlich medizinischen Krankheitsmodell und eine Humanisierung in der Begegnung mit den Betroffenen (Dörr, 2005).

Auch wenn die Soziale Arbeit als Profession in der Psychiatrie zu dieser Zeit noch keine konkrete Beachtung fand, hat die Sozialpsychiatrie den Blick auf die soziale Dimension der psychischen Erkrankung gelenkt. Damit wurde die ausschließliche Dominanz der Medizin als psychiatrische Disziplin in Frage gestellt.

3.2.3 Psychiatrie-Personalverordnung

Im Jahr 1991 ist die „Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“, auch Psychiatrie-Personalverordnung genannt (Psych-PV), in Kraft getreten. Dadurch wurde eine bundesweite rechtliche Grundlage für die angemessene Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen geschaffen (Dörr, 2005). Die Grundidee – ein „mehrdimensionales Krankheitsverständnis“ – wurde dadurch verwirklicht, dass verschiedenste Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Therapeuten etc.) zum Stammpersonal der Psychiatrie wurden. Somit wurde ein „multiprofessionelles Team“ für eine abschließend ärztlich verantwortete Therapie zuständig (Dörr, 2005, S. 119). Die gemeinsame Behandlungsaufgabe war die Gestaltung des therapeutischen Milieus und die Ausrichtung auf eine Wiedereingliederung (Knoll, 2000). Die Verordnung enthält in § 5 die einzelnen Berufsgruppen, die mit „Minutenwerten“ den einzelnen Behandlungsbereichen zugeordnet werden. Neben Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen und verschiedenen Therapeuten sind Sozialarbeiter/-pädagogen erwähnt (Psychiatrie-Personalverordnung, 1990, S.3, 4).

Diese Verordnung enthält also einerseits ein formal-rechtlich abgesichertes Mandat für die Soziale Arbeit und ist für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der klinischen Psychiatrie von hoher Bedeutung (Knoll, 2000). In der inhaltlichen Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte wird der Sozialen Arbeit als einzige Berufsgruppe die „Sozialtherapie“ zugeordnet. Die Verordnung definiert diese folgendermaßen: „Als Sozialtherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.“ (Psychiatrie-

Personalverordnung, 1990, S.8,9). Auf der anderen Seite finden sich im Tätigkeitsprofil anderer Berufsgruppen Aufgabenbereiche, die eher als klassisch sozialarbeiterische Arbeitsfelder zu verstehen sind. Das Pflegepersonal beispielsweise ist für die „Begleitung bei Hausbesuchen und Vorstellungsterminen“ zuständig. Auch bei Ärzten sind klassisch sozialarbeiterische Aufgaben, z.B. das „Abklären juristischer und anderer Fragen“, zu finden (Knoll, 2000, S.59 i.V.m. Psychiatrie-Personalverordnung, 1990).

3.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrie heute: interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die historische Entwicklung der Psychiatrie zeigt, dass sich das Konzept der Behandlung psychischer Störungen von einer ausschließlich biologisch-medizinischen Herangehensweise zunehmend zu einem multifaktoriellen Konzept wandelte. Neben der Gesundheitssicherung gehört heutzutage auch der Auftrag der sozialen Integration zum Aufgabenspektrum einer psychiatrischen Klinik (Carlin & Haas & Räth, 2008). Um die unterschiedlichen Handlungsaufträge und die dazugehörenden verschiedenen Berufsdisziplinen in der Psychiatrie zu koordinieren, ist eine Struktur (wie in 3.3.1 beschrieben) zur effektiven Zusammenarbeit notwendig.

3.3.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit ¹ - Soziologische Betrachtung

Der Sozialwissenschaftler Heiko Kleve beschreibt die moderne Gesellschaft als eine funktional differenzierte Gesellschaft. Alle wichtigen gesamtgesellschaftlichen Funktionen spezialisieren sich demnach in voneinander unterscheidbare Systeme (Kleve, 2005). Neben den Funktionssystemen Wirtschaft, Politik, Kultur, Wissenschaft, Bildung etc., gibt es das Funktionssystem Gesundheit, mit der Funktion der Gesundheitssicherung und das Funktionssystem Soziale Hilfe, mit der Funktion der sozialen Integration (Kleve, 1999). Die Funktionen dieser Systeme sind bspw. in Organisationen realisierbar, dabei können zwei oder mehrere Funktionssysteme aufeinander treffen. Zwischen den betroffenen Funktionssystemen kommt es dabei zu strukturellen Koppelungen, d.h. die einzelnen Systeme sind aufeinander

¹ Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wird häufig auch als inter- oder multiprofessionelle Kooperation bezeichnet.

angewiesen. Diese strukturelle Koppelung wird durch die internen Prozesse der Organisation erst ermöglicht. Die Psychiatrie als Organisation kann auf dieser Basis als Kopplungssystem verschiedenster Funktionssysteme bezeichnet werden. Das Funktionssystem Gesundheit und Soziale Hilfe sind in diesem System sog. Kopplungsfavoriten. Die Vertreter des Funktionssystems soziale Hilfe sind Sozialarbeitende und als Vertreter des Funktionssystems Gesundheit agieren Ärzte, Therapeuten, Pflegefachpersonen und Psychologen (Carlin & Haas & Räth, 2008). Als grundlegende Unterschiede zwischen beiden Funktionssystemen lässt sich folgendes benennen: Im Funktionssystem der (Klinischen) Sozialen Arbeit geht es um die Wiederherstellung von Autonomie, Teilnahme und Teilhabe. Im medizinisch geprägten Gesundheitssystem dagegen geht es vorrangig um die Wiedererlangung der individuellen Gesundheit. Diese Zielsetzungen ergänzen sich vor allem im Hinblick auf die Rehabilitation von psychisch kranken Menschen, daher ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit sinnvoll. In Folge der Psychiatriereform und auf der Grundlage sozialpsychiatrischer Konzepte, gehört die (Klinische) Soziale Arbeit heutzutage zum „interdisziplinären Behandlungsteam“ (Rüegger, 2012, S.15).

3.3.2 Was bedeutet „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“?

Aus der vorangegangenen soziologischen Betrachtung und der Benennung der unterschiedlichen Vertreter der Funktionssysteme in der Psychiatrie, stellt sich die Frage, wie diese unterschiedlichen Professionen zusammenarbeiten.

Walter Obrecht formulierte folgende Definitionen: „Interprofessionelle Kooperation ist ein sozialer Prozess, in dessen Rahmen Professionelle unterschiedlicher Art im Hinblick auf die Lösung komplexer praktischer Probleme zusammenarbeiten, die mit den Mitteln der beteiligten Professionen allein nicht zufriedenstellend bearbeitbar sind.“ und „Interprofessionelle Kooperation ist spontane oder institutionalisierte Interaktion von Mitgliedern von Professionen unterschiedlicher Art und zielt auf die koordinierte, systemische statt sektorielle Bearbeitung praktischer Probleme von Klient/innen, Patient/innen oder Kund/innen“ (Obrecht, 2005). Diese Art von Zusammenarbeit soll die Effektivität, wie auch die Effizienz des Behandlungsprozesses erhöhen.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychiatrie ist mehrheitlich medizinisch-pflegerisch dominiert. Die Soziale Arbeit ist häufig mit anderen Berufsgruppen wie Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologen und Therapeuten konfrontiert. Die notwendige Kooperation mit anderen Fachbereichen ist in kaum einem anderen Arbeitsfeld so anzutreffen, wie in der Psychiatrie. Es treffen Berufsgruppen verschiedener Wissenschaften und Denkmuster aufeinander. Je nach Struktur der Einrichtung fällt die Gewichtung der einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich aus (Clausen & Dresler & Eichenbrenner, 1996). Um diese ungleichen Ausgangspunkte der verschiedenen Professionen optimal zu vereinen ist eine strukturell festgelegte Organisation für eine gelingende Kooperation wichtig (vgl. Arbeitskontext).

3.3.3 Reibungspunkte in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Auch wenn keine der beteiligten Professionen die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit bestreitet, gibt es differierende Vorstellungen über die Art und Weise der Kooperation (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007). In manchen Situationen sind Zuständigkeiten nicht klar definiert und es kann zu zweigleisiger Bearbeitung kommen, welche Unzufriedenheit oder Konflikte auslösen. Für alle im sozialen Bereich Tätigen sind im Kontext der Psychiatrie folgende Aspekte besonders relevant:

Divergierende Problemzugänge: Im Hinblick auf die Entwicklung der Psychiatrie dominiert, trotz der sozialpsychiatrischen Umgestaltung, weiterhin das naturwissenschaftliche Paradigma. Das „Soziale“ in der Psychiatrie wird häufig lediglich als notwendige Ergänzung betrachtet. Die medizinische Psychiatrie setzt ihren Fokus auf die psychische Erkrankung, die nach definierten Erscheinungsformen auftritt. Sozialarbeitende hingegen sehen sich im Kontakt mit Klienten mit deren komplexen Alltag und vielfältigen Problemlagen konfrontiert. Die vielschichtigen Lebensbezüge des Klienten verlangen daher einen offenen, dialogischen und nachvollziehbaren Prozess, der sich nur begrenzt standardisieren lässt.

Diese divergierenden Problemzugänge können nicht nur die Verständigung zwischen Arzt und Sozialarbeiter erschweren, sie führen auch zu verschiedenen Arbeitsweisen. Franz Hierlemann, Leiter des Sozialdienstes an der Psychiatrischen Uniklinik Zürich, beschreibt dieses Problem folgendermaßen: „Aufgrund der bio-medinischen Fundierung der ärztlichen Tätigkeit kann ‚das Soziale‘ zwar als wünschbare, aber nicht notwendige Ergänzung der Gesamtbehandlung wahrge-

nommen aber nicht zwingend integriert werden“ (Hierlemann, 2008., S.2). In der Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Stab und „dem Sozialen“ herrscht eine asymmetrische Beziehungsstruktur, da der Arzt seine Aufgabe grundsätzlich ohne Soziale Arbeit erfüllen kann (Behandlung und Entlassung). Sozialarbeitende werden in der Psychiatrie jedoch meist erst von einem Arzt „verordnet“ und sind bspw. für Antragsgenehmigungen auf eine fachliche Kooperation mit dem Arzt als Entscheidungsträger angewiesen. Dieses hierarchische System muss im persönlichen Umgang der Beteiligten keine Rolle spielen, bleibt in der institutionellen Organisationsstruktur aber wirksam (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007, S. 74). Der daraus resultierende Statusunterschied führt in der klinischen Alltagsarbeit zwar zur in der Regel erwünschten Mitsprache in Behandlungsfragen, nicht aber zur Entscheidungsbefugnis für die Soziale Arbeit (Hierlemann, 2008, S.2).

Vorwurf der generellen Hilfsfunktion: Die Soziale Arbeit kann die kumulativen Problemlagen und Schwierigkeiten der Alltagsbewältigung ihrer Klienten nicht alleine lösen. Für die Bearbeitung von Detailproblemen müssen andere Fachkräfte hinzugezogen werden. Zum Beispiel muss für den Klinikaustritt eine ambulante psychiatrische Pflege organisiert und deren Kostenübernahme gesichert werden, während gleichzeitig der Kontakt zu einem niedergelassenen Psychiater stehen sollte. Diese Kooperation mit anderen Berufsgruppen wird mit für die Soziale Arbeit eher untypischen (hauswirtschaftlichen, pflegerischen, administrativen etc.) Tätigkeiten ergänzt. Daraus resultiert, dass manche Professionen die Soziale Arbeit als Handlanger oder Hilfsarbeiter definieren. Dieses Dilemma führt zu der Gefahr, dass die Ausgestaltung der Arbeitsplätze, Aufgabenstellungen und Handlungsweisen der Sozialen Arbeit wesentlich durch das Berufsverständnis anderer Professionen beeinflusst wird. Sozialarbeitende stehen daher häufig in einem Rechtfertigungs- und Legitimationszwang. Eine weitere Professionalisierung und zusätzliche Etablierung von Fachsozialarbeiten (z.B. Klinische Sozialarbeit) sind gute Gründe als Soziale Arbeit in der multiprofessionellen Zusammenarbeit selbstbewusst auftreten zu können und gleichberechtigter Partner zu sein (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007, S. 75).

Trotz der vorhandenen Reibungspunkte ist eine funktionierende und erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit machbar. Die Basler Nationalrätin und Sozialarbeiterin Silvia Schenker beschreibt dafür sechs Bereiche, die eine erfolgreiche multiprofessionelle Kooperation ausmachen:

- Haltung: Die einzelnen Professionen müssen die Interdisziplinarität als Bereicherung ansehen und anerkennen.
- Selbstbestimmungsrecht: Alle Professionen sollen sich immer vor Augen halten, was der Patient will oder nicht will.
- Transparenz: Um Offenheit und Transparenz von allen Mitarbeitenden zu erreichen, sollen verschiedene Kommunikationsmittel eingesetzt werden.
- Arbeitsteilung: Klare Absprachen führen zu einer optimalen Nutzung der vorhandenen Kräfte, d.h. es muss klar sein, wer welche Aufgaben übernimmt wer die Verantwortung trägt.
- Austausch: Um sich mit dem Gedankengut der anderen Disziplinen auseinanderzusetzen, eine gemeinsame Sprache zu finden und über Aktuelles auszutauschen müssen genügend Gefäße bestehen, z.B. Rapporte, Fallbesprechungen, Interventionen, Supervisionen usw..
- Hierarchie: Starke Statusgefälle sind für die interdisziplinäre Zusammenarbeit hinderlich. Sie erfordert gleich starke Partner. (Schenker, o.D. i.V.m. Carlin & Haas & Räth, 2008)

Auf der Basis dieser Grundeinstellung, getragen von gegenseitigem Respekt, können die beteiligten Berufsdisziplinen im Behandlungsprozess als gleichberechtigte Partner auftreten. Diese Gleichberechtigung drückt sich auch in einem gemeinsamen Bezugs- und Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen aus.

3.3.5 Gemeinsames Bezugsmodell in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die verschiedenen Professionen tragen mit ihren Wissenschaften, Methoden und Sichtweisen dazu bei, einem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Durch die verschiedenen Fachleute sind die medizinischen, psychischen, sozialen und biologischen Ansichten vertreten. Auf diese Weise kann ganzheitlich auf eine Verbesserung oder Stabilisierung der Gesundheit der Patienten hingearbeitet werden. Jede Berufsdisziplin setzt die eigenen Fähigkeiten dort ein, wo sich entsprechender Handlungsbedarf zeigt oder der Patient Unterstützung wünscht (Carlin & Haas & Räth, 2008). Um auf die Komplexität des individuellen Falles angemessen und möglichst nachhaltig zu reagieren, ist es wichtig,

dass die einzelnen Hilfeleistungen der verschiedenen Professionen in der Psychiatrie koordiniert und synchronisiert werden. Dies ist nur auf der Basis eines gemeinsamen Bezugsmodells über die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, mit Teilzuständigkeiten der einzelnen Professionen, möglich (Rüegger, 2012).

Ein solches Bezugsmodell wäre beispielsweise das bio-psycho-soziale Modell des Menschen. Aufbauend auf der Systemtheorie beschrieb B. Engel dieses Konzept erstmals in den 70er Jahren. Der Grundgedanke des Modells besteht darin, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren in einer komplexen Wechselwirkung mit der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten zu berücksichtigen sind. Der Mensch ist demnach ein Teil umfassender Systeme, aber auch selbst ein System (Boog & Breschan, 2010).

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen bedeutet das folgendes: Bei vorliegender extremer Belastung kann jede beliebige Person erkranken (z.B. an einer post-traumatischen Belastungsstörung). Je nach individueller Gegebenheit und Entwicklung können gleiche Herausforderungen zu verschiedenartigen Störungen führen (z.B. kann eine Trennung zu einer Depression oder zu einer Angststörung führen). Auf der anderen Seite können verschiedenartige Herausforderungen zur gleichen Erkrankung führen. Ebenso zu beachten ist, dass gewisse Menschen eher zu einer Erkrankung neigen als andere und, dass psychische Störungen historisch und kulturell geprägt sind (Möller & Laux & Kampfhammer, 2005).

Aus sozialarbeiterischer Perspektive ist dieses Modell um die Variable des „Kulturellen“ zu erweitern. Aufgrund der zunehmenden Multikulturalität der Bevölkerung und der kulturellen Differenzierung von Gesellschaften, sind dem Modell weitere Unterscheidungen nach sozialer Schicht, Sozialraum, Geschlecht, Ethnie etc. hinzuzufügen. Das Klientel der Sozialen Arbeit, wie auch der Psychiatrie, sind größtenteils Menschen am Rande der Gesellschaft. Daher ist je nach Problemstellung eine Einbeziehung der (sub)kulturell, schichtspezifischen, sowie ethnisch-nationalen, bzw. -religiösen Dimension erforderlich. Auf der Basis dieser Differenzierungskriterien lassen sich alle Gesellschaften beschreiben. Welche Gewichtung diese Faktoren allerdings bei der Erfassung der individuellen Situation der Klienten im Zusammenhang mit der Problembeschreibung und –erklärung spielen, ist für

den Einzelfall zu klären (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann & Harder & Hierlemann & Mäder & Philipp & Rüegger & Wegmann, 2012).

Das bio-psycho-soziale Modell des Menschen nach B. Engel, erweitert durch die kulturelle Komponente, ergibt das „bio-psycho-sozial-kulturelle Modell des Menschen“ als Bezugsmodell der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Psychiatrie. Dieses lässt sich grafisch folgendermaßen darstellen:

Abbildung 1: Inter- und transdisziplinäres Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen.

(Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012, S. 27)

Inter- und transdisziplinäres Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen

Kulturelle Determinanten

- Klassen-/schichtspezifische sowie ethnisch/religiöse, geschlechtsspezifische Deutungssysteme bezüglich Gesundheit/Krankheit und Gesundheits-Krankheitsverhalten;
- Biologisch-familiendynastische versus leistungs- und bedürfnisbezogene Verteilungsgerechtigkeitskriterien: Refeudalisierungstendenzen in den modernen Gesellschaften

Soziale Determinanten

Gesellschaftliche Makroebene:

- Ausbau und Qualität des Bildungssystems (u.a. Zugangsregeln, Diskriminierung, Dropouts)
- Ausbau und Qualität des Beschäftigungssystems (u.a. diskriminierende Strukturen; Massenentlassungen)
- Einkommens- und Vermögensverteilung – verbunden mit sozialem Sicherheitsniveau (Zunehmende soziale Einkommens- und Vermögensungleichheit)
- Gesellschaftlich/parteilich/medial - teilweise unterstützter Ethnozentismus / Rassismus / Klassismus / Sexismus

Soziale Mesoebene (Gemeinwesen/Organisationen)

- Sozial problematische Arbeits-, Wohnumwelt
- Fehlende, mangelhafte Infrastruktur u.a. im Gesundheits-, Sozial-, Freizeit/Kulturbereich
- Fehlende oder mangelhafte soziale Unterstützungsnetze und Gemeinwesenaktivitäten
- Vorzeitige Entlassungen aus klinischen und andern stationären Einrichtungen

Soziale Mikroebene – Individuelle Ebene:

Tiefes Bildungs-, Beschäftigungs- Einkommensniveau; Soziale Abwärtsmobilität

Sozial-Psychische Determinanten

Kritische Lebensereignisse; Anerkennungs-/Gratifikationskrisen

Psycho-Biologische Determinanten

Unbefriedigte biologische, biopsychische, biopsychosoziale Bedürfnisse und Wünsche

Intervenierende Variable
Psychosoziale/psychische
Belastungsfaktoren: Stress
(betreffend Leistungserfordernisse
Konkurrenz, Ungerechtigkeits-
erfahrungen, Stigmatisierung usw.)

Psychische
Erkrankungen/
Krankheiten

Auf der Basis dieses Menschenbildes bzw. dieser Erklärungsgrundlage von Gesundheit und Krankheit, werden in einer interdisziplinären Behandlungsplanung Ursachen und Problemlösungen gemeinsam mit dem Patienten er- und bearbeitet.

3.4 Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Medizin nimmt gegenüber der Sozialen Arbeit in der Organisationshierarchie faktisch eine höhere Position ein, d.h. die medizinische Leitung hat die Entscheidungsmacht und schreibt der Sozialen Arbeit die Aufgabenbereiche zu. Sommerfeld und Gall betonen in ihrer Forschungsarbeit jedoch, dass nichtärztliche Professionen (u.a. die Soziale Arbeit) geschichtlich Autonomiepotential gezeigt hätten und immer mehr Mitentscheidung erwarten können. Sie bezeichnen die Soziale Arbeit als eigenständige Profession, die sich nicht als Hilfsfunktion definieren muss, sondern prinzipiell partnerschaftliche Arbeitsbeziehungen einfordern kann (Carlin & Haas & Räth, 2008 i.V.m. Sommerfeld & Gall, 1996).

Die genannten Forschungsergebnisse liegen bereits einige Jahre zurück. Da stellt sich die Frage, wie das Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie heute aussieht und wie sich die Profession in diesem Arbeitsfeld selbst definiert.

In Anlehnung an die Definition Sozialer Arbeit der IFSW und IASSW (siehe 3.1) hat das „Netzwerk der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich“ die Überlegungen auf das Handlungsfeld Psychiatrie übertragen. Demnach...

- ...intervenierte Soziale Arbeit an den Schnittstellen² zwischen den individuellen Klienten mit psychischer Störung und den Akteuren ihrer sozialkulturellen Umwelt. Diese sind neben der Problementstehung auch für die Alltags- und Krisenbewältigung nach der Entlassung relevant. Dabei ist zu prüfen, ob das soziale Netzwerk zum individuellen Wohlbefinden beiträgt oder (eine weitere) Ursache

² Schnittstellen meint „Beziehungen im Sinne von zugeschriebenen oder frei gewählten Interaktionsbeziehungen und Mitgliedschaften des Individuums in verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft, wie z.B. Familie, Nachbarschaften, Bildung, Wirtschaft, Politik, Religion, Freizeiteinrichtungen usw.“ (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et.al., 2012, S.8)

von psychischem Stress ist. Die Zugehörigkeit zu einer Ethnie, Nation oder Religion sowie die geschlechtsspezifische Zugehörigkeit etc. spielen bei der Problemerkennung ebenso eine Rolle. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus bspw. kann bei Migranten als zusätzliche Stressquelle fungieren.

- ...vermittelt Soziale Arbeit zwischen der behandelnden Klinik und den Diensten des Gesundheits- und Sozialwesens in der sozialen Umwelt der Klienten. Das heißt, Aufnahmen in die und Entlassungen aus der Klinik und Kooperationsstrukturen zwischen den externen, beteiligten Einrichtungen müssen so gestaltet werden, dass sie für die Genesung der Betroffenen förderlich sind.
- ...versucht Soziale Arbeit idealerweise, z.B. durch ambulante Dienste, vor einem notwendigen Klinikaufenthalt zu intervenieren, um eine Einweisung zu vermeiden. Aber auch während des Aufenthaltes und nach dem Klinikaustritt vermittelt die Soziale Arbeit zwischen den Schnittstellen.
- ...sieht der professionelle Beitrag der Sozialarbeitenden folgendermaßen aus: Im Rahmen von Intake (Abklärung und Aufnahme), Diagnose und Behandlungsprozess werden Informationen über die (psycho)sozialen – und sozialkulturellen Dimensionen und möglichen Einflussfaktoren, aber auch über die sozialen Folgen von psychischen Störungen und Krankheiten eingebracht. Die Folgen spielen für den Betroffenen, aber auch sein soziales Netzwerk (Familie, Nachbarn, Lehrer, Arbeitgeber etc.), eine Rolle.
- ...formulieren Sozialarbeitende gemeinsam mit dem Klienten, dem interdisziplinären Team und externen Dienstleistern des Sozialwesens soziale und sozialkulturelle (Re)Integrationsziele. Die Fallaufnahme, der Behandlungsprozess und die Perspektive des Individuums (auch im Hinblick auf pathogene soziale Teilsysteme) bilden dabei die Basis für eine gemeinsame Zielfindung.
- ...werden zur Zielerreichung die der Profession zur Verfügung stehenden Methoden im Umgang mit Individuen und sozialen Systemen eingesetzt. In einem fortlaufenden Evaluationsprozess werden die (Neben-)Wirkungen der Intervention geprüft.
- ...werden Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit für die „Probleme des Sozialen bzw. Sozialkulturellen“ geachtet und eingehalten. In den Gesundheitswissen-

schaften existieren ebensolche Zuteilungen für das „Medizinisch-Biologische“ bzw. „Psycho-Biologische“ und das „Psychisch/Psychosoziale“. Für eine kompetenz- und interessenbedingte, erfolgreiche Kooperation ist es unabdingbar, dass die zuständigkeitsrelevanten Schwerpunkte der einzelnen Professionen erfüllt werden. (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012)

3.4.1 Teambeitrag der Sozialen Arbeit

Aus dem erläuterten Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie lässt sich Folgendes für die Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit ableiten: „Sofern akzeptiert wird, dass bei der Genese (Entstehung) und den Folgen psychischer Erkrankungen soziale und kulturelle Faktoren, zusammen mit biologischen und psychischen eine zentrale Rolle spielen, kann professionelle Soziale Arbeit nicht nur punktuell, z.B. bei ‚sozialen Angelegenheiten‘ wie Krankenkassen, Unterkunftsproblemen oder bei ‚Fällen‘, die therapeutisch nicht (mehr) ansprechbar sind oder gar erst bei Entlassungen zugezogen werden.“ (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et.al., 2012).

Diese Schlussfolgerung des „Netzwerk(s) der SozialarbeiterInnen in Psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich“ wird durch die Darstellung des Beitrags der Profession zur Teamarbeit untermauert. Demnach ist die Soziale Arbeit für folgendes zuständig:

Während des Klinikaufenthaltes des Klienten: Soziale Arbeit muss auf der Basis des „bio-psycho-sozial-kulturellen Modells“ des Menschen als „Spezialistin fürs Soziale“ und (je nachdem) „Kulturelle“ bei allen Phasen der Behandlungskette hinzugezogen werden. Dazu gehört unter anderem die Diagnosestellung, Zielsetzung, Bestimmung der Interventionsmethoden. Um eine solche „paritätische Zusammensetzung“ des Teams zu erreichen, müssen Sozialarbeitende an jeglichen interdisziplinären Besprechungen, bei denen es um eine Fallbesprechung geht, teilhaben.

Nach der Entlassung aus der Klinik: In dieser Phase ist die Soziale Arbeit „federführend“ und für die Information des Klinikteams über die Entwicklung des Klienten in seinem sozialen Umfeld und weitere wichtige Belange zuständig. Die Art und Weise des Informationsaustausches wird von den Teams gemeinsam bestimmt,

z.B. über ein allgemeines Klinikinformationssystem. (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012)

3.5 Methoden und Handlungskompetenzen

Im Folgenden werden einzelne Methoden der Sozialen Arbeit, die für den Kontext der Psychiatrie von Bedeutung sind, kurz vorgestellt. Diese Darstellung ist keineswegs abschließend. Einerseits ist das Spektrum der Methoden in der Sozialen Arbeit weitreichender, andererseits dienen die Erläuterungen zu den vorgestellten Methoden nur als kurzer Überblick.

Die Methoden weisen folgende gemeinsame Merkmale auf: Es wird versucht, Defizite aus sozialer Ungleichheit zu kompensieren. Der Auf- und Ausbau psychosozialer Kompetenzen der Klienten soll gefördert und soziale Unterstützung unter Berücksichtigung der Stärken und Ressourcen des Einzelnen angeboten werden. In allen Ansätzen sind Begriffe wie *Beziehungsarbeit*, *Gesprächsführungstechniken*, *Instruktionskompetenzen* und *aktivierende Unterstützung* von zentraler Bedeutung. Eine emotional verlässliche Beziehung zu einer hilfreichen Person, die Vermittlung von Orientierung und Informationen für Problemlösungen und Sinnstiftungen, so wie die aktive Beteiligung der Klienten am Prozess vermittelt Vertrauen und Hoffnung. Auf dieser Basis können die Betroffenen motiviert werden, selbst zur Lösung ihrer Probleme beizutragen (Breschan, 2010).

3.5.1 Gesundheitsförderung und Salutogenese

Ein in den letzten Jahren fortgeschrittener Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit findet sich als Grundhaltung in allen Methoden und Handlungskonzepten wieder. Der Perspektivenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese oder von der Defizit- zur Ressourcenorientierung ist auch in der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie von großer Bedeutung. Dies führt dazu, dass der Fokus in diesem Handlungsfeld nicht mehr auf Krankheit und Leiden („pathos“), sondern auf Gesundheit („salus“) im Sinne von Wohlbefinden, Funktionsfähigkeit, körperliche Gesundheit etc. gelegt wird. Die Orientierung liegt daher an Gesundheitspotenzialen, Gesundheit als Ressource und sozialen Gesundheitsdeterminanten. Die Medizin

hingegen setzt ihren Schwerpunkt auf „Heilung“ und nimmt daher Krankheit und Leiden stärker in den Blick (Dörr, 2005).

Die salutogenetische Perspektive wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) kreiert und setzt mit einem differenzierten Ansatz von Gesundheitsförderung eine andere Perspektive auf Krankheit und Gesundheit. Ein übergreifendes Konzept, das sog. „Kohärenzgefühl“, beschreibt die Fähigkeit des Subjekts flexibel auf belastende Ereignisse zu reagieren und erklärt damit die individuell sehr verschiedenen Arten des Umgehens mit potenziell krankmachenden Einflüssen. Es wird als wesentliche Einflussgröße auf die Gesunderhaltung und das Wohlergehen von Menschen angesehen (Dörr, 2005, S. 96,97). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl der *Verstehbarkeit* einer Situation, in der man sich befindet. Bestimmtes Wissen oder kognitive Verarbeitungsmuster zeigen, wie jemand sich die Welt erklärt und wie mit den Erfahrungen innerhalb dieses Bewusstseins umgegangen wird.
2. Gefühl der *Handhabbarkeit/Beherrschbarkeit* der konkreten Situation, in Bezug auf die Bewältigungsstrategien einer Person. Fragt vor allem nach geeigneten Ressourcen für die Problembewältigung (eigene Kompetenz, soziale Unterstützung, materielle Ressourcen etc.) und der Belastungsbalance insgesamt.
3. Gefühl der *Sinnhaftigkeit* für die Situation oder das spezifische Problem. Ein Sinn oder eine Bedeutung in der Problemlösung zu sehen, ist konstitutiv dafür, ob ein Problem als positive Herausforderungen oder Qual wahrgenommen wird (Breschan, 2010, S. 36-38).

Im Sinne einer „globalen Orientierung“ im Leben eines Menschen geht das Kohärenzgefühl „mit einem grundlegenden Vertrauen, den Anforderungen des Lebens gewachsen zu sein, über die nötigen Ressourcen verfügen zu können und in der Bewältigung der Anforderungen auch einen Sinn zu sehen“ einher (Pauls, 2004, S. 92).

3.5.2 Lebensweltorientierung

Eine zunehmende Orientierung der Sozialen Arbeit an der Lebenswelt und dem Alltag ihrer Klienten begann ab den 1970er Jahren. Der Professor für Erziehungswissenschaft und Sozialpädagogik Hans Thiersch sieht darin eine Antwort auf die kritisch-radikale Diskussion ab den späten 60er Jahren. Die überwiegende Kritik an der gesellschaftlichen und politischen Lage der damaligen Zeit führte laut Thiersch zu einer „politischen und fachlichen Entfremdung“ und blendete die konkrete Hilfe für den einzelnen Klienten aus (Thiersch, 2005). Thiersch strebt durch die Lebensweltorientierung die Erarbeitung eines Konzepts des Handelns an, „das auf gegenwärtig spezifische Lebensverhältnisse antwortet und es erlaubt, methodische und institutionelle Konsequenzen zu ziehen“ (Thiersch, 2005, S. 161). Die Lebenswelt der Klienten als Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit verlangt eine konsequente Orientierung am Individuum mit seinen spezifischen Selbstdeutungen und Handlungsmustern in den gesellschaftlichen und personenbezogenen Bedingungen und den darauf resultierenden Schwierigkeiten und Oppositionen. Vor diesem Hintergrund agiert „Soziale Arbeit ... im Horizont der radikalen Frage nach dem Sinn und der Effizienz sozialer Hilfen aus der Perspektive ihrer Adressat/innen.“ (Thiersch & Grunwald, 2002, S. 129). Das Konzept der Lebensweltorientierung ist eng mit der Leitperspektive „Empowerment“ verbunden. Das „dialogische Paradigma“ moderner Professionen ist entsprechend vorzufinden: Schwierige psychosoziale Lebenssituationen und Krisen können nur durch die Ermächtigung und mit Hilfe der Kräfte derer bearbeitet werden, denen geholfen werden soll. Diese verständigungsorientierte Einstellung der Professionellen führt zu einer notwendigen Enthierarchisierung zwischen Betroffenen und Fachpersonen. Eine professionell-distanzierte Position muss immer *„neben und nicht über den Klienten“* eingenommen werden (Dörr, 2005, S. 85). Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit fragt nach dem Menschen in seinen Lebensverhältnissen. Dazu gehören neben den objektiv vorgegebenen Bedingungen auch subjektive Bewältigungs-, Deutungs- und Handlungsmuster (Dörr, 2005). Die Perspektive des professionellen Handelns wird folglich auf den Sozialraum der Menschen und damit auf die Kooperation zwischen Institutionen und Partizipation der Bürger gerichtet (Dörr, 2005 i.V.m. Thiersch, 2002). Mit einer Konfliktorientierung fragt die Lebensweltorientierung auch nach den Entstehungshintergründen sozialer Lebenslagen in der Gesellschaft (Dörr, 2005 i.V.m. Thiersch, 2002).

3.5.3 Empowerment

Der Begriff „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Auf eine kurze Formel gebracht: „Empowerment zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags“ (Herriger, 2002, S. 72-81). Das Konzept hat seine Wurzeln in der Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung und der gemeindebezogenen Sozialen Arbeit der USA. In Deutschland wird es seit den 1990er Jahren verstärkt aufgenommen und in vielen Arbeitsansätzen der psychosozialen Praxis integriert. Allgemein setzt dieser Ansatz auf eine Neugestaltung des Selbstverständnisses von Helfern und Hilfeinstitutionen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Man unterscheidet häufig zwischen „Empowerment als professionelle Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung“ und „Empowerment als Selbstbemächtigung problembetroffener Personen“ (SocialNet GmbH, 2012). Adäquate Hilfestellungen sollen die betroffenen Menschen für die Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie zur (Wieder-) Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen (SocialNet GmbH, 2012). Damit vertritt das Konzept eine klare Ressourcenorientierung und kritisiert die vielfach anzutreffende Fokussierung auf Problemlagen und Defizite der Klienten Sozialer Arbeit (Herriger, 2002).

3.5.4 Recovery

Das Recovery-Konzept enthält verschiedene Theorien und bildet daher ein umfangreiches, komplexes Gesamtkonzept. Es wird von Menschen mit psychischer Erkrankung angewendet, um die Krankheit in ihren Alltag zu integrieren. Ebenso arbeiten Professionelle im Kontext psychiatrischer Einrichtungen recoveryorientiert. „Recovery“ wird dabei als Genesung bzw. Wiedererlangung der Gesundheit definiert (Knuf 2004). Der Recovery-Ansatz enthält folgende Elemente:

- *Hoffnung* auf Gesundung um neue Wege zu eröffnen;
- *Bedeutung und Sinn* in verschiedenen Lebensbereichen zu finden;
- *Potential zur Veränderung*, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung;
- *Kontrolle* über das eigene Leben;
- *Aktive Teilnahme*, um Selbstverantwortung zu übernehmen;

- *Ganzheitlichkeit* zur Förderung der *sozialen Einbeziehung*;
- Umwelt eines Menschen (z.B. Beruf, Wohnort etc.);
- *optimistischer und realistischer Blick*, da Recovery-Prozesse nicht linear verlaufen. (Bally Rohrer & Gut & Odermatt, 2010)

Das Recovery-Konzept wird als die Anwendung von Methoden und Arbeitsweisen die zu Recovery führen verstanden. Voraussetzungen für die Anwendung von Recovery sind Partizipation, Empowerment (siehe 3.5.3) und Schutz vor Diskriminierung. Zufriedenheit, Wohlbefinden und positive Auseinandersetzung mit der Krankheit zu erlangen gelten dabei als konkrete Ziele des Konzeptes (Knuf, 2004). Um den Genesungsprozess bei Menschen mit psychischer Erkrankung in Gang zu setzen, sind bestimmte Haltungen von Seiten der Professionellen notwendig. Der Glaube an vorhandene Gesundungskräfte (z.B. Zuversicht und Optimismus) der Individuen, wertschätzendes Auftreten und keine Machtausübung gegenüber den Betroffenen gehört bspw. zu diesen Haltungen. In psychiatrischen Kliniken muss dieses Konzept zugelassen und die Professionellen in der Umsetzung unterstützt werden. Die personenzentrierte psychiatrische Hilfe entfernt sich von einer „Institutionszentrierung der Betreuungsangebote“ und orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und deren sozialem Umfeld (Bally Rohrer & Gut & Odermatt, 2010, S. 16, 19, 20).

3.5.5 Soziale Beratung

Soziale Beratung im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld fokussiert den Klienten mit seinen Bedürfnissen innerhalb seines sozialen Systems. Sie wird in der Regel einzelfallbezogen (Einzelperson, Familie, Gruppe) auf der Basis des Fallverstehens durchgeführt. Kontextspezifisch, zukunfts- und ressourcenorientiert werden für vielfältige Fragen und Problemlagen gemeinsam Lösungen erarbeitet. Auf kommunikative Weise soll der Klienten befähigt werden, neue Ansichten und Einstellungen zu gewinnen und zu entwickeln. Lebenspraktische Schwierigkeiten können so behoben und eine Verselbstständigung der Betroffenen erreicht werden kann. Im psychiatrischen Kontext hat die Soziale Arbeit häufig mit Menschen zu tun, die ihren Hilfebedarf und ihr Befinden nicht adäquat artikulieren können. Dies kann bspw. an psychophysischen Erscheinungen oder sozialer Desintegration liegen, sodass die Betroffenen kaum die eigenen Probleme wahrnehmen. Die psychoso-

ziale Hilfe erfordert daher mehr Flexibilität in der Kommunikation und die Möglichkeit personenexterne Ressourcen zusätzlich einzubeziehen (Dörr, 2005).

Im Bereich der Psychiatrie ist die Sozialberatung meist Teil des interdisziplinären Angebots. Die Sozialarbeitenden sind an die ethischen Richtlinien des Berufsverbands für Soziale Arbeit und die berufliche Schweigepflicht gebunden. Nach einer Studie von A. Breschan werden folgende Themen in den Beratungen am häufigsten besprochen: Finanzielle Probleme und Schulden, Beziehungsprobleme, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung, Probleme mit der Justiz, Nachsorge etc. Diese Aufzählung ergänzt die „klassischen“ Themenbereiche Wohnen, Arbeit, Vermittlung von fachspezifischen Stellen, Sozialversicherungen und andere Versicherungen (Breschan, 2010).

3.5.6. Case Management

Als Unterstützungsmanagement wurde „Case Management“ in den 70er Jahren im Kontext der Nachsorge und ambulanten Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung entwickelt. Es ist als eine Reaktion auf die zunehmende fachliche, institutionelle und professionelle Arbeitsteilung und Spezialisierung und die zunehmend funktional differenzierte moderne Gesellschaft zu betrachten. Verschiedenste sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienstleistungsangebote werden im Case Management miteinander koordiniert, um eine gemeinsame und wirkungsvolle Bearbeitung von Problemen, Krisen und Entwicklungsaufgaben zu erreichen. Ein durch die Fachkräfte systematisch erstelltes, fallbezogenes Hilfefakt soll den Betroffenen durch den „Dschungel“ der Hilfsangebote leiten und ihn befähigen erforderliche Unterstützung gezielt, situations- und zeitgerecht in Anspruch zu nehmen. Diese Verknüpfung professioneller, sozialer und persönlicher Ressourcen zielt auf eine höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess. Die Sozialarbeitenden erhalten meist eine durchgehende Fallführung und müssen direkte und indirekte Hilfestellung leisten (Dörr, 2005). Die einzelnen Etappen der Einschätzung (Assessment), Hilfeplanung, Intervention, Kontrolle der eingeleiteten und verschiedenen Hilfestellungen bis hin zur (Selbst-)Evaluation dienen zur Gestaltung zirkulärer Prozesse (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007). Die Unterstützung im Alltagsleben des Klienten und fallspezifische Netzwerkarbeit verlangt Managementkompetenzen. Über diesen Weg können Fehl- und Doppelversorgung ver-

mieden, Synergieeffekte durch gezielte Formen der Kooperation, Koordination und Vernetzung genutzt und die Wirksamkeit insgesamt gesteigert werden (Dörr, 2005).

In einer Studie, die Methodentheorie und Praxis miteinander vergleicht, wurde festgestellt, dass viele Sozialarbeitenden zu Beginn einer Beratung ein Case Management in die Wege leiten, die Fallführung aber geeigneteren Stellen übergeben wird. Diese Variante des Case Managements – Klienten werden mit den für sie wichtigen Stellen vernetzt – ist auch im stationären Bereich der Psychiatrie häufig anzutreffen (Breschan, 2012).

3.5.7 Soziale Diagnostik

Soziale Diagnostik dient zur Feststellung des Problemkontextes und zielt darauf, Handlungswege zuzuordnen und zielbezogen anzuwenden. Als Instrument im Arbeitsalltag dient sie ebenso als fundierte Begründung der Behandlungsmaßnahmen gegenüber Kostenträgern, als Dokumentation, um den Fachkollegen Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen und um beim Betroffenen Einsicht in die Zusammenhänge zwischen den Problemen zu fördern. Dieses kann und soll keineswegs den Prozess des Beziehungsaufbaus und Fallverstehen ersetzen (Pröll, 2009). Die Entwicklung der Sozialdiagnostik in den USA im Jahr 1917 geht auf Mary Richmond („Social Diagnosis“) zurück. Über Zahlreiche Weiterentwicklungen, unter anderem von A. Salomon („Soziale Diagnose“) und J. Turner („Differential Diagnosis and Treatment in Social Work“), wird bis heute an einer optimalen Lösung geforscht. Diese sollte folgende zwei diagnostische Herangehensweise vereinen:

„ein klassifikatorisches Vorgehen mittels standardisierter Erhebungs- und Auswertungsinstrumenten und zweitens eine rekonstruktive methodische Herangehensweise, welche – meist auf der Grundlage biographischer Interviews und unter Verwendung von Auswertungsverfahren der interpretativen Sozialforschung – die Sinnhaftigkeit der Lebenswelt von Klienten und Klientinnen in ihrer Komplexität deuten und verstehen will.“
(Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012, S. 13).

Ein Instrument zur Diagnostizierung sozialer Probleme auf der Ebene von Individuen sowie der Interaktions- und Sozialstruktur von Gesellschaften ist unter dem Namen „Systemische Denkfigur“ zusammengefasst worden. Das Individuum und seine soziale Problematiken werden im Zusammenhang mit Austauschprozessen zwischen Individuen und mit der „gesellschaftlich institutionalisierten

Macht- und kulturellen Wertestruktur dimensioniert und operationalisiert“ (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012, S. 17).

„Soziale Probleme“ werden in Anlehnung an die Schweizer Sozialarbeiterin Silvia Staub-Bernasconi als Handlungsgegenstand der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit verstanden (Staub-Bernasconi & Baumeler & Bornemann et al., 2012, S. 17 i.V.m. Staub-Bernasconi 1998, Geiser 2009, Brack & Geiser 2009).

3.5.8 Integration und Lebensführung

Die Autoren des Buches „Integration und Lebensführung“ bieten ein auf Forschung basierendes mehrstufiges Modell zur Erfassung von Lebensführungssystemen und Integrationsprozessen an. Dieses Theoriemodell ermöglicht eine Erfassung und Bewertung folgenden Zusammenhangs: Die Aneignung, Weiterentwicklung, Bewahrung und Anwendung verschiedener Kompetenzbereiche und Ressourcen (psychische, soziale, habituelle, kognitive, ökonomische Ressourcen) einerseits. Auf der anderen Seite die darauf aufbauenden möglichen Bewältigungsstrategien bei Konfrontation mit Entwicklungsaufgaben, Risiken und sozialen Dynamiken im Lebensverlauf. Dieses Modell der Integration und Lebensführung gründet auf folgendem Gesellschaftsbild: In unserer modernen, kapitalistischen, funktional differenzierten und demokratisch verfassten Gesellschaft herrscht ein auf Freiheit gegründeter Modus der Vergesellschaftung. Dieser führt dazu, dass die Individuen ihre Integration in die Gesellschaft über ihre Lebensführung selbst herstellen müssen. Dies ist eine komplexe und dynamische Entwicklungsaufgabe, da keine Position einfach gegeben ist und soziale Abstiege und Risiken zur gesellschaftlichen Normalität gehören. Die empirisch belegte Folge dieses gesellschaftlichen Prozesses ist, dass zahlreiche „soziale Probleme“ im Sinne von Problemen in der Lebensführung und der gesellschaftlichen Integration auftreten (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011, S. 269). Die Soziale Arbeit betont im Zusammenhang mit den strukturellen Integrationsproblemen die demokratische Grundordnung: der „universalistische Kern der Demokratie“ ist somit „das von einer demokratischen Gesellschaft anzustrebende Minimum“ und die „prinzipiell zu gewährleistende Teilhabe aller an der Gesellschaft“ (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011, S. 270 i.V.m. Habermas, 1996). Als Folge dieser strukturellen Integrationsprobleme und vor dem Hintergrund der demokratischen Semantik entsteht Soziale Arbeit als „sekundäres Funktionssystem“ (Sommerfeld & Hollenstein

& Calzaferri, 2011, S. 270). Sie hat dabei die Funktion an den gesellschaftlich-strukturellen Integrationsproblemen anzusetzen. Dies verwirklicht sie einerseits bei „gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen, im Sinne von eingeschränkter Teilhabe und Ressourcenausstattung unterprivilegierten Lebenslagen und Lebensformen“, andererseits auch schon präventiv in Bezug auf „alle die Integration gefährdenden Problemlagen der Lebensführungssysteme“ (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011, S. 306). Im Zusammenhang mit der gesellschaftlich integrierten menschlichen Lebensführung können soziale, psychische und biologische Probleme auftreten. Diese hängen wiederum mit problematischen sozialen Situationen in den Lebensführungssystemen zusammen, die durch wechselseitige Interdependenzen (Abhängigkeiten) von der Gesellschaft strukturiert werden (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011). Sucht oder psychische Erkrankung bspw. können ein Lebensführungssystem soweit destabilisieren und schädigen, dass ein Abstieg in sozialstrukturelle Randbereiche der Gesellschaft droht (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011).

In der Praxis befindet sich die Soziale Arbeit daher in einem „institutionalisierten Dilemma“. Als Profession kann die Soziale Arbeit aufgrund ihrer gesellschaftlichen Strukturierung an den gesellschaftlich-strukturellen Bedingungen unmittelbar nichts verändern. Daher fokussiert sie grundsätzlich das Individuum mit seiner eingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe. Diese Reduktion auf den einzelnen Klienten in Kombination mit einer häufig eingeschränkten Perspektive der spezialisierten Organisation kann den professionellen Handlungsradius des Professionellen beschränken. Der primäre Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in der hier eingenommen Perspektive ist die Bearbeitung der psycho-sozialen Dynamiken der Lebensführung des Klienten. Das Integrationsproblem der Gesellschaft bildet dabei den funktionalen Bezugspunkt, d.h. Verläufe von Lebensführungssystemen werden erst als problematisch definiert, wenn sie als „gesellschaftliches Problem“ als bearbeitungsnotwendig gelten (Sommerfeld & Hollenstein & Calzaferri, 2011).

Die Hochschule Nordwestschweiz hat auf basierend auf dieser Forschung und Theorie Instrumente und Verfahren für die Soziale Arbeit entwickelt. Diese zielen darauf, die psycho-soziale Komplexität und Dynamik eines Falles und seine soziale Dimension erfassen und einschätzen zu können. Diese diagnostische Einschät-

zung kann in Aushandlungsprozessen mit Klienten und dem interdisziplinären Team gezielt eingebracht werden. Auf dieser Basis werden Interventionen nachvollziehbar und begründet auf die konkrete Falldynamik abgestimmt. Um eine positive Entwicklung in Gang zu setzen, werden günstige Bedingungen adäquat gefördert und Lebensführungssysteme zusammen mit Klienten und anderen Leistungserbringern nachhaltig bearbeitet. Die Hochschule differenziert zwischen der idiografischen Systemmodellierung und der deskriptiven Systemmodellierung als zentrale Vorgehensweisen.

Im Folgenden wird ein Modell kurz vorgestellt. Für dieses gibt es aktuell ein durch die Fachhochschule Nordwestschweiz initiiertes Pilotprojekt in der Psychiatrie: Die Deskriptive Systemmodellierung besteht aus fünf Bausteinen mit einzelnen Modulen, die zur Herausarbeitung der sozialen Dimension und zum Verstehen der Problemdynamik dienen. Als Diagnostikinstrument dient sie der Exploration von Lebensführungssystemen.

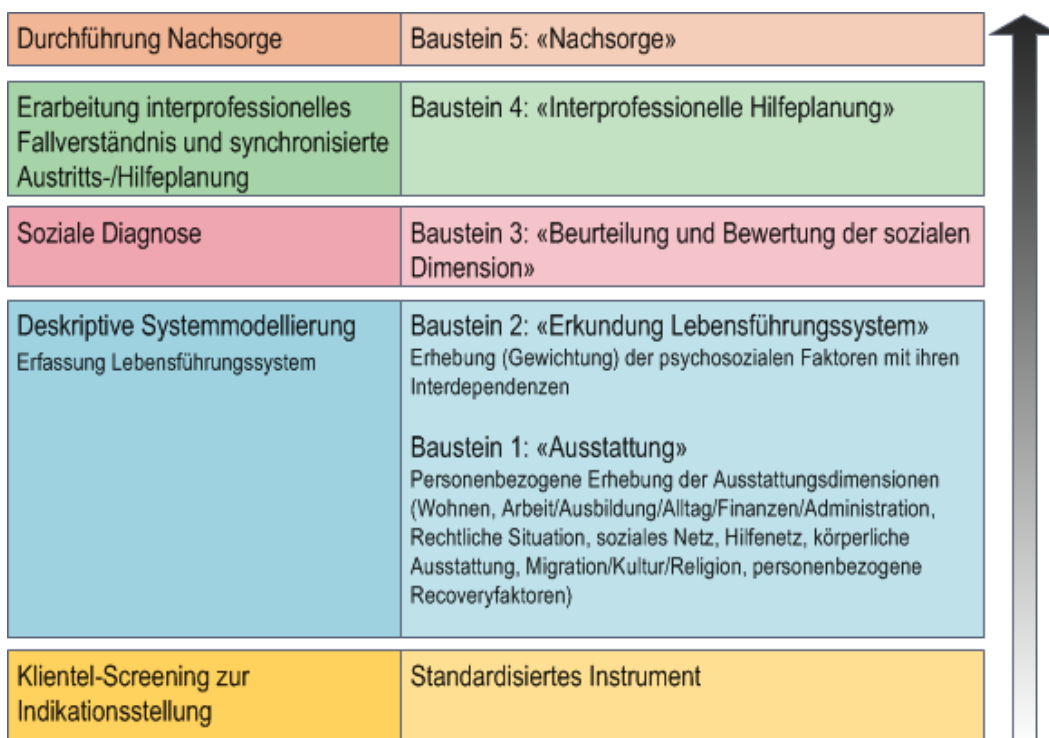


Abbildung 2: Aufbau der Deskriptiven Systemmodellierung

(Fachhochschule Nordwestschweiz - Hochschule für Soziale Arbeit - Soziale Diagnostik, 2013)

Das sog. „Klientel-Screening“ zu Beginn prüft, ob das Handeln der Sozialarbeitenden im konkreten Fall überhaupt indiziert ist. Dies ist vor allem im klinischen Bereich relevant.

Baustein 1: hier werden personenbezogenen Ausstattungsdimensionen, wie Wohnen, Beschäftigung, soziale Beziehungen etc. und Recoveryfaktoren erhoben.

Baustein 2: Orientierungsleitende Fragen und Arbeitsblätter sollen helfen, in die Welt der Klienten „einzutauchen“, d.h. den Sinngehalt ihrer Lebensführung, problemrelevante psycho-soziale Prozesse und Muster innerhalb der bedeutenden sozialen Handlungssysteme zu erkunden.

Baustein 3: Auf der Basis der gesammelten Informationen werden Hypothesen kreiert und unter Einbezug von professionellem Wertewissen wird die soziale Dimension beurteilt und bewertet (vgl. Abbildung: Erklärungsmodell psychischer Erkrankung).

Baustein 4: interdisziplinäre Fallbesprechung und Interventionsplanung mit Berücksichtigung von Baustein 3.

Baustein 5: Unterstützung der Nachsorge.
(Fachhochschule Nordwestschweiz, 2013)

Nachdem nun die Zusammenhänge zwischen der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit, die Bedeutung der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld und das professionsspezifische Handeln im beruflichen Alltag erläutert wurde, beginnt der Themenabschnitt „Zwangspanychiatrie“. Im Folgenden wird die juristische Legitimation der Zwangspanychiatrie und ihre Widersprüche mit bestimmten Menschenrechtsvorschriften erläutert. Abgerundet wird der Themenkomplex von aktuellen Rechtsprechungen, gesellschaftspolitischen Anregungen und aus der Gesamtsituation resultierende Forderungen an involvierte Personen oder Institutionen.

4. Zwangspsychiatrie – ein Querschnitt über Gesetze, Widersprüche und aktuelle Rechtsprechungen

Jede ärztliche Maßnahme bedarf einer Einwilligung. In der Psychiatrie geht es dabei des Öfteren um die Frage, inwieweit Hilfen freiwillig angenommen werden und unter welchen Voraussetzungen bzw. ab welcher Grenze die Anwendung von Zwang legitimiert sein kann (Marschner, 2009).

Die Zwangspsychiatrie als Gesamtkomplex umfasst neben der Zuführung zum Behandlungsort (Krankenhaus etc.) auch die Behandlung selbst (Tietze, 2003). Dieser Sachverhalt stellt einen schweren Grundrechtseingriff dar, daher müssen die Gründe für entsprechende Maßnahmen gewichtig sein. Eine Behandlungsbedürftigkeit aus psychiatrischer Sicht allein genügt nicht, um eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen, also mit Gewaltanwendung, durchzusetzen (Marschner, 2009). Laut eines Beschlusses des Bundesgerichtshofs vom 11.10.2000 sind ambulante Zwangsbehandlungen nicht erlaubt, d.h. sie dürfen nur stationär stattfinden (Bundesgerichtshof Beschluss vom 11.10.2000, XII ZB 69/00).

Nach der Definition des Arztrechts meint der Begriff der „Zwangsbehandlung“ allgemein „alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen des Arztes ohne oder gegen den Willen des betroffenen Patienten“ (Uhlenbruck & Kern, 2002, §153 I 1). Dabei spielt es keine Rolle, ob der unter Zwang stattfindende Eingriff zu Heilzwecken erfolgt oder nicht. Jegliche Eingriffe der öffentlichen Gewalt in die körperliche Unversehrtheit sind an dem grundsätzlich geschützten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) zu messen und bedürfen stets einer gesetzlichen Grundlage (Uhlenbruck & Kern, 2002, §79 II 1).

In der Bundesrepublik Deutschland existieren aktuell keine Zahlen darüber, wie hoch die Fälle der ärztlichen Zwangsbehandlungen pro Jahr sind. Zudem fehlt ein Überblick über die bundesweite Anzahl der richterlichen Entscheidungen, mit denen Betroffene ihre Rechte durchsetzen wollen. Auf der Grundlage von Bundes- und Landesrecht kursiert eine Zahl von 135.000 zwangsweiser Unterbringungen im Jahr 2011. Die Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern sind

auffallend groß (Deutscher Bundestag Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012). Das Deutsche Institut für Menschenrechte sieht aufgrund der mangelhaften Datelage über die Anzahl der Grundrechtseingriffe durch psychiatrische Zwangsbehandlungen und fehlender Kontrolle durch die Bundesregierung „strukturelle menschenrechtliche Defizite“ indiziert (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012, S. 4).

4.1 Juristischer Rahmen der Zwangspsychiatrie

Rechtsanwalt Thomas Saschenbrecker erläutert auf seiner Internetseite, dass im juristischen Sprachgebrauch der Begriff der Unterbringung in der Regel im Zusammenhang mit Freiheitsentziehung verwendet wird (Saschenbrecker, 2011).

Unterbringung ist ein Instrument der Krisenintervention in einem Gesamtkonzept psychiatrischer Hilfen. Es handelt sich dabei um einen massiven Grundrechtseingriff, daher ist die Unterbringung durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen auf möglichst kurze Zeit zu beschränken. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet, dass eine Unterbringung nur in Betracht kommen darf, wenn alle denkbaren Hilfen ausgeschöpft sind, die ohne Grundrechtseingriff auskommen (Marschner, 2009).

Die drei Formen der öffentlich-rechtlichen, zivilrechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung sind voneinander abzugrenzen und werden anschließend ausführlicher erläutert. (Saschenbrecker, 2011)

4.1.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung

Bei dieser Form der Unterbringung gelten in Deutschland die Landesgesetze für die Unterbringung psychisch Kranker. Die Einleitung zur Anordnung öffentlich-rechtlicher Unterbringungsmaßnahmen läuft über ein Antragsverfahren (Bumiller & Harders, 2011). In den meisten Bundesländern werden diese „Psychisch Kranken Gesetze“ (PsychKG), in Bayern, Baden-Württemberg und Saarland „Unterbringungsgesetz“ und in Hessen „Freiheitsentziehungsgesetz“ genannt. Die auf der Grundlage dieser Unterbringungsgesetze erfolgenden Zwangsmaßnahmen sind im Kern nur zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund psychischer Krankheit zulässig.

(Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive & Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg e.V. & Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V. & Landesverband Psychiatrie-Erfahrener & Nordrhein-Westfalen e.V. & Landesarbeitsgemeinschaft der BPE-Mitglieder im Saarland & Antipsychiatrische und betroffenenkontrollierte Informations- und Beratungsstelle & Heimkinderverband Deutschland & Werner-Fuß-Zentrum & Arbeitsgemeinschaft Patientenverfügung der Rechtsanwälte & Enthinderungsselbsthilfe von Autisten für Autisten (und Angehörige) & Auties e.V., 2011). Selbstgefährdung meint neben der Suizidgefahr auch eine erhebliche und ernstliche Gefährdung der eigenen Gesundheit. Die Verweigerung einer ärztlichen Maßnahme, insbesondere die einer psychiatrischen Behandlung, reicht für eine Unterbringung nicht aus. Fremdgefährdung meint Gefahren für Leben und Gesundheit Dritter. Belästigungen und querulantisches Verhalten psychisch kranker Menschen reichen wegen der Schwere des Grundrechtseingriffs für eine freiheitsentziehende Maßnahme nicht aus. (Marschner, 2009)

Die in den Psychisch-Kranken-Gesetze manifestierten Hilfen und Maßnahmen sind unter dem Aspekt der sozialen Kontrolle zwiespältig zu beurteilen. Empirische Forschungen belegen, dass mit Einführung der Gesetze die Unterbringungszahlen (entgegen den Erwartungen und gesetzlichen Vorgaben) gestiegen sind (Marschner, 2009).

Als Beispiel sei hier das Bayerische Unterbringungsgesetz Artikel 1, Absatz 1 „Voraussetzungen der Unterbringung“ zitiert:

„Wer psychisch krank oder infolge Geistesschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maß *die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet*, kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder sonst in geeigneter Weise untergebracht werden. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 ist die Unterbringung insbesondere auch dann zulässig, wenn jemand sein *Leben oder in erheblichem Maß seine Gesundheit gefährdet*.“

Das Bayrische Unterbringungsgesetz sieht nach Artikel 19, Absatz 1 „Unmittelbarer Zwang“ weitere freiheitsentziehende Maßnahmen vor:

„Bedienstete der Einrichtung dürfen gegen Untergebrachte unmittelbaren Zwang anwenden, wenn dies zur Durchführung des Artikel 12 Absatz 1 und 2 (Unterbringung und Betreuung), des Artikel 13 (Heilbehandlung) oder von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung erforderlich ist.“ (Stascheit, 2012)

4.1.8 Zivilrechtliche Unterbringung

Im Rahmen der zivilrechtlichen Unterbringung liegt meist eine gerichtlich angeordnete Betreuung (nach § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]; vorausgesetzt §§ 1896, 1903 BGB sind erfüllt) vor. Die mit einer Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung ist demnach durch einen gesetzlichen Betreuer nur mit der Genehmigung des Betreuungsgerichtes (vgl. §1906 BGB) zulässig. Zivilrechtliche Unterbringungsmaßnahmen werden von Amts wegen eingeleitet (Bumiller & Harders 2011). Vorausgesetzt wird, dass diese Unterbringung „zum Wohl des Betreuten“ erforderlich ist. Laut BGB sind diese Voraussetzungen erfüllt, wenn „...

- auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er *sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt*, oder
- eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann, und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.“
(Stascheit, 2012, Bürgerliches Gesetzbuch).

Der Zwangscharakter der gesetzlichen Betreuung ist nicht auf ersten Blick zu erkennen, da §1896 Absatz 1a BGB folgendes erklärt: „Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden“. (Stascheit, 2012, Bürgerliches Gesetzbuch). Allerdings wird in der juristischen Sprache mittels psychiatrischer Definition zwischen einem „freien Willen“ und einem „natürlichen Willen“ unterschieden. Ein „freier Wille“, also der im Rechtsverkehr anerkannte erklärte Wille, wird nur geistig gesunden Menschen zugestanden. Psychisch (dauerhaft) Kranke besitzen lediglich einen „natürlichen Willen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011).

4.1.9 Strafrechtliche Unterbringung

Diese Form der Unterbringung ist im deutschen Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. Nach § 63 StGB können psychisch kranke Straftäter in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden. Diese Maßnahme erfolgt in der Regel ohne zeitliche Befristung und wird einmal jährlich auf ein notwendiges Fortbestehen hin überprüft. Die Unterbringung suchtkranker Straftäter in einer Entziehungsanstalt ist in § 64 StGB geregelt und auf zwei Jahre begrenzt. Die Maßnahmen der straf-

rechtlichen Unterbringung sind auch unter dem Begriff „Maßregelvollzug“ bekannt und finden in der Regel im Rahmen der Forensischen Psychiatrie statt (Stascheit, 2012, Strafgesetzbuch). Um die strafrechtliche Unterbringung zu komplettieren, ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus auf der Grundlage der Strafprozessordnung (StPO) hinzuzufügen. Nach § 81 StPO ist dies der Fall, wenn über eine beschuldigte Person ein Gutachten ihres psychischen Zustandes (u.a. zur Beurteilung der Schuldfähigkeit im Sinne des §§ 20, 21 StGB) erstellt werden soll. Dabei ist die Unterbringung auf maximal sechs Wochen begrenzt. (Stascheit, 2012)

4.2 Kollidierende Gesetze – Zwangspsychiatrie contra Menschenrechte

4.2.1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland garantiert grundlegende Freiheits-, Gleichheits- und Unverletzlichkeitsrechte, die dem Einzelnen in Deutschland gegenüber dem Staat, aber auch allgemein in der Gesellschaft zustehen. Die meisten dieser Grundrechte werden zugleich als Menschenrechte bezeichnet. Nicht nur deutsche Staatsbürger können sich daher auf sie berufen, sondern alle Menschen, die in Deutschland leben (Thurich, 2011).

Im Folgenden wird auf die Menschenrechte, wie sie in der Allgemeinen Erklärung der Vereinten Nationen festgelegt und im Grundgesetz der Bundesrepublik beschrieben sind, Bezug genommen. Tabelle 1 erörtert neben den bestehenden Vorschriften Argumente, in wie fern das genannte Menschenrecht durch die Zwangspsychiatrie betroffen bzw. wie eine Menschenrechtsverletzung zu prüfen ist.

Tabelle 1: Zwang psychiatrie contra Grundgesetz/Menschenrechte

Rechtsvorschrift	Reflektionsinstrument
<u>Artikel 1 Absatz 1 GG</u> Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.	Im Sinne der Objektformel nach Dürig schützt die Rechtsvorschrift den Menschen davor, dass er vom Staat oder Mitbürgern als bloßes Objekt behandelt und ihm damit jede eigene geistig-moralische oder gar physische Existenz abgesprochen wird. Wird durch eine Zwangsmaßnahme die Subjektqualität eines Menschen prinzipiell in Frage gestellt? (Wietfeld, 2012)
<u>Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG</u> Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich...	<u>Recht auf Leben:</u> Abstufungen des Lebensschutzes anhand von Wertungen der Lebensqualität müssen von vornherein ausgeschlossen sein. Hat ein Leben mit akuter psychischer Erkrankung weniger Lebensqualität und ist daher weniger schützenswert? <u>Unversehrtheit:</u> Meint sowohl die Gesundheit im biologisch-physiologischen Sinne, als auch die psychische Integrität, soweit die Beeinträchtigung einem körperlichen Eingriff gleichzustellen ist. Verletzt eine Verabreichung von Psychopharmaka unter Zwang die körperliche Integrität? (Wietfeld, 2012).
<u>Artikel 2 Absatz 1 GG</u> Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit...	Die Schutzwirkung des Art. 2 Abs. 1 GG betrifft nicht nur den intellektuellen Kernbereich der Persönlichkeit, sondern jegliche Freiheitsbetätigung. Aufgrund des weiten Schutzbereiches (im Vergleich zu anderen Grundrechten) besteht ein lückenloser Grundrechtsschutz. (Wietfeld, 2012)

<u>Artikel 5 Absatz 1 GG</u> Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten...	Wann sind Verhaltensweisen und Äußerung von ungewöhnlichen Gedanken „krank“ und rechtfertigen eine psychiatrische Maßnahme? Welches Gewicht tragen dabei gesellschaftliche Normen gegenüber dem subjektiven Empfinden des Betroffenen?
<u>Artikel 3 Absatz 1 GG</u> Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich. <u>Artikel 3 Absatz 3 GG</u> Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, ... benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.	Das Deutsche Institut für Menschenrechte sieht bei der Anwendung von Zwang im Zusammenhang mit Menschen mit Behinderung/psychischer Erkrankung ein Legitimationsproblem. Vor allem, wenn den Menschen in der Kombination mit einem behinderungsrelevanten Merkmal eine stärkere Einschränkung ihrer Rechte zugemutet wird als Nichtbehinderten. (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012) Daraus resultiert das Abwehrrecht gegen Maßnahmen, die die Situation eines Behinderten gegenüber des Nichtbehinderten wegen seiner Behinderung verschlechtern. (Wietfeld, 2012) Entspricht eine Unterbringung oder zwangsweise Verabreichung von Medikamenten diesen Kriterien? Welche Legitimation haben Behandelnde?

(Vereinte Nationen, 1948, Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen)

4.2.2 Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe

Um den Begriff der „Folter“ genauer zu definieren, wird ein Auszug aus Artikel 1 Absatz 1 des Übereinkommens der Vereinten Nationen zitiert:

„... jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen,...“ (Vereinte Nationen, 1984, Antifolterkonvention, Artikel 1 Absatz 1).

Alice Halmi kommt in ihrem Gutachten „Zwangspanychiatrie: ein durch Folter aufrecht erhaltenes System“ zu dem Schluss, dass Psychiatrische Zwangsbehandlung den Kriterien der Folter entspricht. Dabei stützt sie sich auf die Definition von Folter der Antifolterkonvention der Vereinten Nationen. Somit verstoßen psychiatrische Zwangsbehandlungen gegen eines der wichtigsten Menschenrechte: „Freiheit von Folter“ (Halmi, 2010).

Auch das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte bezeichnet alle Formen psychiatrischer Zwangsbehandlung als Folter bzw. grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung. Juan E. Méndez, Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, forderte bei seiner Rede in der 22. Sitzung des "Human Rights Council" am 4. März 2013 alle Staaten dazu auf, alle nicht einvernehmlich medizinischen Interventionen bzw. Zwangsbehandlungen von Menschen mit Behinderungen zu verbieten. Als Beispiel für solche Maßnahmen nennt er lang- und kurzfristige Anwendung von Psychochirurgie, Elektroschocks und die Verabreichung bewusstseinsverändernder Drogen (Psychopharmaka). (Méndez, J. E. 2013)

4.2.3 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die sog. Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen ist 2008 in Kraft getreten und konkretisiert die Menschenrechte für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung. Ziel dieser Bestimmungen ist es, den Betroffenen gleichberechtigte Teilhabe bzw. Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dazu gehört auch, dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit zur politischen Partizipation haben, d.h. dass sie bei politischen Entscheidungsprozessen gleichberechtigt mitbestimmen können. Im Sinne der UN-BRK gehören zu den Menschen mit Behinderungen auch Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, mit psychischen Störungen oder einer psychosozialen Behinderung. Im Gegensatz zu anderen Gesellschaftsgruppen, haben die Betroffenen mit enormen Stigmatisierungen zu kämpfen und stehen mit verhältnismäßig schwach aufgestellten Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen einer relativen Übermacht gegenüber. (Vereinte Nationen, 2006, Behindertenrechtskonvention i.V.m. Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012)

Im Folgenden werden Menschenrechte im Sinne der UN-BRK, die im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung stehen, vorgestellt und vereinzelt kritischen Gedanken von Psychiatriegegnern gegenübergestellt:

- Artikel 12 - Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht

Laut Deutschem Institut für Menschenrechte genießen alle Menschen mit Behinderung „Rechts- und Handlungsfähigkeit“. Psychisch-Kranken-Gesetze als sog. „Sonderentrechtungsgesetze“, sprechen den Betroffenen jedoch Einsichtsfähigkeit und die Fähigkeit zur freien Willensbildung ab.

- Artikel 13 - Zugang zu Recht

Eine psychiatrische Diagnose führt häufig dazu, dass Betroffenen ihre Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit im Rechtsverkehr abgesprochen bekommen und für entsprechende Bereiche ein gesetzlicher Betreuer (früher: Vormund) installiert wird.

- Artikel 14 - Freiheit und Sicherheit

Unterbringungsverfahren erfolgen häufig ohne eine umfassende Prüfung, ob alle anderen Hilfeangebote ausreichend berücksichtigt wurden. In vielen Fällen werden die untergebrachten Personen von Richtern erst dann gesehen, wenn sie schon in der Psychiatrie zwangsuntergebracht und bereits zwangsmediziert wurden (Aktion Mensch, o.D.). Das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte verlangte nach der Ratifizierung der BRK, dass die Unterbringung von Personen aufgrund ihrer „Behinderung“ ohne deren freie und informierte Zustimmung abgeschafft werden müsse. (UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, 2008, Information Note No. 4, S. 2)

- Artikel 15 - Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

Psychiatrische Zwangsbehandlung entspricht den Kriterien von Folter (Begründung siehe 4.2.2).

- Artikel 17 - Unversehrtheit der Person

Jede medizinische oder sonstige Behandlung, die mit einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbunden ist, erfüllt den Straftatbestand der Körperverletzung gemäß § 223 StGB.

- Artikel 19 - Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft
Die Integration und Lebensführung (vgl. 3.5.8) ist Menschen mit Behinderung, aufgrund schwerwiegender Stigmatisierungsprozesse, in der Gesellschaft nicht ohne Weiteres möglich wie Nichtbehinderten.
- Artikel 21 - Zugang zu Informationen
Psychisch kranken Menschen wird häufig die eigene Einsichtsfähigkeit abgesprochen. Mit dieser Begründung werden sie nicht mehr über medizinische Maßnahmen, Wirkungen und Folgen aufgeklärt. Absprachen finden häufig nur mit Dritten, gesetzlichen Vertretern, statt.
- Artikel 25 - Recht auf Gesundheit
In Verbindung mit Artikel 12 haben Menschen mit Behinderung das Recht in Fragen individueller gesundheitlicher Angelegenheiten in allen Fällen eine „freie und informierte Entscheidung“ über die eigenen gesundheitlichen Belange treffen zu dürfen. Insbesondere darüber, ob und wenn ja, welche Therapie angewendet wird. Es gibt bis heute keine verbindlichen Kriterien die zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit unterscheiden.
- Artikel 5 - Diskriminierungsverbot aufgrund von Behinderung
Vergleiche hierfür die oben aufgeführte Tabelle 1 Artikel 3 Absatz 3 GG
- Artikel 2 und 3 - angemessene Vorkehrungen für (assistierte) Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion
Die menschenrechtliche Schutzpflicht, die den Staat zur Kontrolle gesellschaftlicher, nichtstaatlicher Akteure verpflichtet, wird durch mangelhafte Kontrolle psychiatrischer Einrichtungen missachtet.

(Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012, S. 3 i.V.m. Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011)

4.2.3.1 Stellungnahmen und Gutachten nach der Ratifizierung der BRK

Kaleck, Hilbrans und Scharmer verdeutlichen in ihrer gutachterlichen Stellungnahme die Unvereinbarkeit der psychiatrischen Zwangsunterbringung und -behandlung mit der BRK. Sie beziehen sich vorwiegend auf Artikel 14 der BRK

„Freiheit und Sicherheit der Person“, wonach „das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (Kaleck & Hilbrans & Scharmer, 2008).

In einem Gutachten von Prof. Dr. Dirk Olzen, im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), wird jedoch klar, dass es beim Artikel 14 BRK um unterschiedliche Auslegungen einer Frage geht. Und zwar, ob die Vorschrift es schon verbiete, „dass für eine Freiheitsentziehung *überhaupt* an das Vorliegen einer Behinderung angeknüpft wird oder sie lediglich untersagt, dass das Vorliegen einer Behinderung den *alleinigen* Grund einer Freiheitsentziehung darstellt.“ (Olzen, 2009, S. 6).

In einer Begründung der Bundesregierung wird klar, dass der Bund von der Vereinbarkeit der Rechtslage in Deutschland (Ländergesetze) mit den Vorgaben des Artikels 14 BRK ausgeht (Deutscher Bundestag Drucksache 16/10808, 2008). Aus der Annahme der Vereinbarkeit resultiert die DGPPN folgendes: „Sollten die nationalen Vorschriften zur Unterbringung und Zwangsbehandlung in Widerspruch zu Art. 14 BRK stehen, so wäre der Gesetzgeber in der Pflicht, sie anzupassen.“ (Olzen, 2009, S. 6)

In einer Erklärung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (BPE) zur einstimmigen Ratifizierung der BRK durch den Bundestag im Dezember 2008 bei gleichzeitig fehlender Modifizierung der Ländergesetze zur Unterbringung Psychisch Kranker wird der Regierung vorgeworfen, sie habe „das Unrecht zu Recht erklärt“. Laut BPE sind ab dem 01.09.2009 „alle, die in einer Geschlossenen arbeiten, Verbrecher.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, 2009).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat zudem in einer Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-BRK die Gewährleistung der Menschenrechte im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung in Deutschland thematisiert (UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, 2008). Die mit der BRK vereinbarte Partizipationspflicht für Gesetzgebungsverfahren wurde nicht eingehalten. Menschen mit Behinderung und die sie vertretenen Organisationen hätten bei transparent organisierten und fachlichen Diskussionen, initiiert durch die Bundesregierung, angehört werden müssen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nach der Ratifizierung der BRK durch den deutschen Bundestag unterschiedliche Ansichten, über die Rechtmäßigkeit einer psychiatrischen Zwangsbehandlung vorliegen. Die Vertreter der Antipsychiatrie (BPE) stützen sich auf die Kollision der Ländergesetze mit den Menschenrechten und betonen die Stellungnahme der Vereinten Nationen. Demgegenüber sieht der DGPPN die Verantwortung beim deutschen Bundestag bzw. in der Gesetzgebung der einzelnen Länder und nicht bei den einzelnen behandelnden Ärzten.

4.3 Rechtsprechungen erklären Gesetze als illegal

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat am 23.03.2011 und am 12.10.2011 zwei Entscheidungen zum Thema Zwangsbehandlungen gefasst, die weite Kreise zogen und im folgenden erläutert werden (Bundesverfassungsgericht [BVerfG] Entscheidungen, 2011, 2 BvR 882/09 & 2 BvR 633/11). Dabei bezog sich das Gericht vorerst auf das rheinland-pfälzische und baden-württembergische Landesrecht, bis heute werden schrittweise auch andere Landesgesetze geprüft.

4.3.1 Bezug auf Öffentlich-rechtliche Unterbringung (vgl. 4.1.1)

Zusammenfassend wurde entschieden, dass pauschale gesetzliche Genehmigungen von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung aufgrund des Verstoßes gegen Artikel 2 Absatz 2 GG- Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit- verfassungswidrig seien. Der Grund dafür ist, dass es an einer ausreichend eindeutigen gesetzlichen Regelung für die Eingriffsvoraussetzungen und für deren verfahrensrechtliche Sicherung fehle (Pauling, 2012). Am 20.03.2013 entschied das Bundesverfassungsgericht zudem, dass die Rechtsgrundlage zur Zwangsbehandlung im Sächsischen PsychKG nichtig ist. Demnach darf ein Patient nicht gegen seinen Willen mit Psychopharmaka behandelt werden (BVerfG Entscheidungen, 2011, 2 BvR 228/12)

4.3.2 Bezug auf die Zivilrechtliche Unterbringung (vgl. 4.1.2)

Auf der Grundlage der vorherig erläuterten Rechtsprechungen des Bundesverfassungsgerichts, hat der Bundesgerichtshof eine Entscheidung zu Zwangsbehand-

lungen im Rahmen der zivilrechtlichen Unterbringung durch eine gerichtlich angeordnete Betreuung getroffen: Demnach fehle es in Bezug auf § 1906 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 4 BGB gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung. Deshalb dürfe der Betreuer derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen bzw. solche Maßnahmen des Betreuers sind derzeit nicht durch die Behörden genehmigungsfähig (Bundesgerichtshof Beschluss, 2012, XII ZB 99/12 & XII ZB 130/12). Somit fehlte nach dieser Entscheidung durch den Bundesgerichtshof jeglicher betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung eine adäquate rechtliche Grundlage, so dass eine durch den Betreuer angeordnete Zwangsbehandlung illegal war.

Die Regierung reagierte auf diese Rechtsprechung sehr rasch, in dem seit dem 26.02.2013 ein neues Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Kraft getreten ist. Demnach muss jedem betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlungsverfahren ein Verfahrenspfleger beigeordnet werden (Deutscher Bundestag, 2013, Seite 1, Artikel 2, Nr. 1c). Der Bundesbeauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderung, Hubert Hüppe, kritisierte damals, dass die Thematik der Zwangsbehandlung aufgrund der Grundrechtsrelevanz nicht für ein parlamentarisches Schnellverfahren geeignet sei. Er forderte, dass Betroffene zum Thema angehört werden müssen, dies ist jedoch nicht geschehen (Crefeld, 2013).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte bezweifelt jedoch die Menschenrechtskonformität des neuen Gesetzes. In einer Stellungnahme äußern sie „schwerwiegende Bedenken, ob der Gesetzesvorschlag ... mit den Vorgaben der UN- BRK in Einklang steht“ (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012, S. 1). Dem Gesetzgeber wird vorgeworfen, dass man sich mit der Regelung über den natürlichen Willen der betroffenen Person hinwegsetzt und an die Stelle der persönlichen Entscheidung eine Entscheidung Dritter setzt (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012).

4.3.3 Bezug auf die Strafrechtliche Unterbringung (vgl. 4.1.3)

Das Oberlandesgericht Köln verkündete zudem am 07.09.2012, dass in Nordrhein-Westfalen derzeit keine gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehand-

lung eines gemäß § 126a StPO Untergebrachten besteht. Dadurch ist die Anordnung einer „Zwangsmedikation“ des Untergebrachten unzulässig (Oberlandesgericht Köln [OLG], 2012, 2 Ws 644/12,).

4.4 Aus der Rechtslage resultierende Forderungen

In den eingangs zu diesem Gliederungspunkt erwähnten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts wurde gefordert, dass die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung klarer und bestimmter gesetzlicher Regelungen bedürfen. Dies gelte auch für die Anforderungen an das Verfahren. Ein schwerwiegender Eingriff, im Sinne einer Zwangsmaßnahme, in das Grundrecht des Betroffenen, gegen dessen natürlichen Willen, ist daher auch unter Berücksichtigung der UN-BRK nicht generell ausgeschlossen, sondern erfordert klare Positionen der Länder.

In der Tageszeitung wird in einem Artikel vom 19.10.2012 von einem „Dilemma der Ärzte“ gesprochen (Dribbusch, 2012). Die BRK und darauf folgende Rechtsurteile hätten die Rechte der Psychisch Kranken gestärkt, sodass Ärzte im Zwiespalt zwischen „einer als Körperverletzung gewerteten Zwangsbehandlung und unterlassener Hilfeleistung“ stünden (Dribbusch, 2012). Einerseits fungiert Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) als Abwehr- und Freiheitsrecht gegenüber dem Staat, das heißt, dass der Staat dem Einzelnen im Bereich seines Lebens und seiner körperlichen Unversehrtheit einen freien Raum gewährleisten muss, in dem er selbst bestimmen darf, bspw. die Angebote der modernen Medizin nicht in Anspruch zu nehmen und folglich das eigene Leben zu beenden oder eine Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes in Kauf zu nehmen. Auf der anderen Seite, im Sinne eines Leistungsrechts, nimmt Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG den Staat aber auch positiv als Garanten für das Leben und körperliche Unversehrtheit in Anspruch. In diesem Sinne ist der Staat für die Erhaltung des Rechtsguts Leben verantwortlich (Panagopoulou-Koutnatzi, 2009).

Pauling bringt die missverständliche Rechtslage wie folgt auf den Punkt: „Der Bundesgesetzgeber und die Landesgesetzgeber müssen im Interesse der Betrof-

fenen selbst, aber auch im Interesse der Ärzte und Kliniken sowie der Betreuer dringlich tätig werden“ (Pauling, 2012).

Die Fraktion der Piratenpartei hat am 06.03.13 bereits einen Gesetzesentwurf für ein PsychKG veröffentlicht und in den Schleswig-Holsteinischen Landtag eingebracht. Dieser enthält unter anderem in Artikel 1 eine Änderung des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Breyer und Fraktion der Piraten-Partei, 2013).

Das Deutsche Institut für Menschenrechte fordert abschließend eine Prüfung und Fortentwicklung des Systems psychiatrischer Versorgung auf der Basis der Menschenrechte durch die Bundesregierung. In Folge der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (siehe 4.3), wurde in einigen psychiatrischen Kliniken auf die Anwendung von Zwang in der Praxis verzichtet. Dadurch konnten in Deutschland Erfahrungen mit einer Praxis ohne Zwang gesammelt und entsprechend positive Veränderungen in der Behandlungspraxis und Atmosphäre psychiatrischer Einrichtungen festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund fordert das Institut, dass entsprechende Feststellungen gebündelt untersucht, wissenschaftlich ausgewertet und für eine umfangreiche Psychiatriereform genutzt werden (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012). Für eine entsprechende Reform fordert der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, dass das Kriterium der Freiwilligkeit ohne Einschränkung zu beachten ist. Eine Ausnahme von der Freiwilligkeit oder eine einschränkende Differenzierung, wie die Begründung der „krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit“, legitimiere keine psychiatrische Zwangsbehandlung (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012).

Nach dem nun die Situation zur Zwangspsychiatrie in Deutschland geschildert wurde, stellt sich die Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit dabei spielt. Im Folgenden wird die Beteiligung Sozialarbeitender im interdisziplinären Team bei Zwangsmaßnahmen erläutert. Anschließend sind die ethischen Richtlinien nach den Berufsverbänden, in Bezug auf die Soziale Arbeit in der Psychiatrie, skizziert.

5. Die Rolle der Sozialen Arbeit bei Zwangseinweisungen

Durch die interprofessionelle Teamkonstellation können Sozialarbeitende in allen Etappen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung eine wichtige Rolle spielen. Außerhalb der Klinik wird häufig der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes (z.B. von Nachbarn, Polizei etc.) damit beauftragt, eine „verrückte“ oder „gefährdete“ Person aufzusuchen. In diesem Kontext ist der Sozialarbeiter derjenige, der versucht den ersten Kontakt herzustellen und die Situation einzuschätzen. Es gelingt ihm häufig eine Beziehung herzustellen, anstehende Probleme (z.B. mit den Nachbarn) zu regeln und so eine Zwangseinweisung zu verhindern. Wenn dies nicht gelingt, der Klient auch sonst nicht mit sich verhandeln lässt und eine entsprechend schwerwiegende Gefährdung vorliegt, sind die Sozialarbeitenden dazu verpflichtet ein entsprechendes Unterbringungsverfahren in die Wege zu leiten.

Als Sozialarbeitender in der behandelnden Klinik ist die Aufrechterhaltung des Kontaktes zum Klienten und die Kooperation mit dem einweisenden Dienst nicht nur für die Nachsorgeplanung wichtig. Die Soziale Arbeit hat im Behandlungsteam eine besondere Rolle und wird von den Patienten häufig als weniger bedrohlich erlebt. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass der Arzt unangenehme Entscheidungen trifft und das Pflegepersonal diese entsprechend umsetzt. Die Doppelrolle des Sozialarbeiters kann ihn auch in ein Dilemma bringen, da er gleichzeitig Teammitglied und Interessensvertreter des Klienten ist. Bezieht man als Anwalt des Patienten Position, kann man für dessen Anliegen ein offenes Ohr haben, ihn über die Rechtslage zur Zwangsbehandlung und Rechtsbehelfe dagegen informieren (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007).

6. Ethik in der Sozialen Arbeit

Wer in der Praxis der Sozialen Arbeit tätig ist, muss sich stets vor Augen halten, dass fachlich-methodisches Handeln den Betroffenen nicht immer automatisch hilft. Es kann Klienten auch beeinträchtigen oder ihnen Schaden zufügen. Um ein ethisches Dilemma zu erkennen und professionell zu handeln sind Überlegungen über die Verpflichtungen und Folgen des Handelns als Sozialarbeitender, vor allem in Bezug auf den Klienten, Kollegen und Vorgesetzten, unerlässlich. Wenn berufliche oder institutionelle Standards in Grenzsituationen jedoch nicht greifen,

müssen Sozialarbeitende eine moralisch-ethische Kompetenz beweisen. Diese Kompetenz schließt professionelle Werte und moralische Prinzipien Sozialer Arbeit mit ein (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007).

Als Basis für eine entsprechende Kompetenz hat bspw. der „Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik (DBSH)“ ein berufliches Ethos für die Soziale Arbeit formuliert. Neben allgemeinen Grundsätzen für berufliches Handeln sind konkrete Richtlinien für das Verhalten gegenüber Klienten, Arbeitskollegen, Angehörigen anderer Berufsdisziplinen, dem Arbeitgeber und der Öffentlichkeit enthalten. Der schweizerische Berufsverband „Avenir Social – Soziale Arbeit Schweiz“ hat einen ähnlich konzipierten Berufskodex herausgebracht (Avenir Social, 2010). Auf die verschiedenen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit wird jedoch in beiden Veröffentlichungen nicht eingegangen. Daher liegen auch für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie keine speziellen Leitlinien vor. Die Sozialarbeitenden müssen ihre Handlungen in Verbindung mit den generellen Werten der Sozialen Arbeit also aus eigener Kraft begründen (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007).

Der DBSH betrachtet die Fähigkeit und die Verpflichtung Sozialarbeitender ethisch zu handeln als einen wesentlichen Aspekt der Qualität der angebotenen Dienstleistung (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 1997). Der Schweizer Berufsverband Avenir Social richtet seinen Berufskodex nicht nur an die Sozialarbeitenden selbst, sondern bspw. auch an Organisationen, in denen Sozialarbeitende tätig sind oder Fachpersonen anderer Berufsdisziplinen, mit denen die Soziale Arbeit zusammenarbeitet. Gegenüber ihrem Arbeitgeber verpflichten sich Sozialarbeitende nicht nur zur sorgfältigen Erfüllung ihrer Aufgaben, sondern auch dazu, dass die Normen und Prinzipien des Berufskodexes von der Organisation respektiert und eingehalten werden (Avenir Social, 2010).

Um eine ethisch begründete Entscheidung zu treffen, sollen die Sozialarbeitenden durch Stellungnahmen ermutigt werden, über die ihnen begegnenden Herausforderungen und Dilemmata nachzudenken. Erklärungen des DBSHs oder der internationalen Verbände (IFSW und IASSW) können für dieses Vorgehen bspw. hilfreich sein. Das Handeln ist ethisch begründet, wenn es auf der Basis der moralischen Kriterien und den professionellen Grundsätzen der Sozialen Arbeit reflek-

tiert wird. Die Auseinandersetzung mit folgenden Problemfeldern ist im Kontext der Sozialen Arbeit am häufigsten und oft unvermeidlich:

- Der Auftrag der Sozialen Arbeit zwischen der Mehrdimensionalität der Problemlagen und der gemeinsamen Lösungen ist stets komplex. Die Loyalität der Sozialarbeitenden steht oft zwischen widersprüchlichen Interessen.

Zum Beispiel steht bei einer Zwangsmaßnahme wegen Fremdgefährdung die Frage im Raum, ob das Wohl des Einzelnen oder das der Gemeinschaft mehr wiegt?

- Die Rolle der Sozialarbeitenden liegt zwischen dem Spagat des Helfens einerseits und des Überwachens/Kontrollierens andererseits.

Zum Beispiel nehmen viele Betroffene die Beratungsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht an, da sie wissen, dass die Stellen an bestimmten Punkten gesetzlich verpflichtet sind, Zwangsmaßnahmen einzuleiten.

- Das Spannungsfeld der Pflicht der Sozialen Arbeit, die Interessen der eigenen Klienten zu schützen und die gesellschaftlichen Anforderungen von Effizienz und Nutzen.

Zum Beispiel gibt es aus sozialarbeiterischer Sicht häufig noch Handlungsbedarf, da der medizinische Auftrag aber erfüllt ist, wird der Klient trotzdem aus der Klinik entlassen.

- Das Dilemma zwischen dem ausgewiesenen Bedarf und der Beschränktheit der Ressourcen einer Gesellschaft, die zu Rationierungsmaßnahmen führt.

Zum Beispiel wird oft der Vorwurf der falschen Effizienz erhoben, d.h. dass die Einleitung von Zwangsmaßnahmen kürzere Aufenthaltszeiten verursacht als das geduldige Verhandeln und Aushandeln mit den Klienten (Crefeld, 2013).

(Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 1997 i.V.m. Avenir Social, 2010 i.V.m. Wilde, 1998)

Avenir Social spricht in diesem Kontext der Problemfelder von einem „dreifachen Mandat“. Das heißt, Sozialarbeitende sind dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und der Klienten; den Bedürfnissen der Menschen, die Soziale Arbeit in Anspruch nehmen und seitens der Sozialen Arbeit mit ihrem Professionswissen, der Berufsethik, den Menschenrechtsprinzipien und der sozialen Gerechtigkeit verpflichtet. „Dieses dritte Mandat steuert Professionelle der So-

zialen Arbeit durch mögliche Konflikte zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat“ (Avenir Social, 2010, S. 7).

Als Grundlage der ethischen Erklärungen gilt die Definition der Sozialen Arbeit durch den IFSW und IASSW (siehe 3.1.2). Diese betont die Prinzipien der Menschenrechte und sozialen Gerechtigkeit. Für den Kontext der Psychiatrie ist bspw. folgender Inhalt der ethischen Prinzipien besonders relevant:

- Die Sozialarbeitenden sollen das Recht auf Selbstbestimmung ihrer Klienten achten und fördern, eine eigene Wahl und Entscheidungen zu treffen. Veränderungen, die Menschen unabhängiger (auch von der Sozialen Arbeit) machen, sind von den Professionellen zu fördern.

Welche Möglichkeiten gibt es, die Selbstbestimmung eines Menschen zu wahren, wenn er in einer Krankheitssituation nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen frei zu äußern?

- Die Sozialarbeitenden haben die Pflicht solidarisch und auf eine einbeziehende Gesellschaft hin zu arbeiten, d.h. sie sollen sozialen Bedingungen entgegen, die zu sozialen Ausschluss, Stigmatisierung oder Unterdrückung führen.

Ist die Zuschreibung einer psychischen Erkrankung im Sinne eines „Etiketts“ nicht die Basis für solche gesellschaftlichen Prozesse? (vgl. Rüscher & Berger & Finzen & Angermeyer, 2004)

(Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 1997 i.V.m. Avenir Social, 2010)

Neben den ethischen Grundsätzen hat der Berufsverband darauf aufbauend allgemeine Richtlinien für das berufliche Handeln entworfen. Sozialarbeitende sollten es z.B. „nicht zulassen, dass ihre Fertigkeiten für inhumane Zwecke missbraucht werden, wie Folter und Terrorismus“. Spätestens nach der Aussage des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, dass alle Formen psychiatrischer Zwangsbehandlung Folter sind (siehe 4.2.2), führt dies für Sozialarbeitende im Zwangskontext zu einem Dilemma.

Des Weiteren sollen Professionelle der Sozialen Arbeit „redlich handeln. Dies beinhaltet, keinen Missbrauch der Vertrauensbeziehung der Menschen, die ihre Dienste nutzen...“. Der Sozialarbeiter Frank Wilde führt dazu Meinungen auf, die argumentieren, dass Psychiater Sozialarbeitende eher „benutzen“ um ihre Be-

handlungsziele durchzusetzen. Diese Möglichkeit besteht, da ein Sozialarbeiter auch aufgrund des niedrigen hierarchischen Gefälles zwischen ihm und Klient eher als „stiller Verbündeter“ erlebt wird (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 1997, S. 2 i.V.m. Wilde, 1998).

Auch das Verhalten gegenüber Berufskollegen wurde in den berufsethischen Prinzipien beider Berufsverbände geregelt. Im Kontext der Psychiatrie bzw. im interdisziplinären Team, spielt vor allem das Verhalten gegenüber Angehörigen anderer Berufe eine besondere Rolle. Demnach vertreten die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit ihren fachspezifischen Standpunkt, stellen ihrerseits gewonnene Informationen zur Verfügungen und arbeiten im gemeinsamen Diskurs auf eine möglichst optimale Lösung hin (Avenir Social, 2010). Für Sozialarbeitende stellt der DBSH klar, dass sie sich bei Konflikten zwischen unterschiedlichen fachlichen Standpunkten parteilich für das Wohl der Menschen, denen der Hilfeprozess dienen soll, zeigen. Auf der Basis der eigenen Fachlichkeit und der berufsethischen Prinzipien sollen die Betroffenen sich mit Weisungen und Anforderungen stets kritisch auseinandersetzen (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 1997).

Wie können diese Maßstäbe dem Professionellen in einer strittigen Handlungssituation konkret weiterhelfen? Zu Beginn ist die Handlungssituation in Gedanken und im Gespräch mit anderen in den Kontext mit den für den Einzelfall relevanten Prinzipien und Handlungsregeln zu bringen. Im nächsten Schritt sollen die in der Situation gegebenen Handlungsoptionen darauf geprüft werden, inwieweit sie den Vorgaben entsprechen oder widersprechen. Hierbei ist es häufig Interpretations-sache, in wie weit eine Übereinstimmung vorliegt oder nicht. Genau auf diese Interpretations- und Deutungsleistungen kommt es in der ethischen Reflexion professionellen Handelns an. Die Plausibilität begründet eine Angemessenheit der Deutungen, d.h. sie müssen nachvollziehbar und akzeptierbar sein. Dies kann in Konfliktfragen nur durch Begründungen, also tragfähige Argumente, gerechtfertigt werden. Damit die Argumentation eines Sozialarbeitenden an Bedeutung gewinnt, kann auf die festgelegten Prinzipien der Berufsverbände verwiesen werden (Bosshard & Ebert & Lazarus, 2007, S. 168-171).

Im Buch „Werte und Normen in der Sozialen Arbeit“ werden unter anderem Modelle und Methoden zur ethischen Urteilsfindung vorgestellt. Als Beispiel ist das „4-Schritte Modell nach V. Tschudin“ zu erwähnen. Das Handlungsinstrument enthält folgende vier Schritte: 1. Das Erkennen des Problems bzw. die Analyse; 2. Die Planung möglicher Lösungen; 3. Die Aus- bzw. Durchführung; 4. Auswertung bzw. Evaluation. Bei der Bearbeitung ethischer Fragestellungen liefert dieses Modell eine komplexe Anleitung für das systematische Analysieren verschiedener Entscheidungslinien und –ebenen. Die Komplexität des „4-Schritte Modell“ führt jedoch dazu, dass es nicht spontan für eine schnelle Lösungsfindung genutzt werden kann. Je nach ethischem Dilemma und Handlungsdringlichkeit können verschiedene Modelle eine professionelle Entscheidungsfindung unterstützen (Eisenmann, 2012).

7. Zwischenfazit

Der Sozialarbeiter Frank Wilde hat in einem Schriftstück die Widersprüche zwischen seiner Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen und die Mitarbeit in der antipsychiatrischen „Irren-Offensive e.V.“ reflektiert. Nach ausführlichen Darlegungen der Situation in der Psychiatrie (Gesetze, Hierarchie, Zwang etc.), kommt er zu folgendem Schluss:

Die Soziale Arbeit kann ihren Klienten nicht gerecht werden, solange „sie sich nicht deutlich vom medizinischen Krankheitsbegriff und der darauf gründenden Behandlung mit Psychopharmaka und der Verbindung von Hilfe und Zwang trennt“ (Wilde, 1998, 4.6). Besteht weiterhin diese problematische Verbindung, wie unter Punkt 5 am Sozialpsychiatrischen Dienst beispielhaft aufgezeigt, können Betroffene angebotene Hilfe häufig nicht annehmen, ohne Angst vor erneuten Zwangserfahrungen zu haben. Diese Umstände widersprechen den sozialarbeiterischen Grundsätzen, wie z.B. "Das menschliche Individuum habe Würde, Wert aus sich heraus und sei glaubwürdig.“ und „Das Individuum habe das Recht, seine Bedürfnisse und die Art ihrer Befriedigung selbst zu bestimmen“ (Wilde, 1998, 4.6). Der Sozialarbeiter fordert radikal, dass sich die Soziale Arbeit selbstbewusst von der Psychiatrie trennt und sich mehr um Initiativen Betroffener kümmert (Wilde, 1998).

Seit dieser Forderung vor 15 Jahren hat sich der Stellenwert der Sozialen Arbeit in

der Psychiatrie gewandelt. Somit gewinnt auch die soziale Dimension bei der Erklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen immer mehr an Bedeutung. Trotzdem stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten es als Sozialarbeitender neben diesem radikalen Schritt der kompletten Ablehnung psychiatrischer Institutionen gibt? Wie kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, dass die Selbstbestimmung der Klienten im psychiatrischen Kontext gewahrt wird? Die Bundesregierung hat im Jahr 2009 ein entsprechendes Instrument als rechtswirksam und verbindlich erklärt: Die Patientenverfügung. Als Möglichkeit der Selbstbestimmung gewinnt sie nicht nur im somatischen Bereich, sondern auch in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung. Um was es sich bei dieser Institution handelt und welche Bedeutung es für die Psychiatrie spielt, wird im Anschluss erläutert.

8. Patientenverfügung – Was ist das?

Allgemein formuliert handelt es sich bei einer Patientenverfügung (PV) um die vorsorgliche, schriftliche Fixierung des freien Willens einer erwachsenen, einwilligungsfähigen Person. Einwilligungsfähigkeit besitzt nach Amelung jeder Mensch, der „den Wert der von der Entscheidung berührten Güter und Interessen, die der Entscheidung zugrunde liegenden Tatsachen, die sich aus der Entscheidung ergebenden Folgen und Risiken sowie die Mittel, die zur Erreichung des angestrebten Zwecks zur Verfügung stehen... erfassen kann bzw. sein Verhalten... nach dieser Einsicht richten kann“ (Amelung, 1995, S. 20). Abgekürzt wird dieses Kriterium für die Wirksamkeit einer PV auch als Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bezeichnet. Bei einer PV wird für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit (z.B. Unfall, Krankheit im Terminalstadium, akute psychische Erkrankung etc.) im Voraus festgelegt, ob und wie die betroffene Person in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte.

Bezug nehmend auf das Gesetz definiert eine Broschüre des Bundesministeriums für Justiz die PV als eine schriftliche Festlegung einer volljährigen Person. In dieser entscheidet sie, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

Um Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung zu nehmen und das eigene Selbstbestimmungsrecht zu wahren, ist es sinnvoll ergänzend individuelle Werte, religiöse Anschauungen und Ansichten zum eigenen Leben und Sterben als Auslegungshilfe der PV auszuführen. Damit soll vermieden werden, dass bei Eintritt einer krankheitsbedingten Entscheidungsunfähigkeit – auch wenn diese nur vorübergehend ist- der mutmaßliche Patientenwille erst erforscht werden muss, wobei die Gefahr besteht, Fehlentscheidungen zu treffen (Hartmann, 2000). Neben den persönlichen Ausführungen kann eine PV auch einen Bevollmächtigten ernennen, der für den beschriebenen Fall Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung des eigenen Willens enthält (Bundesministerium der Justiz, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 2012).

8.1 Vielfalt von Patientenverfügungen

Um eine PV zu erstellen, hat man unterschiedlichste Möglichkeiten und kann auf eine Vielzahl von Formularen zurückgreifen. Pompey berichtet z.B. von Patienten-

verfügungen von Vereinen und Gesellschaften (u.a. Deutsche Hospizgesellschaft), der Ärzteschaft (u.a. Ethikkommission der Ärztekammer Berlin), Christlich-kirchlichen und staatlich-kommunalen PV (Pompey, 2001). Vordrucke solcher Art sollten aufgrund ihrer allgemeingültigen Formulierungen jedoch nur als Orientierung für die eigene Erstellung einer PV dienen. Selbst „renommierte“ Vordrucke, wie der des Kölner Rechtswissenschaftlers und ehemaligen Richters Prof. Dr. Wilhelm Uhlenbruck³, sind von Rechtsunwirksamkeit bedroht (Verlag Klaus Vahle, o.D.). Bestimmte Anforderungen an die jeweilige Lebens- und Behandlungssituation können wegen ihrer Komplexität nicht so konkret formuliert werden, wie es die gesetzlichen Bestimmtheitsregeln verlangen (Lange, 2009). Daher bleibt, im Anschluss begründet, die Empfehlung eine PV individuell zu formulieren und zur weiteren Absicherung, fachkompetente Beratung in Anspruch zu nehmen.

8.2 Juristischer Rahmen von Patientenverfügungen

Der Grundgedanke der PV ist es, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren. Neben dieser verfassungsrechtlichen Auslegung gibt es seit 2009 zivilrechtliche Vorschriften im Betreuungsrecht des BGB. In diesem Kapitel wird der rechtlichen Rahmen der PV beschrieben.

8.2.1 Verfassungsrechtliche Verankerung

„Ärztliche Maßnahmen müssen dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen gerecht werden, sollen aber auch den Schutz des Lebens und der Gesundheit gewährleisten. Fraglich ist jedoch, in welchem Maße das Selbstbestimmungsrecht garantiert werden kann, ohne andere Rechtsgüter zu verletzen.“ (Horn, 2008, S. 19-20).

Das einführende Zitat wirft die Frage auf, wie sich das Selbstbestimmungsrecht, das durch die PV geschützt werden soll, legitimiert. Folgende drei Grundrechte des deutschen Grundgesetzes und dazugehörige Ausführungen sollen diesen Sachverhalt klären.

a) Artikel 1 Absatz 1 GG: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten könnte sich aus der Menschenwürde ableiten. Die Menschenwürde ergibt sich nach der Auffassung von Antoine

³ Prof. Dr. Wilhelm Uhlenbruck verfasste circa 1993 die erste derartige, juristisch fundiert begründete PV im deutschsprachigen Raum und nannte sie damals „Patienten-Brief“

aus zwischenmenschlicher Kommunikation, die mit wechselseitiger Anerkennung der Person verbunden ist (Antoine, 2004, S. 131). Wann kann von einer Verletzung der Menschenwürde und damit von einer Verletzung des Selbstbestimmungsrechts ausgegangen werden? Nach dem Bundesverfassungsgericht soll Artikel 1 Absatz 1 GG, „die Würde des Menschen wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst bewusst wird“, schützen (Wiefeld, 2012, S. 35). Neben dieser subjektiven Betrachtung hat Dürig mit der auf Immanuel Kant zurück gehenden Objektformel versucht, eine Eingriffsfeststellung zu bestimmen (Will, 2006). Demnach ist die Menschenwürde verletzt, „wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird“ (Dürig, 1956). Auch das Bundesverfassungsgericht stützt sich bei seinen Urteilen auf den ethisch-rechtlichen Maßstab der „Objektformel“ (Rechtslupe Informationsdienst, o.D.). In Bezug auf die PV kann diese vielfach anerkannte Formel auch auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten angewandt werden. Demnach wird die Menschenwürde (bzw. das Selbstbestimmungsrecht) in solchen Fällen verletzt, in denen der Betroffene zum bloßen Objekt medizinischer Behandlungen gemacht wird (Mantai, 2012).

b) Artikel 2 Absatz 1 GG: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit...“

Nach Panagopoulou-Koutnatzi soll das allgemeine Persönlichkeitsrecht dem Grundrechtsträger einen „autonomen Bereich privater Lebensgestaltung, in der er seine Individualität entwickeln und wahren kann“, bieten (Panagopoulou-Koutnatzi, 2009, S. 47). Im Sinne der PV bietet dieser sog. autonome Bereich privater Lebensgestaltung für den Patienten eine Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Trotz eingetretener Entscheidungsunfähigkeit können durch eine PV individuelle Wünsche artikuliert und damit Entscheidungen getroffen werden, die der eigenen Persönlichkeit entsprechen. Panagopoulou-Koutnatzi bezeichnet Artikel 2 Absatz 1 GG daher auch als ein „subsidiäres (behelfsmäßiges) Grundrecht“.

c) Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit...“

Das Recht auf Leben garantiert, dass die biologisch-physische Existenz des Menschen unverletzlich ist (Dürig, o.D.). Das Bundesverfassungsgericht entschied in

einem Urteil vom 25.02.1975, dass Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG als das fundamentalste und ursprünglichste Menschenrecht innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert darstellt. Somit gilt das Recht auf Leben, im Sinne einer vitalen Basis für die Menschenwürde, als Voraussetzung für alle anderen Grundrechte (BVerfG Urteil, 1975, II Rn.78-80). Des Weiteren ergibt sich aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Nach Dürig ist dieser Schutzbereich tangiert, wenn durch äußere Einflüsse auf die Substanz des Körpers eingewirkt wird, oder wenn sich aufgrund dieser Einflüsse die Beschaffenheit des Körpers verändert (Dürig, o.D.). Äußere Einflüsse können jegliche Eingriffe in den menschlichen Körper sein. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese zur Erhaltung des Körpers beitragen oder zu einem Krankheitsfortschritt führen. Als Beispiel ist eine Operation nach einem Unfall oder aber auch die Verabreichung von Neuroleptika bei einer akuten psychischen Erkrankung zu nennen. Da es sich beim Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG sowohl um ein Freiheits- als auch um ein Abwehrrecht handelt, lässt sich folgender Schluss ziehen: Wenn es dem Willen des Betroffenen entspricht, kann die Abwehr eines medizinischen (evtl. lebensrettenden) Eingriffes zulässig sein. Der Verzicht auf das Schutzrecht mit evtl. irreversiblen Folgen ist in diesem Fall als Möglichkeit der freien, individuellen Entfaltung (Selbstbestimmung) zu verstehen. Panagopoulou-Koutnatzi fasst zusammen, dass das Recht auf Leben also auch ein „Verfügungsrecht über das eigene Leben und die eigene Gesundheit“ beinhaltet, welches somit auch das Recht auf den eigenen Tod und die Ablehnung einer medizinischen Behandlung enthält (Panagopoulou-Koutnatzi, 2009, S. 42).

d) Schlussfolgerung

Abschließend lässt sich sagen, dass sich im Sinne der verfassungsrechtlichen Verankerung der PV das Recht auf Selbstbestimmung sowohl aus dem Recht der körperlichen Unversehrtheit aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG, als auch aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG ableiten lässt. Demgegenüber beinhaltet Artikel 1 Absatz 1 GG (Menschenwürde) die Selbstbestimmung des Patienten nicht unmittelbar. Dieses Grundrecht dient vielmehr als Richtlinie, an der sich alle Grundrechte und das Zusammenleben der Menschen orientieren (Panagopoulou-Koutnatzi, 2009).

8.2.2 Zivilrechtliche Verankerung

Aufgrund einer Entscheidung des deutschen Bundestags vom 18.06.2009 wurden die Paragraphen im Betreuungsrecht rund um die Regelung von Patientenverfügungen geändert. Durch das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtÄndG) vom 29.07.2009 wurde damit das Rechtsinstitut der PV gesetzlich geregelt (Bundesgesetzblatt, 2009, Teil I Nr.48, S. 2286-2287). Vor dieser Entscheidung gab es in Deutschland keine rechtsverbindlichen Verfahrensregeln in Bezug auf Patientenverfügungen. Über die mögliche Bindungswirkung einer PV wurden kontroverse Diskussionen geführt, sodass seit dem sog. „Patientenverfügungsgesetz“ Klarheit und Rechtsverbindlichkeit herrscht.

Die Notwendigkeit des Sachverhalts wurde zusammenfassend folgendermaßen begründet: Das Streben des Menschen ist es, nach eigenen Wertvorstellungen zu leben und sein Leben bis zuletzt selbstbestimmt zu gestalten. Dafür bedarf es Vertrauen und Gewissheit darüber, dass seine geäußerten Wünsche auch Beachtung finden. Es bedarf der Sicherheit, dass er im Falle der Einwilligungsunfähigkeit keine Zwangsbehandlungen erdulden muss und dem Gesundheitsbetrieb nicht hilflos ausgeliefert ist (Deutscher Bundestag Drucksache 15/3700, 2004, i.V.m. Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009, S. 11. i.V.m. BGH Beschluss, 2005).

Im Folgenden werden die einzelnen Rechtsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) dargestellt und in Zusammenhang mit der zivilrechtlichen Verankerung der PV erläutert.

a) § 1901a BGB Patientenverfügung

§1901 a BGB stellt die zentrale Norm dar, indem sie den Tatbestand der PV, deren Reichweite und die Aufgaben des Betreuers regelt.

aa) Absatz 1 enthält die sog. Legaldefinition der PV:

„Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden...“ (Stascheit, 2012, BGB).

Durch diesen Absatz wird dem entscheidungsfähigen Menschen das Recht zugesprochen, sein Selbstbestimmungsrecht durch eine in der Zukunft wirkende, also antizipative, schriftliche Willensbekundung auszuüben. Folgende prozedurale Voraussetzungen für eine wirksame PV müssen erfüllt sein:

- Abgegeben von einem einwilligungsfähigen Volljährigen

Die Einwilligungsfähigkeit bezieht sich nicht auf die Geschäftsfähigkeit. Der Betroffene muss in der Lage sein, Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der Maßnahme zu erfassen und seinen Willen demnach zu bestimmen. Juristisch gesprochen, muss der Verfügende Einsichts- und Steuerungsfähigkeit besitzen (Müller, 2013). Ein Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient, der Ziel und Rahmen der medizinischen Tätigkeit festlegt, bildet die Grundlage jeder ärztlichen Behandlung. Ist ein Patient einwilligungsunfähig, kann er diese rechtliche Grundstruktur der medizinischen Maßnahme nicht erfüllen. Diese fehlende Fähigkeit lässt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten jedoch nicht entfallen, sondern muss vielmehr weiterhin beachtet werden (Höfling, 2011).

- Vorliegen in schriftlicher Form

Die geforderte Schriftform nach § 126 BGB dient dem Übereilungsschutz und hat Klarstellungsfunktion (Bundestag Drucksache 16/8442, 2009). Das heißt, Betroffene werden vor leichtfertigen und unüberlegten Festlegungen gewarnt und es wird zur Klarstellung des vom Verfassenden Gewollten beigetragen. Absatz 1 Satz 3 des Paragraphen stellt demgegenüber eindeutig klar, dass der Widerruf der PV jederzeit formlos möglich ist.

- Entscheidung über die Einwilligung/Nichteinwilligung in eine bestimmte noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahme enthalten

Die Formulierung verdeutlicht, dass eine PV sich nicht auf unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen bezieht, sondern für spätere Fälle der Entscheidungsunfähigkeit vorgesorgt wird. Der Gesetzgeber erachtet es für sinnvoll, sich vor Erstellung einer PV fachkundig, insbesondere ärztlich und rechtlich beraten zu lassen. Diese Beratung ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der PV, bietet jedoch bei der Bildung des Patientenwillens eine wichtige Hilfestellung. (Bundestag Drucksache 16/8442, 2009).

- Angabe von Zeit und Ort und Notwendigkeit der Aktualisierung

Auch wenn es im Gesetzestext nicht erwähnt ist und die PV zeitlich unbefristet ist, erachtet es der Gesetzgeber für wichtig in der PV Zeit und Ort der Erstellung anzugeben und sie bei Bedarf zu aktualisieren. Hierbei handelt es sich lediglich um Empfehlungen, keine Wirksamkeitsvoraussetzung. Das heißt im Gegenschluss, dass ein Fehlen dieser Angaben es nicht rechtfertigt, dass eine abgegebene Erklärung nicht mehr gelten soll. Angesichts einer Änderung persönlicher Lebensumstände (z.B. Eintritt einer lebensgefährlichen Erkrankung), ist es jedoch von großer rechtlicher und praktischer Bedeutung den schriftlich fixierten Willen zu überprüfen, evtl. zu modifizieren und mit einer aktuellen Unterschrift zu bestätigen (Bundestag Drucksache 16/8442, 2009 i.V.m. Müller, 2013).

Rolf Coeppicus resultiert aus der gesetzlichen Verankerung durch § 1901 a Absatz 1 BGB, dass die PV nun stets verbindlich und von jeder Person zu beachten ist. Auch unabhängig davon, ob ein Bevollmächtigter oder Betreuer vorhanden ist, ist die PV also bindend für Arzt, Pflegepersonal und alle beteiligten Personen. Um dieser Bindungswirkung Nachdruck zu verleihen, erklärt Coeppicus folgendes: Wer sich über Anordnungen einer gültigen PV hinwegsetzt handelt rechtswidrig, macht sich strafbar und ist gegebenenfalls auf Schadensersatz haftbar zu machen (Coeppicus, 2009).

ab) Absatz 2 bezieht sich auf den Fall, dass eine Person keine PV hat oder diese nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Eine mangelnde Deckungsgleichheit liegt bspw. vor, wenn der Verfügende bei seinen Festlegungen die aktuelle, nicht ausdrücklich genannte, Behandlungssituation mit bedacht hat. Auch wenn es an einer der Voraussetzungen des Absatz 1 Satz 1 fehlt, hat die PV keine unmittelbare Bindungswirkung (Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009). Unter Berücksichtigung der Behandlungswünsche und des mutmaßlichen Willens des Betroffenen (Absatz 2 Satz 1), hat der Betreuer eine Entscheidung über die Einwilligung in die anstehende ärztliche Maßnahme zu treffen.

Konkrete Anhaltspunkte zur Feststellung des mutmaßlichen Willens sind im Gesetz genannt. Laut Absatz 2 Satz 3 zählen dazu frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen der

betreuten Person. Durch Aussagen von nahen Angehörigen oder Vertrauenspersonen lassen sich entsprechende Anhaltspunkte gewinnen (vgl. § 1901 b Absatz 2 BGB). Ist ein mutmaßlicher Wille nicht feststellbar, wird nach allgemeinen Grundsätzen, unter Berücksichtigung des Wohls des Betreuten, entschieden (Deutscher Bundestag Drucksache 16/13314, 2009 i.V.m. Müller, 2013).

ac) Absatz 3: Mit diesem Absatz ist die vielfach geführte „Reichweitendiskussion“ beendet. Eine eindeutige Klarstellung, dass es für die Beachtung und Durchsetzung des Patientenwillens nicht auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt stellt eine Vorausverfügung (PV) einer aktuellen Verfügung durch den Patienten gleich. Betreuer bzw. Bevollmächtigter haben zu klären, ob die Formulierungen einer PV (noch) „auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation“ zutreffen (Höfling, 2009). Diese Prüfung beinhaltet alle Gesichtspunkte der gegebenen Lebens- und Behandlungssituation. Ebenso muss beachtet werden, ob das aktuelle Verhalten des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten konkrete Anhaltspunkte dafür liefert, dass er in der aktuellen Situation den zuvor schriftlich geäußerten Willen nicht mehr gelten lassen will und ob der Betroffene beim Erstellen seiner PV die aktuelle Lebenssituation mit bedacht hat (Höfling, 2009).

ad) Absatz 5 ergänzt, dass Bevollmächtigte im Rahmen der PV dem Betreuer gleich stehen. Dies betrifft die Beachtung und Durchsetzung der PV und die Notwendigkeit der Einholung der Genehmigung des Betreuungsgerichts (vgl. § 1901 b Abs. 3 und § 1904 Abs. 5 Satz 1 BGB) (Deutscher Bundestag Drucksache 16/13314, 2009, S. 18).

b) § 1901b BGB Gespräch zur Feststellung des Patientenwillen

ba) Absatz 1:

„Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme ... indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a BGB zu treffende Entscheidung“ (Stascheit, 2012, BGB).

Wie die Formulierung des Paragraphen verdeutlicht, ist die medizinische Indikation der Grund für die Durchführung der Behandlung. Der Arzt trägt aufgrund seiner fachlichen Qualifikation die Verantwortung für die Indikation einer Behandlung, welche durch eine Nutzen-Risiko-Abwägung ermittelt wird. Erst durch die Formu-

lierung des Behandlungsziels (z.B. Heilung oder bloße Schmerzlinderung), gemeinsam in einem dialogischen Prozess mit dem Betreuer, ist es dem Behandelnden möglich zu ermitteln, welche Maßnahme zur Erreichung des angestrebten Ziels in Frage kommt. Ist eine Maßnahme demnach indiziert, hat der Arzt die Behandlung anzubieten. Im Umkehrschluss kann der Arzt eine Maßnahme verweigern, wenn sie nicht indiziert ist. Bei einer Kontraindikation ist er zu einer Behandlungsverweigerung verpflichtet (Brauer, 2011). Nach Schwab ist die Vorschrift des Absatz 1 nur anwendbar, wenn im Zeitpunkt der in Aussicht genommenen medizinischen Maßnahme der Betreute insoweit entscheidungsunfähig ist, dass er dieser nicht mehr selbst zustimmen oder sie ablehnen kann. Andernfalls wäre eine Entscheidung zwischen Arzt und Betreuten suggeriert (Schwab, 2012).

bb) Absatz 2: Ergänzend zu § 1901 a BGB erläutert diese Vorschrift, dass nahen Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen des Betroffenen Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden soll. „Dies soll nicht nur dann geschehen, wenn es um die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens geht (§ 1901 a Absatz 2 BGB), sondern auch bei Feststellung des in einer förmlichen PV verlautbarten Willen (§ 1901 a Absatz 1 BGB)“ (Schwab, 2012, S. 1).

Nahe Angehörige sind z.B. Kinder, Eltern und Ehegatte der betroffenen Person. Vertrauenspersonen können bspw. Lebensgefährte, Freunde oder Seelsorger sein.

Da viele ärztliche Maßnahmen eilbedürftig sind, darf die Pflicht zur Heranziehung Dritter nicht zu Verzögerungen führen. Dies wäre der Fall, wenn das Abwarten eines medizinischen Eingriffs die Gesundheit des Betroffenen gefährdet, Leiden verlängert oder für den Betroffenen anderweitig unzumutbar ist. Wenn Arzt und Betreuer sich also nicht haftbar machen wollen, darf bei „Gefahr im Verzug“ mit dem Einholen von Äußerungen keine Zeit verloren werden (Schwab, 2012, S. 4).

bc) Schlussfolgerung: Abschließend ist festzustellen, dass der in der PV formulierte Patientenwille in der Entscheidungsfindung mit allen Beteiligten bedingungslos zu achten ist. Der Gesetzgeber möchte einem gesetzlich betreuten Menschen auf diesem Weg das größtmögliche Maß an Selbstbestimmung erhalten und den verfassungsrechtlichen Vorgaben genügen (Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009).

Dem Vertreter des Betroffenen ist somit das Entscheidungsrecht über die Zulässigkeit eines ärztlichen Eingriffs außerhalb der festgelegten Reichweite genommen. Selbst wenn keine PV vorliegt oder der erklärte Willen nicht auf die gegebene Lebenssituation zutrifft, ist nicht der ärztliche Befund sondern der individuelle mutmaßliche Wille des Betroffenen Maßstab für die Vertretungsentscheidung. Die damalige Bundesjustizministerin Zypries spricht in diesem Zusammenhang daher davon, dass die PV für den Arzt bzw. das Behandlungsteam „unmittelbar verbindlich“ ist (Höfling, 2011, S. 16).

c) § 1901c BGB Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht

„Wer ein Schriftstück besitzt, in dem jemand für den Fall seiner Betreuung Vorschläge zur Auswahl des Betreuers oder Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat, hat es unverzüglich an das Betreuungsgericht abzuliefern, nachdem er von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers Kenntnis erlangt hat. Ebenso hat der Besitzer das Betreuungsgericht über Schriftstücke, in denen der Betroffene eine andere Person mit der Wahrnehmung seiner Angelegenheiten bevollmächtigt hat, zu unterrichten...“ (Stascheit, 2012, BGB)

ca) Satz 1: Diese Vorschrift normiert eine Ablieferungspflicht für Schriftstücke, die Vorschläge zur Auswahl des Betreuers enthalten. Sogenannte Betreuungsverfügungen kommt eine betreuungsgestaltende Funktion zu. Diese stehen im Gegensatz zu Vorsorgevollmachten, die eine betreuungsersetzende Funktion erfüllen. Neben einer vorgeschlagenen Person die zum Betreuer bestellt werden soll, enthalten Betreuungsverfügungen auch Wünsche hinsichtlich der Wahrnehmung der Betreuung. Diese können sich bspw. auf Gesundheits-, Geld und Vermögensangelegenheiten beziehen. Patientenverfügungen sind ebenfalls von der Ablieferungspflicht erfasst.

Weder die Errichtung der Betreuungsverfügung noch deren Widerruf erfordert Geschäftsfähigkeit. Des Weiteren besteht auch kein Formerfordernis, die Einhaltung der Schriftform ist allerdings aus Beweisgründen zu empfehlen. Die Ablieferungspflicht ergibt sich ab dem Zeitpunkt, in dem der Verfasser von der Einleitung eines Betreuungsverfahrens erfährt (Müller, 2013).

cb) Satz 2 und 3: Bei einer Vorsorgevollmacht hat der unmittelbare Besitzer des Schriftstücks gegenüber dem Betreuungsgericht eine Unterrichtungspflicht einzuhalten. Unterrichtungspflichtig sind auch Personen und Stellen, bei denen

eine Vorsorgevollmacht errichtet wurde, wenn sich das Original in ihrem Besitz befindet (Müller, 2013).

Im Zentralen Versorgungsregister (ZVR) der Bundesnotarkammer (BNotK) können Vorsorgevollmachten gegen eine einmalige Gebühr von circa 10-25 Euro registriert werden. Vorsorgevollmachten, die mit Betreuungs- und Patientenverfügungen kombiniert sind, können dort ebenfalls erfasst werden (Müller, 2013). Der Rechtsanwalt Meyer-Götz verweist in diesem Zusammenhang jedoch darauf, dass Informationen im ZVR nur für Gerichte zugänglich sind. Daher ist es zu empfehlen die PV zusätzlich bei einer Hinterlegungsstelle für PV zu hinterlegen oder den Aufbewahrungsort der PV registrieren zu lassen (z.B. DRK, Hospizstiftung, Stiftung Vorsorgedatenbank). Diese Informationen kann man dann in einem ausgegebenen Notfallausweis, bspw. im Portemonnaie aufbewahrt, vermerken (Meyer-Götz, 2010).

d) § 1904 BGB Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

§ 1904 BGB formuliert eine betreuungsrechtliche Genehmigungspflicht für besonders riskante oder endgültige Maßnahmen im Gesundheitsbereich. In der Literatur wird in Bezug auf die Vorschrift von einem „echten Fortschritt zur Sicherung der Privatautonomie“ gesprochen (Lange, 2009). Das Betreuungsrecht regelt die Zuständigkeit wie folgt: Für die Erteilung der Einwilligung, Nichteinwilligung oder Widerruf in eine ärztliche Maßnahme ist der Betreute selbst und alleine zuständig, soweit dieser einwilligungsfähig ist. Das bedeutet, dass das Betreuungsrecht in diesem Bereich nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Steuerungsfähigkeit der betroffenen Person abstellt. Der Betreuer hat somit nur eine subsidiäre Einwilligungszuständigkeit (Müller, 2013). Nahe Angehörige, wie bspw. Ehegatte, Lebenspartner oder Kinder, haben im Falle der Einwilligungsunfähigkeit des Betroffenen außerhalb einer angeordneten Betreuung bzw. einer wirksam erteilten Vollmacht kein Vertretungsrecht (Deutscher Bundestag Drucksache 15/2494, 2004, S. 16, 24 ff).

da) Absatz 1:

„Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maß-

nahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist“ (Stascheit, 2012, BGB).

Der Betreuer kann im Fall der Einwilligungsunfähigkeit des Betreuten eine Einwilligung auch dann erteilen, wenn diese dem natürlichen Willen des Betroffenen widerspricht. Die Notwendigkeit zu solchen „Zwangsbehandlungen“ liegt laut Rechtsprechung vor, wenn ein Einwilligungsunfähiger auf Grund seiner psychischen Krankheit oder Beeinträchtigung seine Behandlungsbedürftigkeit nicht erkennen kann und eine ärztlich indizierte Behandlung daher ablehnt (Deutscher Bundestag Drucksache 11/4528, 1989). Nach dem Bundesgerichtshof ist eine zwangsweise Vorführung zur ambulanten Behandlung ausgeschlossen. Daher bleibt nur, den Betroffenen freiheitsentziehend unterzubringen, um ihn einer notwendigen ärztlichen Maßnahme zuzuführen (Müller, 2013). Für diesen Vorgang braucht es im Sinne des § 1906 Absatz 1 Nummer 2 BGB eine zusätzliche Genehmigung des Betreuungsgerichts.

Absatz 1 Satz 2 der Vorschrift regelt ein Entfallen der Genehmigungspflicht bei Eilmaßnahmen. Sinn und Zweck dieser Ausnahme ist es, Leben und Gesundheit des Betroffenen nicht durch die in § 1904 BGB liegende Bürokratisierung ärztlicher Behandlung zu gefährden (Schwab, 2012). Dies ist vor allem bei akuten Behandlungsindikationen im somatischen und psychiatrischen Bereich der Fall.

db) Absatz 2: Diese Norm ist das Pendant zu § 1904 Absatz 1 Satz 1 BGB. Demnach besteht eine Genehmigungspflicht von Entscheidungen des Betreuers, wenn dieser bestimmten medizinisch indizierten Maßnahmen entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten (vgl. § 1901a Abs.2) nicht einwilligt oder eine früher erteilte Einwilligung widerruft. Vorausgesetzt ist, dass diese Entscheidung des Betreuers eine begründete Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Betroffenen mit sich bringt (Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009, S. 18).

dc) Absatz 3: Vor einer Entscheidung hat das Betreuungsgericht folgende formelle Voraussetzungen zu überprüfen: Ist der Betroffene einwilligungsunfähig, also der Betreuer einwilligungszuständig? Geht von der beabsichtigten medizinischen Maßnahme eine begründete Gesundheitsgefahr aus? Absatz 3 wurde anlässlich des 3. BtÄndG eingefügt und stellt klar, dass bei der Entscheidung über

die Rechtmäßigkeit der Erteilung der Einwilligung (Absatz 1) bzw. über die Nichterteilung oder den Widerruf der Einwilligung (Absatz 2) der ermittelte individuell-mutmaßliche Patientenwille im Vordergrund steht (Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009). Für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind die in § 1901 a Absatz 2 BGB genannten Anhaltspunkte verbindlich.

dd) Absatz 4: Eine Genehmigung im Sinne des Absatzes 3 ist nicht erforderlich, wenn Betreuer und behandelnder Arzt keinen Zweifel daran haben, dass die Entscheidung über die Einwilligung, Nichteinwilligung oder der Widerruf dem Patientenwillen entspricht. Diese Vorschrift ermöglicht einen Bürokratieabbau durch einvernehmliches Handeln zwischen Betreuer und Arzt (Müller, 2013). Auf diese Weise kann eine wirksame PV mit möglichst präzisen Ausführungen die Selbstbestimmung des Betroffenen im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit gewährleisten.

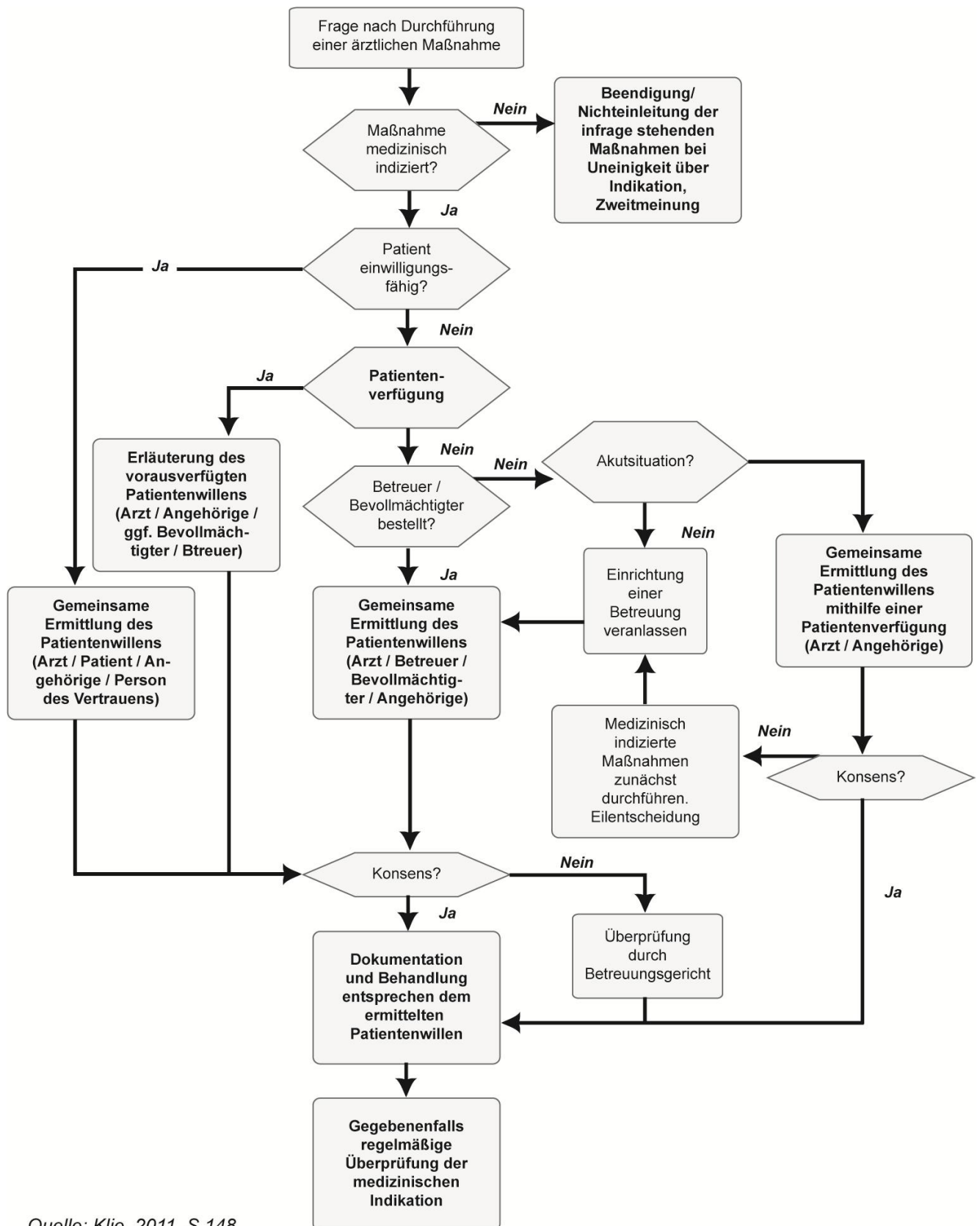
de) Absatz 5:

„Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist“ (Stascheit, 2012, BGB).

Durch die Formulierung, „wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst“, ergibt sich, dass eine abstrakt formulierte Generalvollmacht zur Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten nicht genügt. Aus dem Wortlaut der schriftlichen Vollmacht muss sich ohne weitere Auslegungen ergeben, dass diese auch für die Wahrnehmung von Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge gilt. Der Bevollmächtigte ist auch in diesem Fall nur dann für eine Entscheidung zuständig, wenn der Vollmachtgeber nicht mehr selbst dazu in der Lage ist (Müller, 2013).

Auf der nächsten Seiten wird über eine Grafik das vorher erläuterte zivilrechtliche Verfahren für eine bessere Nachvollziehbarkeit knapp dargestellt:

Abbildung 3: Übersicht zur Patientenverfügung



Quelle: Klie, 2011, S.148

8.3 Kritik, offene Fragen und Anregungen

8.3.1 zu §1901 a Abs. 1 BGB

Trotz § 1901 a BGB ist weiterhin unklar, wie konkret eine PV formuliert sein muss. Beispielsweise wird nicht erwähnt, ob eine genaue Angabe der Krankheiten oder nur eine Aufzählung untersagter ärztlicher Maßnahmen notwendig ist. In der Auseinandersetzung mit Krankheit, Sterben und Tod vertritt die Mehrheit der Menschen eine ambivalente und sich ändernde Haltung. Auch in Situationen in denen der Betroffene selbst noch entscheidungsfähig ist, steht er im Krankheitsfall vor einer herausfordernden Abwägung. Immerhin bleibt dem Einzelnen noch die Möglichkeit sich je nach Krankheitsverlauf fachkompetent beraten zu lassen. Diese Option besteht im Falle der Einwilligungsunfähigkeit bei einer antizipativen (vorgegriffenen) PV nicht mehr. Höfling spricht daher von einer „kategorialen normativen Asymmetrie zwischen Vorausverfügungen als Akt der Selbstbestimmung und Patientenautonomie eines Einwilligungsfähigen“ (Höfling, 2009, S. 3). In einer Stellungnahme im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages (4.3.2009) argumentierte Höfling, dass die Gefahr für fremdbestimmte Übergriffe wegen des geschilderten Verlusts an individueller Bestimmungs- und Vetomacht in der entsprechenden Entscheidungssituation intensiviert ist (Höfling, 2009). Der Gesetzgeber weist darauf hin, dass beim Verzicht auf eine fachkundige Beratung „das Risiko einer fehlenden Bindungswirkung... aufgrund nicht hinreichend konkreter Formulierung“ jeder Einzelne selbst trägt (Deutscher Bundestag Drucksache 16/8442, 2009, S. 14). Um die (potenziellen) Ersteller einer PV mit ihren Schwierigkeiten nicht alleine zu lassen, wäre es wünschenswert, dass der Gesetzgeber die Voraussetzungen der Gültigkeit einer PV auf eine medizinische und rechtliche Beratung hin ausdehnt (Höfling, 2009). Eine medizinische Aufklärung kann dazu beitragen, dass der Betroffene über entsprechende Sachverhalte und Behandlungsmöglichkeiten informiert wird und aufgrund des erlangten Wissens eigene Wertvorstellungen reflektiert (Deutscher Bundestag Drucksache 16/13314 i.V.m. in Mantei, 2012). Eine juristische Beratung ist bspw. sinnvoll, um sicher gehen zu können, dass alle Wirksamkeitsvoraussetzungen vollständig berücksichtigt wurden und um über die Reichweite einer PV im Anwendungsfall aufgeklärt zu werden. In diesem Zusammenhang wird sich noch herausstellen müssen, ob es weiten Bevölkerungskreisen gelingt eine entsprechende PV zu erstellen oder ob Beratungsstellen erforderlich sein werden.

§ 1901 a Absatz 1 Satz 3 BGB beinhaltet einen Hinweis darauf, dass eine PV jederzeit formlos widerrufen werden kann. Unklar hierbei ist jedoch, ob für den Widerruf Einwilligungsfähigkeit vorliegen muss oder nicht. Dr. Meyer-Götz resultiert daraus, dass ein Widerruf auch über nonverbale Äußerungen in Form von Gesten oder Gebärden möglich sein muss (Meyer-Götz, 2010). Der ehemalige Vormundschaftsrichter Dr. Coeppicus argumentiert dagegen, dass bspw. bei Unterlassener künstlicher Ernährung im Sinne einer PV der Patient im Verlauf des Flüssigkeitsentzugs geistig so eintrübt, dass er nicht mehr einwilligungsfähig ist. Isst und trinkt der Betroffene dann trotzdem, könnte das im Sinne eines „natürlichen Willens“ als Widerruf der zuvor erklärten Verweigerung gedeutet werden. Wegen der durch seine geistige Eintrübung eingetretenen Einwilligungsunfähigkeit wäre dieser Widerruf jedoch unwirksam (Coeppicus, 2011). Eine solche Interpretationsschwierigkeit kann zu streitigen Verfahren vor dem Betreuungsgericht führen.

Thomas Steenbreker setzt sich in einem Artikel ausführlich mit der zivilrechtlichen Unbeachtlichkeit eines „natürlichen Willens“ für den Widerruf der PV auseinander. Seiner Meinung nach wird der Widerruf juristisch als rechtliche Äußerung eingestuft, die nur rechtswirksam sein kann, wenn sie im einwilligungsfähigen Zustand abgegeben worden ist. Unklar ist jedoch, ob Entscheidungen in der PV auf die aktuelle Lebens-/Behandlungssituation zutreffen, wenn der Patient sich entgegen seiner Festlegungen verhält: Wenn z.B. eine „lebensfrohe Demenz“ (freiwilligen Nahrungsannahme, Mobilität etc.) vorliegt, der Betroffene in seiner PV aber erklärt hat, dass er entsprechende medizinische Maßnahmen ablehnt. Steenbreker empfiehlt, dass eine PV antizipative Festlegungen enthalten soll, wie mit dem natürlichen Willen umgegangen werden soll. Im Zuge einer Demenzerkrankung bspw. kann dann vorausschauend mit einhergehenden Persönlichkeitsveränderungen und verlorener Einsichtsfähigkeit umgegangen werden und Festlegungen für diesen Fall getroffen werden (Steenbreker, 2012).

8.3.2 zu § 1901 b BGB

Dr. W. Lange bezeichnet § 1901 b BGB als „gesetzgeberisch verunglückt“, mit der Begründung, dass der Paragraph sich mit der Selbstverständlichkeit befasst, dass der Arzt für die Indikation zuständig ist. Formulierungen wie „prüft“ und „erörtern“

wirken, als würden Arzt und Betreuer eine Entscheidung treffen. Dabei ist die im Voraus getroffene Entscheidung des Patienten, insbesondere vom Arzt, zu befolgen. Liegt keine Entscheidung vor oder ist sie unklar, bildet der vom Betreuungsgericht festzustellende mutmaßliche Willen des Patienten einen Entscheidungssatz (Lange, 2009).

8.3.3 Betreuungsgericht

§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB sieht bei ärztlichen Maßnahmen eine Genehmigungspflicht durch das Betreuungsgericht vor. Auch bei anderweitigen Dissensen zwischen Betreuer und Arzt muss das Gericht eine rechtskräftige Entscheidung treffen, bevor es zu einer Umsetzung kommen kann. Laut Gesetz muss bei einem gerichtlichen Verfahren ein Verfahrenspfleger bestimmt und ein zusätzliches Gutachten eingeholt werden. Bis es in der Erstinstanz zu einer Entscheidung kommt, kann ein Zeitraum von zwei bis drei Monaten vergehen. Wenn der Rechtsweg bestritten wird und dadurch weitere Instanzen notwendig sind, können auch bis zu sechs Monate vergehen. Dies hat zur Konsequenz, dass für die Fragestellung, bspw. ob ein Patient in der Psychiatrie zwangsweise Medikamente verabreicht bekommen darf, ein langer Zeitraum vergehen kann. Dabei hat der Verfügende evtl. genau für diesen Fall eine Festlegung getroffen und darf eine kurzfristige Entscheidung erwarten.

Für das Behandlungsteam birgt diese Situation ebenfalls Schwierigkeiten. Wurden dem Betroffenen bspw. Neuroleptika gegen seinen Willen verabreicht und die Entscheidung des Gerichts spricht gegen diese Behandlung, hat ein „rechtswidriger Angriff gegen die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht“ (BGH Urteil vom 25. 6. 2010) des Patienten und eine rechtswidrige Körperverletzung stattgefunden, gegen die wiederum Schmerzensgeldansprüche geltend gemacht werden können. Die „Stiftung Vorsorgedatenbank“ hat ein bundesweites Netz von Güte-/Schlichtungsstellen eingerichtet, die von Anwälten und Notaren betrieben werden. Sie basieren auf Landesrecht. Um entsprechend unzumutbare Verfahrensdauern abzukürzen, können diese Stellen kurzfristig einberufen werden. Sie bieten außerhalb des Gerichts schnelle und unbürokratische Lösungen an. Entspricht dies den Vorstellungen des Betroffenen ist es sinnvoll, dass der Ersteller der PV in seinen Formulierungen ergänzt, dass vor Einleitung eines streitigen Ver-

fahrens vor dem Betreuungsgericht eine rechtlich anerkannte Schlichtungsstelle mit der Problemlösung beauftragt werden soll (Meyer-Götz, 2010).

8.3.4 Betreuungsvollmacht

Auch wenn eine PV und eine Vollmacht voneinander zu unterscheiden sind, haben sie in Verbindung miteinander eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Der (General-)Bevollmächtigte erhält die rechtliche Grundlage, um der vom Vollmachtgeber erstellen PV Ausdruck und Geltung zu verleihen. Dr. W. Lange empfiehlt, Vollmachten aus der Vergangenheit um die Befugnisse aus § 1901 a Absatz 1 und 2 zu erweitern. Neu ist auch, dass eine Vollmacht getrennt von der PV errichtet und ebenfalls bei der Bundesnotarkammer registriert werden soll. Werden diese Empfehlungen berücksichtigt und die Vollmacht bestenfalls auf Aktualität und Verwendbarkeit von Fachpersonen hin überprüft, kann die Errichtung einer gesetzlichen Betreuung verhindert werden (Lange, 2009).

8.4 Grenzen der Patientenverfügung

Die Möglichkeit der Selbstbestimmung mittels einer Patientenverfügung ist laut der gesetzgeberischen Formulierung und Festlegung in § 1901 a BGB lediglich volljährigen Personen vorbehalten. Im Hinblick auf die Patientenautonomie und den Gleichbehandlungsgrundsatz (Artikel 3 GG) ist es problematisch, dass einwilligungsfähige Minderjährige keine wirksame PV errichten können. Die PV als höchstpersönliche Verfügung lässt auch keine Stellvertretung durch die Eltern zu (Müller, 2013). Da das Alter für Kommunalwahlen in den Bundesländern zum Teil auf 16 Jahren herabgesetzt worden ist und auch Testierfähigkeit ab diesem Alter besteht, wäre zu erwarten gewesen, dass dieser Altersgruppe auch die Erstellung einer PV zugestanden wird. Den Aufzeichnungen der BT-Drucksache 16/8442 nach zu urteilen, wurde das Volljährigkeitserfordernis bei den Debatten um die PV aber nicht einmal thematisiert (Lange, 2009).

In Deutschland, Österreich und der Schweiz ist es aufgrund des strafrechtlichen Verbots der Tötung auf Verlangen nicht möglich über eine PV zu bestimmen, dass man in einer bestimmten Situation (z.B. Krankheitsstadium) eine tödliche Dosis

eines Medikamentes bekommen oder auf eine andere Weise zu Tode gebracht werden möchte (Klie, 2011).

Oft fehlt es bei der Erstellung einer PV an Erfahrungen mit einer in der Zukunft liegenden Situation. Die Zukunftsbezogenheit, also die Tatsache, dass man heute eine Entscheidung für Situationen von übermorgen treffen soll, ist zwangsläufig mit Unsicherheiten und Risiken verbunden. Die vorherigen Erläuterungen mit ergänzender Kritik und Grenzen an der PV sollen nicht als Entmutigung dienen, sondern verdeutlichen, dass die Erstellung einer PV ein durchdachter, weitreichender Schritt unter Heranziehung kompetenter Beratung sein soll.

9. Psychiatrische Patientenverfügung

Der Gesetzgeber hatte bei der gesetzlichen Verankerung der PV nicht im Fokus, dass diese auch der Vorausverfügung bei psychischer Krankheit dienen kann. Klie betont, dass „gerade hier, die vom Gesetzgeber mit Verbindlichkeit ausgestattete PV ihre wohl größte praktische Bedeutung erlangen“ kann (Klie, 2011, S. 149). Der vorher erläuterte rechtliche Rahmen ist für psychiatrische PV gleichermaßen verbindlich (Marschner, 2009).

Somit kann für den Fall einer psychiatrischen Krise oder akuter Krankheitszustände, in denen kein freier Wille besteht oder dies zumindest im Rahmen psychiatrischer Interventionen angezweifelt werden könnte, die Selbstbestimmung und damit die eigene Entscheidung mittels einer PV sichergestellt werden. Klie betont, dass man sich als Betroffener mittels einer psychiatrischen PV nicht gegen jede Zwangsmaßnahme wehren kann. Eine Behandlung mit bestimmten Psychopharmaka lässt sich hingegen durchaus ausschließen (Klie, 2011). Insgesamt geht es einerseits darum den psychiatrischen Behandlungsrahmen zu benennen und abzustecken. Auf der anderen Seite werden durch ein PV mögliche Krisensituationen umfassend alternativ geregelt, sodass mit der zugesicherten Unterstützung von Vertrauenspersonen psychiatrische Maßnahmen umgangen werden können (Krücke, o.D.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass „Psychiatrie-Erfahrene ... zu emanzipierten Auftraggebern [werden]. Ärzte und Pflegekräfte sind angehalten, ihr traditionelles Rollenverständnis der neuartigen Partnerschaft oder dem Dienstleistungs-

verhältnis anzupassen...” (Krücke, o.D., S. 100). Trotzdem sind Vorausverfügungen (jeder Art) keine absoluten Garanten für Selbstbestimmung. Die Option des Missbrauchs oder der Missachtung bleibt immer bestehen. Die wirksame Umsetzung erfordert souveränes Handeln seitens aller Beteiligten (Krücke, o.D.).

Der Autor des Buches „Patientenverfügung - so gibt sie Ihnen Sicherheit“ schildert die Psychiatrieerfahrung eines jungen Mannes. Die Zwangserfahrungen während der stationären Unterbringung in der Psychiatrie hinterließen beim Betroffenen Gefühle der Erniedrigung, Ohnmacht und Teilnahmslosigkeit. Mit Unterstützung einer Sozialarbeiterin hat der junge Mann eine Psychiatrische Patientenverfügung aufgesetzt. Für den Inhalt reflektierte er, welche Situationen er als traumatisch erlebt und welche ihm gut tun. Wichtige Fragen dafür sind z. B.: Welche Menschen möchte er bei einem stationären Aufenthalt um sich haben, welche auf keinen Fall? Oder welche Medikamente und Therapieformen helfen ihm am schnellsten, welche bekommen ihm weniger. In welche Klinik möchte er keinesfalls eingewiesen werden bzw. wo möchte er gerne hin? Aus all diesen Informationen hat der junge Mann eine PV aufgesetzt, die er gelegentlich modifiziert. Die Frage „Was hilft mir, wenn ich ‚verrückt‘ werde?“, die Darstellung individueller Bewältigungsstrategien und positiver Erinnerungen deckt ein breites Spektrum evtl. unbekannter Ressourcen auf. Auf diese Weise können hilfreiche Erfahrungen in ein umfassendes Krisenkonzept integriert und die Selbstkompetenz des Betroffenen gesteigert werden (Krücke, o.D., S. 102).

Diese Möglichkeit der Selbstbestimmung beschreibt der Betroffene mit folgenden Worten: „Ich weiß ja, dass mich das nicht wirklich rettet. Aber das Gefühl nicht hilflos fremden Menschen ausgeliefert zu sein, ein bisschen mitbestimmen zu können – das erhält mir ...meine Würde! ... und es gibt mir den Mut überhaupt weiterzuleben“ (Klie, 2011, S.150-154).

9.1 Die „PatVerfü“ als Bsp. für eine psychiatrische Patientenverfügung

Ein Beispiel für eine psychiatrische Patientenverfügung ist die sog. „PatVerfü“. In einem Bündnis verschiedener Organisationen und Juristen, die sich in einem Arbeitsbündnis zusammengetan haben, wurde die PV nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen erstellt und veröffentlicht. Die „PatVerfü“ ist markenrechtlich ge-

schützt, das Formular ist für die nicht-kommerzielle Nutzung jeder Person über das Internet (www.patverfue.de/formular) frei zugänglich. (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011, Handbuch PatVerfü).

Im Mai 2013 gehörten insgesamt 13 Personen, Verbände und Vereine zu den Herausgebern der „PatVerfü“, wobei die Anzahl der Unterstützer stetig wächst. Die meisten Vertreter der „PatVerfü“ setzen sich für die Antipsychiatrie ein. Bekannte Namen sind u.a. die 1980 gegründete Irren-Offensive (IO) und der auf Bundesebene organisierte Bundesverband-Psychiatrie-Erfahrener (BPE). (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011, Handbuch PatVerfü). Antipsychiatrie wird „initiiert und getragen von kritischen Psychiatrie-Betroffenen, den eigentlichen ExpertInnen in Sachen Psychiatrie, und orientiert am Recht auf Selbstbestimmung, körperliche Unversehrtheit und soziale Unterstützung“ (Lehmann, 2007, S. 11). Den antipsychiatrischen Initiativen ist die Ablehnung des medizinischen Krankheitsbegriffs, die Zwangspsychiatrie und die Behandlung mit Psychopharmaka gemeinsam. Die Konzepte zur „Verrücktheit“ und Ideen zu Hilfen unterscheiden sich jedoch weitläufig (Wilde, 1998, 5.1).

Im Folgenden wird das Formular der „PatVerfü“ detailliert erläutert. Neben den resultierenden Folgewirkungen bei Erstellen einer solchen PV werden weitere Informationen zum Aufsetzen und Nutzen der „PatVerfü“ gegeben. Die „PatVerfü“ dient lediglich als beispielhafte Vorlage für eine psychiatrische Patientenverfügung. Die Verfasser setzen ihren Fokus vor allem auf die Verhinderung von Zwangsmaßnahmen und die Installierung einer gesetzlichen Betreuung, weniger auf die individuelle Gestaltung eines psychiatrischen Behandlungsrahmens. Interessierte können die „PatVerfü“ jederzeit individuell modifizieren oder ein eigenes Formular entwerfen.

9.2 Das „PatVerfü“-Formular

Neben persönlichen Daten wie Name, Geburtsdatum, Wohnsitz und Telefonnummer enthält das Formular der „PatVerfü“ folgendes:

a) Einführung: Um den Zweck der PV ersichtlich zu machen und Bezug nehmend auf § 1901 a BGB wird das Stichwort der „Einwilligungsunfähigkeit“ in den einleitenden Worten betont: Der Verfasser trifft vorsorglich eine Entscheidung darüber, was mit ihm geschehen soll, wenn er (vorübergehend) nicht mehr in der Lage sein sollte, seinen Willen zu äußern. Mit der PV soll bindend festgelegt werden, welche medizinische Diagnosestellungen und Maßnahmen der Ersteller ablehnt und welche er akzeptiert. Der zweite einführende Satz entspricht genau § 1901 a Absatz 1 BGB, d.h. er verweist auf die Funktion der Vorsorgebevollmächtigten. Später in der PV benannte Personen werden zu einer Vertretung bevollmächtigt, solange sie die in der PV festgelegten Interessen und Entscheidungsbefugnisse des Erstellers befolgen. Die Ernennung von Vorsorgebevollmächtigten soll ausdrücklich eine evtl. Anordnung einer gesetzlichen Betreuung durch das Betreuungsgericht funktionell ersetzen.

Des Weiteren werden in der „PatVerfü“ persönliche, psychiatriekritische Überzeugungen dargelegt. Zum Beispiel wird angezweifelt, dass psychische Krankheiten wirklich existieren. Die Herausgeber verweisen in ihrem Handbuch zur „PatVerfü“ darauf, dass der Ersteller der „PatVerfü“ diese Überzeugungen nicht teilen muss, sie jedoch den Zweck (Schutz vor Zwangspsychiatrie) untermauern.

b) Psychische Erkrankungen (A): Dieser Abschnitt ist sozusagen das „Herzstück“ der „PatVerfü“. Der Verfasser bestimmt hier, dass ihm keine psychiatrische Diagnose nach dem in Europa verbindlichen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestellt werden darf. Konkret bedeutet dies, dass kein psychiatrischer Facharzt oder anderer befugter Mediziner dem Betroffenen eine psychische Krankheit nach dem „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) diagnostizieren darf. Das Klassifikationssystem liegt aktuell in der 10. Auflage vor, daher wird es ICD-10 genannt. Im Kapitel V werden mit den Bezeichnungen F00 fortlaufend bis F99 zahlreiche Diagnosen unter dem Überbegriff „Psychische und Verhaltensstörungen“ kodifiziert (Dilling & Mombour & Schmid, 2011). Als Beispiel wäre „F20 Schizophrenie“ aufzuführen. Nach §§ 295 und 301 des 5. Sozialgesetzbuchs (SGB-V), sind in Deutschland Ärzte und Krankenhäuser zur Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10 verpflichtet. Das bedeutet, wenn keine Kategorisierung dieser Art vorgenommen wird, fehlt für eine entsprechende Behandlung die Rechtsgrundlage. Diese ist aber

notwendig, um mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen (Stascheit, 2012, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch).

c) Verweigerte Behandlungen (B): In dieser Rubrik hat der Verfasser die Möglichkeit medizinische Maßnahmen zu benennen, die er im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit ablehnt. Die Formulierung in § 1901 a Absatz 1 BGB, wonach jeder (u.a.) in eine „Untersuchungen seines Gesundheitszustands“ einwilligen oder sie ablehnen darf, spielt in der „PatVerfü“ eine wichtige Rolle. Neben der Möglichkeit für individuelle Festlegungen, sind im Vordruck einige Formulierungen getroffen. Zum Beispiel sind Untersuchungen/Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt, dem sozialpsychiatrischen Dienst oder Maßnahmen aller Art gegen den eigenen geäußerten Willen (u.a. Unterbringung, Zwangsbehandlung) ausgeschlossen. Die Herausgeber versuchen sämtliche Unklarheiten auszuschließen, in dem sie alle Orte und jedes Personal, die in entscheidendem Zusammenhang mit psychiatrischem Zwang stehen, nennen und freiheitsbeschränkende Behandlungsmethoden einzeln auflisten.

d) Gewünschte Behandlungen (C): Dieser Abschnitt lässt Platz für individuell erlaubte medizinische Maßnahmen im Falle einer Erkrankung. Die Herausgeber erläutern, dass ihre PV konzipiert wurde, um sich vor Zwangspsychiatrie abzusichern. Verfasser der Verfügung wird daher empfohlen, sich für Entscheidungen über die Einwilligung (oder Ablehnung) in medizinische Maßnahmen bei Medizern möglichst ins Detail zu informieren. Für den Fall, dass sich der Betroffene freiwillig in eine psychiatrische Behandlung begibt, können in diesem Abschnitt bspw. auch Festlegungen über die Art und Dosis von bestimmten Psychopharmaka getroffen werden.

e) Benennung der Vorsorgebevollmächtigten (D): Mit einer Nummerierung von 1 bis 5 ist es dem Verfasser der PV möglich gemäß § 1896 Absatz 2 BGB vertraute Personen als Vorsorgebevollmächtigte aufzulisten. Gültigkeitsvoraussetzung der Vertretungsmacht ist, dass die jeweilige Person die in der Verfügung festgelegten Anweisungen strikt umsetzt. Daher handelt es sich hier um eine bedingte Vollmacht. Wenn es vom Ersteller nicht anders formuliert wird, sind die ermächtigten Personen für alle Aufgabenbereiche (u.a. Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge) zuständig. Für Bereiche, in denen es keinen

Bevollmächtigten gibt, kann das Betreuungsgericht unter Umständen eine Betreuung installieren.

f) Abschluss: Der Verfasser der PV erklärt unter Kenntnis der Widerrufsmöglichkeit, dass er sich der Tragweite und Rechtsfolgen der erteilten Vollmacht im Klaren ist. Des Weiteren unterzeichnet er, dass er diese freiwillig, unbeeinflusst und im Einwilligungsfähigen Zustand verfasst hat.

(Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011, Handbuch PatVerfü)

9.2.1 Erläuterungen zum „PatVerfü“-Formular

9.2.2 Unterschied zu anderen Patientenverfügung

Eine Besonderheit der „PatVerfü“ im Unterschied zu anderen bekannten Vorlagen für eine Patientenverfügung ist der Bezug zum Psychiatriewesen. Psychiater dürfen der betroffenen Person keine psychische Erkrankung nach dem Diagnoseinstrument ICD-10, Kapitel V diagnostizieren. Dadurch kann dem Betroffenen auch keine krankheitsbedingte mangelnde Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zugeschrieben bzw. die Fähigkeit zur freien Willensbildung im juristischen Sinne abgesprochen werden (Deutscher Bundestag Drucksache 15/2494, 2004, S. 28). Da Psychiatrische Maßnahmen auf dieser Grundlage in die Wege geleitet und durch das Betreuungsgericht legitimiert werden, kann der Verfasser durch eine solche Verfügung sein Selbstbestimmungsrecht wahren. Zwangsmaßnahmen nach öffentlichem Recht und die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers gegen den eigenen Willen können auf diese Weise verhindert werden.

Die ernannten Vorsorgebevollmächtigten handeln nur aktiv, wenn die „PatVerfü“ von den entsprechenden Stellen (Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatrie u.a.) nicht direkt anerkannt wird und somit trotzdem eine Einweisung in einer psychiatrischen Institution stattfindet (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011, Handbuch PatVerfü., S. 38). Prof. Dr. Höfling spricht in diesem Zusammenhang von einem „Konfliktfall“ in dem das Handeln des Patientenvertreters erforderlich wird, wenn die PV im Rechtsverkehr nicht akzeptiert wird. Unabhängig davon, ob dies rechtmäßig oder zu Unrecht geschieht, der Bevollmächtigte hat

nach § 1901 a Absatz 1 Satz 2 BGB dem Patientenwillen „Ausdruck und Geltung“ zu verschaffen (Höfling, 2011, S. 32 b).

9.2.3 Folgewirkung einer „PatVerfü“

Die Herausgeber der „PatVerfü“ weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Erstellung einer PV eine höchstpersönliche Entscheidung ist. Die damit realisierte Selbstbestimmung bedeutet, dass die Verantwortung, d.h. evtl. auch negative Konsequenzen, die mit den Festlegungen entstehen können, jeder für sich alleine zu tragen hat. Wer eine PV des Typs „PatVerfü“ verfasst und nutzt, schließt damit psychiatrische Zwangsmaßnahmen, sowie unerwünschte Stigmatisierungsprozesse durch eine psychiatrische Diagnose aus. Trotzdem steht es dem Betroffenen weiterhin offen, eine ambulante psychiatrische Hilfe oder eine offene psychiatrischen Station aufzusuchen, wenn er dies für notwendig hält. In diesen Fällen braucht die Verfügung (vorerst) nicht vorgezeigt zu werden. Jedoch weisen die Verfasser der „PatVerfü“ darauf hin, dass in solchen freiwilligen Fällen trotzdem eine psychiatrische Diagnose erstellt wird und dies das Risiko birgt, dass die freiwillig herbeigeführte Situation in Zwang umschlägt (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011, Handbuch PatVerfü).

Des Weiteren sollte der Ersteller der Verfügung psychiatrischen Zwang generell ablehnen. Wenn bspw. der Wunsch besteht, dass zwangspsychiatrische Maßnahmen die eigene Person vor Selbsttötung schützen soll, ist die „PatVerfü“ nicht die richtige Form der PV.

9.2.4 Weitere Empfehlungen zum Aufsetzen und Nutzen der „PatVerfü“

Die Herausgeber der „PatVerfü“ empfehlen den Interessenten eine PV dieser Art frühzeitig zu erstellen. Wenn Betroffene bereits mit psychiatrischem Zwang konfrontiert sind (z.B. auf einer geschlossenen Station untergebracht), hilft es kaum, wenn erst dann die „PatVerfü“ unterzeichnet wird. In diesem Fall kann es sein, dass der behandelnde Psychiater bereits eine Diagnose gestellt und dadurch evtl. „Einwilligungsunfähigkeit“ attestiert hat. Für eine rechtswirksame PV ist die genannte Voraussetzung, also die Fähigkeit einen freien Willen zu bilden, jedoch unabdingbar (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011).

Zur Erstellung der „PatVerfü“ empfehlen die Herausgeber das Online-Formular auf der offiziellen Homepage zu nutzen. Dieses wird laufend aktualisiert (z.B. Ergänzungen nach Gerichtsurteilen) und kann individuell modifiziert oder ergänzt werden. Jeder Vorsorgebevollmächtigte sollte einen Ausdruck des Dokuments mit originaler Unterschrift erhalten. Die Daten der benannten Vertrauenspersonen sollten aktuell gehalten werden. Ebenso wird angeraten, dass die Bevollmächtigten voneinander wissen und sich im Notfall untereinander absprechen können. Der wichtigste Hinweis ist jedoch, dass der Betroffene jederzeit ein Exemplar seiner „PatVerfü“ bei sich trägt und ein Ersatz-Formular in den persönlichen Unterlagen Zuhause aufbewahrt (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011).

Um eine zentrale Wirksamkeitsvoraussetzung der PV zu erfüllen empfehlen die Herausgeber der „PatVerfü“, dass man sich die eigene Einwilligungsfähigkeit mittels eines ärztlichen Attests auf Geschäftsfähigkeit attestieren lässt. Dazu ist in Deutschland jeder zugelassene Mediziner befugt (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. & Irren-Offensive et al., 2011).

Im Handbuch der „PatVerfü“ wird, wie schon von der Autorin in den gesetzlichen Grundlagen des Patientenverfügungsgesetzes erläutert, auf die Registrierung bzw. Hinterlegung der Verfügung hingewiesen (Handbuch S. 64). Des Weiteren enthält das Handbuch Empfehlungen, wie Betroffene eine bereits rechtskräftige gesetzliche Betreuung mithilfe einer „PatVerfü“ rückgängig machen können (Handbuch S. 71) und welche Möglichkeiten es bei einem bevorstehenden Verfahren der forensischen Psychiatrie nach § 63 Strafgesetzbuch gibt (Handbuch S. 73). Hinweise für Richter, Betreuer und Psychiater im Umgang mit der Verfügung (Handbuch S. 76) und was bei der „PatVerfü“ im Ausland und für Menschen mit Nicht-BRD-Pass zu beachten ist (Handbuch S. 82) vervollständigen das Handbuch. Detailliertere Ausführungen dazu würden den Rahmen dieser Bachelorthesis sprengen. Für weitere Tipps und Hintergründe zur Nutzung der psychiatrischen Patientenverfügung ist das Handbuch „PatVerfü – Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung!“ zu empfehlen.

9.3 Gerichtliche Bestätigung der „PatVerfü“

Am 11. April 2011 wurde in den Pressemitteilungen der offiziellen Internetseite zur „PatVerfü“ berichtet, dass die Wirksamkeit der Verfügung durch die Amtsgerichte Wedding und Spandau bestätigt wurde (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, 2011). Die Befürworter der Psychiatrischen Patientenverfügung hoffen, dass diese Rechtsprechungen als Präzedenzfälle fungieren. Das heißt, die Entscheidungen sollen als Maßstab für andere, vergleichbare Verfahren dienen.

Am 08.11.2010 verkündete das Amtsgericht Wedding durch einen Beschluss, dass das Vorliegen einer „PatVerfü“ die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung verhindert. Das Gericht begründet seinen Beschluss damit, dass der Betroffene die Einrichtung einer Betreuung ablehnt und die Anordnung von Zwangsmaßnahmen zur Realisierung einer Begutachtung nicht verhältnismäßig wäre (Amtsgericht Wedding, 08.11.2010, Geschäftsnr. 51 XVII 7201).

Erst Untersuchungen des Geisteszustands (vgl. § 1901 a Absatz 1 BGB) mit entsprechenden psychiatrischen Diagnosestellungen können dem Betroffenen Einwilligungsunfähigkeit oder Geschäftsunfähigkeit attestieren und somit eine gesetzliche Betreuung rechtfertigen. Die „PatVerfü“ verbietet dieses Vorgehen und sorgt durch die Festlegung von Vorsorgebevollmächtigten dafür, dass eine gesetzliche Betreuung hinfällig wird (vgl. § 1896 Absatz 2 S. 2 BGB).

Am 29.03.2011 schließt sich das Amtsgericht Spandau in einem Betreuungsverfahren dem Beschluss des Amtsgericht Wedding mit gleicher Begründung an (Amtsgericht Spandau, 29.03.2011, Geschäftsnr. 50 XVII T 8890/11).

10. Schluss

Die Selbstbestimmung der Klienten ist nicht nur ein zentraler Bestandteil der Verfassung, sondern sollte auch im alltäglichen Handeln in der Psychiatrie ein wesentliches Ziel sein. Ethisches Handeln ist nur in einem Dialog mit dem Patienten möglich. Das heißt die Professionellen brauchen Zeit für den Betroffenen, müssen ihn ernst nehmen und evtl. auch seine Geschichte und Wünsche kennenlernen. Dieser Dialog misslingt, wenn seine Balance zwischen Tun und Lassen, Nähe und Distanz gestört wird und dadurch eine einseitige Schieflage entsteht. Die Professionellen aller Berufsdisziplinen sollten in der gemeinsamen Behandlungsplanung daher erst wieder zurück zur „Mitte“ finden, bevor sie eine Entscheidung für oder gar über den Patienten treffen.

Um einen gleichberechtigten Dialog zwischen Behandlungsteam und Klient zu ermöglichen, müssen die Professionellen zahlreiche selbstkritische Fragen vorab klären. Das gemeinsame Nachdenken und das Tragen von Entscheidungen in der Gruppe ist dafür hilfreich. Für eine optimale Selbstreflexion ist der Austausch mit Professionellen außerhalb des Teams und der Dialog mit sich selbst hinzuzuziehen. Um wieder „ins Lot“ zu kommen, wird das eigene Handeln und Denken reflektiert und kann mit anderen abgeglichen werden. Zudem kann es auch unethisch sein, sich im Zweifel und Dilemma einer Situation in Unentschiedenheit zu verlieren oder sich als Teammitglied „raus zu halten“. (Wilkening & Elgeti, 2007)

„Neigen wir nicht leicht dazu, den Patienten die Einwilligungsfähigkeit aufgrund seiner Erkrankung abzusprechen, wenn er sich gegen unsere Empfehlung entscheidet?“ (Wilkening & Elgeti, 2007, S. 24)

Wie im Text schon aufgeführt wurde, gibt es bis heute kein standardisiertes Instrumentarium welches anhand fester Kriterien die Einwilligungsfähigkeit bzw. Einwilligungsunfähigkeit von Menschen belegen kann. Dies ist stets ein subjektiver Entscheidungsprozess der Professionellen, welcher häufig mit der Vergabe von psychiatrischen Diagnosen gerechtfertigt wird.

„Ist es ethisch eine Diagnose zu stellen, den Menschen in eine Schublabbe einzusortieren und so zu stigmatisieren?“ (Wilkening & Elgeti, 2007, S. 24)

Der Psychiater H. Helmchen beschreibt in einer Publikation, dass Diagnosen „aus praktischen Gründen [der] notwendigen Grenzziehung ... somit etwas Willkürliches

[enthaltene].“ Seiner Meinung nach begründet die „Definition von ‚schon‘ Krankheit an der Grenze zum ‚noch‘ Normalen ... ein ethisches Problem.“ (Helmchen, o.D., S. 283). Da Grenzen häufig weit ins „Normale“ gezogen werden, kann eine tatsächlich vorhandene Selbstbestimmbarkeit und –verantwortung mittels einer Diagnose abgesprochen werden. Wie brisant dieses Thema aktuell ist, zeigt ein Diskurs zum neuen amerikanischen Diagnosesystem. Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) ist das Pendant zum europäischen ICD (vgl. 9.2 b). Es wird häufig als richtungsweisend und tonangebend für das weitere Vorgehen (z.B. Neuauflage des ICD) in Europa bezeichnet. Der Psychiater Allen Frances, als damaliger Begründer des DSM, sieht die Entwicklung des Diagnosewesens sehr kritisch. Im Alter von 70 Jahren legt er in seinem Buch „Normal - Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ eine regelrechte „Beichte“ ab, wie er jahrelang Gesunde zu Kranken diagnostiziert hat. Er behauptet sogar, „je weiter die Psychiatrie voranschreitet, desto weniger Normale bleiben übrig. Einer Studie zufolge erfüllen schon mehr als achtzig Prozent der jungen Erwachsenen die Kriterien für eine psychische Störung.“ (Frances, 2013 i.V.m. Blech, 2013). In der fünften Auflage des Klassifikationssystems wird die Grenzziehung vom „Normalen“ zum „Kranken“ (vgl. Helmchen, o.D.) zunehmend ethisch problematisch. Die normale Altersvergesslichkeit wird darin bspw. als "leichte kognitive Störung" aufgeführt. Die normale Trauer über den Verlust eines nahestehenden Menschen wird zur schweren Depression, wenn sie länger als zwei Wochen andauert. Und schlecht gelaunte, reizbare Kinder können nach dem neuen DSM-V eine „disruptive Launenfehlregulationsstörung (DMDD)“ attestiert bekommen (Blech, 2013). Was rechtfertigt eine solche Differenz zwischen subjektiver Wirklichkeit der Betroffenen und „objektiver Realität“ der Diagnostiker? Der Soziologe Thomas Theorem drückt dies mit einem treffenden Satz aus: „Wenn die Menschen Situationen als wirklich definieren, sind sie in ihren Konsequenzen wirklich“ (Theorem, o.D. i.V.m. Gresch, 2013). Psychiater definieren über das Instrument der psychiatrischen Klassifikation, die Situation eines Menschen. Sehr häufig stellt der Betroffene als „Laie“ die Aussage eines Arztes nicht in Frage und steht dieser Definitionsmacht ungewappnet gegenüber. Dies hat zur Konsequenz, dass er die psychiatrische Definition seiner Situation (die Diagnose) zum Bestandteil seines Selbstbilds macht und sich entsprechend verhält.

Erinnert dieses Vorgehen nicht stark an die „Pathologie der Normalität des heutigen Menschen“ vom deutsch-US-amerikanischen Philosophen Erich Fromm? Schon im Jahr 1953 formulierte er in seinen Vorlesungen die provozierende These „Die Kranken, das sind die Gesunden. Und die Gesunden, das sind in Wirklichkeit die Kranken.“ (Fromm, 2005, S. 15). Die Einschätzungen des Psychiaters Frances und das Zitat von Theorem werden durch folgende Aussage des Direktor des National Institut für Mental Health (NIHM), Tomas Insel, im April 2013 unterstrichen: Seine Formulierung „lack of validity“ beschreibt, dass sämtliche psychiatrischen Diagnosen nicht mit ausreichender Validität ausgestattet sind. Validität bedeutet, dass ein Messinstrument vom Messenden unabhängige Messwerte/Ergebnisse liefert (Statista, o.D.). Das Diagnoseinstrument muss also tatsächlich das messen bzw. diagnostizieren, was es zu messen vorgibt. Das heißt, dass das NIHM als weltweit größtes psychiatrisches Forschungsinstitut die Objektivität der psychiatrischen Diagnosen in Frage stellt bzw. mangelnde wissenschaftliche Belege dafür zugibt. (Insel, 2013).

In einem Bericht der Tageszeitung im Mai 2013 wird der Schaden und Nutzen der Psychiatrie anhand der Fallbeschreibung zweier Betroffener geschildert. Die eine Person berichtet davon, wie ihr die Diagnose und die psychiatrische Behandlung half im Leben wieder zurecht zu kommen und den Alltag zu meistern. Auf der anderen Seite steht ein Mensch, der fehldiagnostiziert wurde. Aufgrund der subjektiven Diagnosekriterien konnte er als Patient seine Fehldiagnose nicht beweisen und wurde gegen seinen Willen falsch behandelt. Erst Jahre später wurde er von einem anderen Arzt ernst genommen und „richtig“ diagnostiziert. Seine ursprüngliche Diagnose wird in den Krankenakten jedoch bis zum Lebensende bestehen bleiben (Geißlinger, 2013, TAZ). Der erste Fall zeigt, dass Psychiatrie ihren Handlungsauftrag als Spital durchaus erfüllen und daher sinnvoll sein kann. Die Diagnose hat dem Betroffenen dazu verholfen, optimal behandelt und mit Medikamenten seinen Alltag in Gesundheit weiterleben zu können. Der zweite Fall zeigt, welche Gefahren das Vorgehen der Psychiatrie beinhaltet, dass das Diagnostizieren von psychischen Erkrankungen dem individuellen Einzelfall nicht immer gerecht wird und eher krank machend als gesundheitsfördernd sein kann. Dies zeigt, dass Psychiatrische Diagnosen das Leben der Betroffenen maßgeblich verändern können, positiv als auch negativ. Der Pharmaindustrie als „Außenstehender“ können

sie vor allem große Gewinne sichern. Die Entwickler der Medikamente prüfen jedes weitere Diagnosehandbuch (ICD und DSM) genau darauf, zu welcher Erkrankung welches Medikament passen könnte (Rossbauer, 2013, TAZ).

Tragen die Gesellschaft und die Psychiatrie nicht eher zur Chronifizierung von Erkrankungen bei? (Wilkening & Elgeti, 2007, S. 24)

Zur Beantwortung dieser Frage spanne ich einen Bogen auf den in der vorherigen Frage angesprochene Aspekt der Stigmatisierung. Menschen mit einer psychischen Erkrankung stehen häufig vor einer zweifachen Herausforderung. Sie müssen nicht nur mit den Symptomen ihrer Erkrankung (Wahnvorstellungen, Stimmungsschwankungen, Ängste etc.) zurechtkommen, sondern zusätzlich mit dem in der Gesellschaft herrschenden Stigma (Kennzeichen) als psychisch Kranker leben. Dieses drückt sich in der Form öffentlicher Stigmatisierung (Probleme bei der Jobsuche), struktureller Stigmatisierung (Benachteiligung in Gesetzgebung, Versicherungsbedingungen, Ressourcenverteilung) und daraus resultierender Selbststigmatisierung (Selbstzweifel, mangelndes Selbstbewusstsein) aus. Durch eine psychiatrische Diagnose wird dem Betroffenen also eine Art „Etikett“ verliehen, das ihn für sein weiteres Leben begleitet. Die „psychisch Gesunden“ ziehen auf diese Weise eine klare Trennlinie zwischen ihnen und den „psychisch kranken“ Menschen. Diese Differenzierung geht mit der Überzeugung einher, dass die Menschen sich fundamental voneinander unterscheiden (Rüsch & Berger & Finzen & Angermeyer, 2004). In einer Studie wurde belegt, dass Menschen mit psychischer Erkrankung häufig mit folgenden stigmatisierenden Einstellungen und emotionalen Reaktionen konfrontiert sind:

- *Schuld*, d.h. die Betroffenen sind selbst schuld an ihrer Erkrankung bzw. ihre Familie ist schuld. Auf der Basis eines psychosozialen Erklärungsmodells begegnen Außenstehende den Betroffenen mit Mitleid. Ein biologisches Krankheitskonzept vermehrt jedoch eher Ärger.
- *Unberechenbarkeit/Gefährlichkeit*, d.h. aufgrund der Verletzung sozialer Normen werden Betroffene als generell gefährlich eingestuft. Diese Einstellung wird durch ein biologisches Krankheitskonzept verstärkt und fördert Angst vor Menschen mit psychischer Erkrankung.
- *Unheilbarkeit*, d.h. den Betroffenen wird eine schlechte Prognose, Behandlung und ein entsprechend chronischer Verlauf für ihre Erkrankung zugeschrieben.

Diese Bedingungen wiederum fördern den Ärger der Gesellschaft über Menschen mit psychischer Erkrankung.

(Angermeyer, 2003).

Aufgrund dieser Stigmatisierungsprozesse, die sich durch Vorurteile in der Gesellschaft am Leben halten, wahren „psychisch gesunde“ Menschen häufig soziale Distanz gegenüber den „Verrückten“. Bei einer Untersuchung wurde zudem festgestellt, dass selbst Psychiater trotz ihres spezifischen Fachwissens ebenso soziale Distanz wahren. Ihre Einstellung gegenüber den Betroffenen ist zwar etwas positiver als die der Allgemeinbevölkerung, trotzdem zeigt sich das sog. „NIMBY“-Phänomen. Das bedeutet, die Psychiater sprechen sich grundsätzlich für soziale Inklusion der Menschen mit psychischer Erkrankung aus, ABER **“not in my backyard”** (nicht in meinem Hinterhof). (Amering, o.D.)

Auf der Grundlage dieser Fakten stellt sich die Frage, ob der gesamte Prozess angefangen bei Aufnahme in der Psychiatrie, Untersuchung, Diagnosestellung, Behandlung, Austritt und gesellschaftliche Folgewirkungen nicht zu einer Art „Chronifizierung von Erkrankungen“ beitragen? Auf der Grundlage ihrer psychischen Erkrankung machen die Betroffenen entwertende Erfahrungen, die sich wiederum auf ihr Selbstbild auswirken und die psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Bedeutet der Prozess der Psychiatrisierung also eine Negativspirale aus der sich der Einzelne nur schwer befreien kann? Um diese Spirale zu durchbrechen, müsste die Gesellschaft umdenken, doch selbst Albert Einstein sagte schon „Es ist leichter ein Atom zu zerstören als ein Vorurteil“. Öffentlicher und struktureller Stigmatisierung könnte durch eine Kombination von Edukation (Schulung) und Kontakt von Außenstehenden mit Menschen mit psychischer Erkrankung begegnet werden. Eine kognitive Verhaltenstherapie für die Betroffenen könnte die aus der gesellschaftlichen Diskriminierung resultierende Selbststigmatisierung abfangen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention stellt klar, dass Menschen mit Behinderung nur schwach aufgestellte Betroffenen- u Selbsthilfeorganisationen haben und damit einer relativen Übermacht gegenüberstehen (siehe 4.2.3). Da sich die Soziale Arbeit für Menschen am Rande der Gesellschaft einsetzt, gilt es auch für Men-

schen mit psychischer Erkrankung Parteilichkeit zu übernehmen. Stigmatisierungsprozessen im Behandlungsteam, in der Gesellschaft und bei den Betroffenen selbst muss entgegengewirkt werden.

In einer weiteren Studie wurde belegt, dass das Recovery-Konzept (vgl. 3.5.4) nach dem vorherrschenden Medizinischen Modell und dem Rehabilitationsmodell in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen erstmals zu langfristiger Gesundheit verhelfen kann. Betroffene schildern, dass Professionelle an sie geglaubt, nicht aufgegeben und sie zum weiterkämpfen motiviert haben. Das moderne Recovery-Konzept beinhaltet zahlreiche Methoden der Sozialen Arbeit (vgl. 3.5: Gesundheitsförderung, Empowerment, Integration und Lebensführung) und zielt auf ein sinnerfülltes Leben ab. Die Betroffenen sollen sich in sozialen Rollen und Beziehungen neu definieren und nicht reduzieren durch ihre Behinderung (Amering, o.D.). Eine solche Neudefinition der sozialen Rollen und Beziehungen, auch zwischen interdisziplinärem Behandlungsteam und Klient, schließt meines Erachtens die Anwendung jeglichen Zwangs in der gegenseitigen Interaktion aus.

„Wir brauchen keinen Zwang“

Klinikchef Dr. Zinkler (Psychiatrie Heidenheim) sichert jedem aufgenommenen Patienten zu, dass in der Klinik grundsätzlich keine Zwangsbehandlungen durchgeführt werden. In einem offenen Brief an die Bundesjustizministerin schildert der Psychiater diese Situation: „Durch geduldiges Verhandeln, ‚Dabei-Sein‘, im Gespräch bleiben“ konnte eine vertrauensvollen Zusammenarbeit und eine einvernehmliche Behandlung mit dem Patienten erreicht werden (Zinkler, 2012). Früher wäre in den meisten Fällen ein Antrag auf Zwangsbehandlung gestellt worden. Dr. Zinkler plädiert daher an die Ministerin, dass die Situation ohne Zwang in Psychiatrien mit Forschungsprojekten begleitet wird und auf dieser Basis neue Gesetze geschaffen werden sollen. Nur so kann die Menschenrechtssituation in den Psychiatrien verbessert und der UN-Behindertenrechtskonvention entsprochen werden. Durch die Psychiatrie ohne Zwang haben Patienten längere Aufenthaltszeiten (Verhandeln statt Behandeln), dies müsse auch im neuen Entgeltsystem für Psychiatrien berücksichtigt werden. Mit der Forderung „Wir dürfen nicht die Menschenrechte auf dem Altar einer scheinbar effizienten Medizin opfern!“ schließt der Chefarzt seinen Brief an die Bundesjustizministerin (Zinkler, 2012).

In welchem Widerspruch die Zwangspsychiatrie mit den Grundrechten bzw. Menschenrechte steht, wurde unter 4.2 ausführlich dargestellt. Die Soziale Arbeit bezieht sich allerdings sowohl in ihrer Definition (siehe 3.1.2), als auch in ihren ethischen Richtlinien (siehe 6.) auf die Menschenrechtspostulate und gerät somit im psychiatrischen Arbeitsfeld mit Zwang in ein Dilemma.

Auch das milieutherapeutische Zentrum „Soteria Bern“ zeigt bspw., dass eine Behandlung akuter Psychosen ohne Zwang möglich ist. In einem therapeutischen Milieu (Umgebung, Mitpatienten, Milieutherapeuten, Alltag in der Gemeinschaft) werden die Betroffenen mit Einbeziehung ihrer Angehörigen in den Behandlungsprozess betreut. In ihrem Portrait beschreibt die Organisation ihr Vorgehen folgendermaßen: „Beruhigung, Reizschutz und Angstlinderung in der akuten Phase – und damit auch Normalisierung von Denken, Fühlen und Handeln – wird in der Soteria Bern zu einem grossen Teil durch das spezifische Milieu im 'Weichen Zimmer' und die tragende 1:1-Begleitung ('being with') erreicht.“ (Interessensgemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern, o.D., Potrait). Trotz dieser besonderen Umstände hat Soteria Bern den Status eines Spitals und ist auf der Spitalliste des Kantons Bern aufgeführt. Über dieses Prinzip können Medikamente zurückhalten-der als sonst üblich eingesetzt und Zwang in vielen Formen vermieden werden (Interessensgemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern, o.D.).

In der vorliegenden Arbeit wurde das „dreifache Mandat“ (siehe 6. ethischen Richtlinien) angesprochen, dem die Soziale Arbeit unterliegt. Im Kontext der Zwangspsychiatrie stehen Sozialarbeitende im Behandlungsteam in einem komplexen Dilemma zwischen Hilfe und Kontrolle, den Anforderungen der Gesellschaft und den Bedürfnissen der Betroffenen und zwischen ihrer Verpflichtung Menschenrechte zu wahren und dem psychiatrischen Zwang. Doch die ethischen Richtlinien schreiben eindeutig vor, dass sich die Soziale Arbeit in Konfliktsituationen auf ihr Professionswissen, die Berufsethik, die Menschenrechtsprinzipien und die sozialen Gerechtigkeit berufen müssen. Um diese Verpflichtung umsetzen zu können, bieten sowohl die Ausführungen von Dr. Zinkler, als auch die „Soteria Bern“ eine Argumentationsbasis im interdisziplinären Diskurs. Wenn in der Behandlungsplanung Zwang implementiert ist, sollten (nicht nur) die Professionellen der Sozialen Arbeit folgendes beachten: Welche Alternativen sind möglich? Wurden alle anderen Möglichkeiten, die für Betroffene weniger gravierend sind, ausgeschöpft? Liegt

eine Patientenverfügung vor, in der der Betroffene Festlegungen zu der Behandlungssituation getroffen hat? Unter allen Umständen ist an die Geduld des interdisziplinären Teams zu plädieren und die Menschenrechte der Betroffenen zu betonen, sodass keine voreiligen Entscheidungen aus Routine oder rein ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Was hat das mit der Patientenverfügung und der Sozialen Arbeit zu tun?

Die Definition der Sozialen Arbeit beinhaltet u.a. die Ermächtigung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Als Aufgabe für die Soziale Arbeit resultiert daraus, Chancen zu erschließen, die das gesamte Potenzial der Menschen entwickeln, ihr Leben bereichern und sozialer Behinderung vorbeugen sollen. Die Patientenverfügung könnte ein geeignetes Instrument für dieses Vorhaben darstellen. Im Sinne der Selbstermächtigung/Empowerment (siehe 3.5.3) können Menschen mit psychischer Erkrankung anhand einer Patientenverfügung Zwangsmaßnahmen ablehnen oder aber genaue Festlegungen für eine Behandlung treffen. Die häufig geschilderten Folgen einer Zwangs-/Fehlbehandlung von Traumatisierung, Zerschlagen und Resignation (Crefeld, 2013) können so vermieden werden. Das Instrumentarium der PV hilft den Betroffenen, da sie sich in Krankheitsphasen weniger ausgeliefert fühlen und wissen, was mit ihnen passiert. Es erleichtert aber auch die Anforderungen an das Behandlungsteam, da nicht mehr das „subjektive Wohl“ des Betroffenen eingeschätzt und gegen die Selbstbestimmung vorgegangen werden muss.

Auch der Anspruch des interdisziplinären Bezugsmodells (siehe 3.3.5), dass die verschiedenen Professionen im Behandlungsteam mit ihrem Wissen, Methoden und Sichtweisen auf eine bestmögliche Behandlung für den Patienten hinarbeiten wird durch eine PV unterstützt. Hat ein Mensch mit psychischer Erkrankung Erfahrungen mit Ärzten, Medikamenten, Therapien etc., kann er einschätzen was ihm in einer Krankheitsphase subjektiv gut tut. Auch wenn die Stationsteams in der Psychiatrie nichts anderes wollen als dem zu entsprechen, ist es nahezu unmöglich aus der Fülle der Behandlungsmöglichkeiten das Richtige für jedes Individuum zu finden. Somit kann der Patient sich mittels einer PV absichern und das Behandlungsteam kann mit höherer Sicherheit eine „bestmögliche Behandlung für den Patienten“ ermöglichen.

Die Rolle der Sozialen Arbeit bei Zwangseinweisungen (siehe 5.) in Verbindung mit den ethischen Richtlinien (siehe 6.) legt nahe, dass der Sozialarbeitende sich parteilich für das Wohl der Menschen, denen der Hilfeprozess dienen soll, zeigen soll. Als Anwalt des Patienten soll Position bezogen werden, d.h. man hat für dessen Anliegen ein offenes Ohr, informiert ihn bspw. über die Rechtslage zur Zwangsbehandlung und Rechtsbehelfe dagegen. Im Zusammenhang mit der Zwangspsychiatrie bedeutet dies, dass der Betroffene über Widerspruchsmöglichkeiten informiert wird und Angehörige kontaktieren kann. Im Zusammenhang mit der PV bedeutet dies, dass Sozialarbeitende über diese Möglichkeit der Selbstbestimmung aufklären (vgl. Fallbeispiel unter 9.). Auch wenn sie für den aktuellen Behandlungsprozess nicht mehr wirksam wird (evtl. ist die Einwilligungsfähigkeit als Wirksamkeitsvoraussetzung strittig), ist eine PV für die Zukunft sinnvoll. In einem gemeinsamen Gespräch können Sozialarbeiter und Patient Ideen sammeln, Erfahrungen auswerten und wichtige Fragen beantworten. Grundlegende Werte, Wünsche und ethische Grenzen des Betroffenen können so ausfindig gemacht werden. Um weiter aufzuklären, kann der Sozialarbeiter Vorlagen und Formulare als Anregungen zeigen und den Patienten an entsprechende Beratungsstellen (empfohlen in 8.2.2 aa) für das verbindliche Erstellen einer PV vermitteln.

Abschließend möchte ich bisher Dargelegtes kurz zusammenfassen. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist Teil eines interdisziplinären Teams und somit gleichberechtigter Partner in der Behandlungsplanung. Auch wenn die Ärzte die abschließende Entscheidungskompetenz haben, trägt das gesamte Team getroffene Entscheidungen mit. Die Soziale Arbeit beeinflusst diese Entscheidungen durch ihre professionsspezifischen Sichtweisen, Methoden und ethische Richtlinien.

Durch die Schilderungen zur Zwangspsychiatrie soll eine kritische Haltung gegenüber dieser Thematik, ihrer Notwendigkeit und Folgen vermittelt werden. Im Zusammenhang mit den Menschenrechtswidersprüchen und den vorhandenen Erfahrungen ohne Zwang soll eine Basis für die kritische Selbstreflexion eines Behandlungsteam geschaffen werden. Warum wird Zwang angewendet, wem nützt dies tatsächlich und welche Auswirkungen hat dies für den Betroffenen?

Die Patientenverfügung ist durch ihre Verbindlichkeit zu einem anerkannten Instrument der Selbstbestimmung geworden. Gerade in der Sozialen Arbeit wird die

Selbstbestimmung im Kontext der Menschenrechte häufig thematisiert, sodass auch das Instrumentarium genutzt bzw. publik gemacht werden muss.

Die Ausführungen zur psychiatrischen Diagnostik und den Stigmatisierungsprozessen sollen die Argumentation im Gesamten untermauern und zu einer kritischen Selbstreflexion einladen. Es geht nicht darum, Kollegen im interdisziplinären Team zu denunzieren oder die Frage von Verantwortung und Schuld in den Raum zu stellen. Das Zentrum der Überlegungen, Verhandlungen und Entscheidungen sollte der Klient mit seiner individuellen Problematik sein. Daher sind standardisierte Diagnosen, Urteile über Einwilligungsunfähigkeit oder freien Willen, Zwang zum „Wohl des Betroffenen“ oder zur Verkürzung von Aufenthaltszeiten und alles was daraus resultiert mit großer Vorsicht zu genießen. Die Perspektive „wie möchte ich behandelt werden, wenn ich betroffen wäre?“ hilft vielleicht um die dringende Notwendigkeit einer individuellen Betrachtung der Situation zu untermauern und nicht nur aus Sicht eines distanzierten Professionellen zu argumentieren.

Schließlich:

„Es gibt im Leben Augenblicke, da die Frage,
ob man anders denken kann, als man denkt,
und anders wahrnehmen kann, als man sieht,
zum Weiterschauen oder Weiterdenken unentbehrlich ist.“

(Michel Foucault)

11. Literaturverzeichnis

A

- Aktion Mensch (o.D.). *Ausgewählte Artikel zur BRK*. URL: <http://www.aktion-mensch.de/inklusion/parallelbericht/ausgewaehlte-artikel.php> (Zugriff 20.05.13)
- Amelung, K. (1995). *Probleme der Einwilligungsfähigkeit*. Oberusel: R&P
- Amering, Prof. Dr. M. (o.D.). *Ethik in der Psychiatrie*. Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universitätsklinik für Psychiatrie / Medizinische Universität Wien. URL: http://www.betreutes-wohnen-eschsenz.ch/Ethik_in_der_Psychiatrie.pdf (Zugriff 27.05.13)
- Amtsgericht Spandau (2011). Beschluss 50 XVII T 8890/11 vom 29.03.2011. Berlin: <http://www.patverfue.de/media/fax-beschluss-ag-spandau.pdf> (Zugriff 26.03.13)
- Amtsgericht Wedding (2010) Beschluss 51 XVII 7201 vom 08.11.2010. Berlin: <http://www.patverfue.de/media/fax-beschluss-ag-wedding.pdf> (Zugriff 26.03.13)
- Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. In: *Psychiatrische Praxis* 30, S. 358-366.
- Antoine, S. (2004). *Aktive Sterbehilfe in der Grundrechtsordnung*. Berlin: Duncker & Humblot
- Arbeiterwohlfahrt Niedersachsen - Psychiatriezentrum (o.D.) *Sozialdienst im Krankenhaus*. URL: www.awo-psychiatriezentrum.de/index.php?id=53 (Zugriff 08.05.13)
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz – Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Avenir Social. (o.D.) *Soziale Arbeit in der Psychiatrie „Nice to have“ oder qualifizierte Beratung*. URL: www.avenirsocial.ch/cm_data/SA.Psychiatrie.pdf (Zugriff 07.05.13)

B

- Bally Rohrer, I., Gut, I. & Odermatt, F. (2010). *Recovery – Ein Konzept für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie?* Bachelorarbeit Hochschule Luzern
- Blanke, U. (1995). *Der Weg entsteht beim Gehen – Sozialarbeit in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Blech, J. (2013). "Normal" von Allen Frances: Beichte eines Psychiaters-Papstes. In: *Spiegel-Online, Gesundheit vom 12.04.2013*. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/normal-von-allen-frances-beichte-eines-psychiater-papstes-a-893739.html> (Zugriff 27.05.13)
- Boog, C., Breschan, A. (2010). *Klinische Sozialarbeit in der Schweiz – Methodische Ansätze im Suchtbereich*. Bachelorarbeit Hochschule Luzern
- Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Brauer, D. (2011). *Die Bewertung des menschlichen Lebens durch die Grenzen der Lebenserhaltungspflicht von Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung am Lebensende*. Göttingen: Schleyer-Stiftung
- Breyer, P. und Fraktion der Piraten-Partei im Schleswig-Holsteinischen Landtag (2013). *Drucksache 18/606* vom 06.03.2013.

- Kiel: <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/0600/drucksache-18-0606.pdf> (Zugriff 29.03.2013)
- Bühring, P. (2001). Psychiatrie-Reform - Auf halbem Weg stecken geblieben. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98(6)
 - Bumiller, U., Harders, D. (2011). FamFG Freiwillige Gerichtsbarkeit: In *Beck'sche Kurz-Kommentare Band 33*. München: C.H. Beck
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (2009). Täuschung Misslungen - *Erklärung der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener zur einstimmigen Ratifizierung der UN-Behindertenkonvention durch den Bundesrat am 19.12.2008*. Berlin: http://www.die-bpe.de/taeuschung_misslungen.pdf (Zugriff: 10.04.13)
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V., Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Irren-Offensive e.V., Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Berlin-Brandenburg e.V., Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hessen e.V., Landesverband Psychiatrie-Erfahrener & Nordrhein-Westfalen e.V., Landesarbeitsgemeinschaft der BPE-Mitglieder im Saarland, Antipsychiatrische und betroffenenkontrollierte Informations- und Beratungsstelle, Heimkinderverband Deutschland, Werner-Fuß-Zentrum, Arbeitsgemeinschaft Patientenverfügung der Rechtsanwälte, Ent-hinderungsselbsthilfe von Autisten für Autisten (und Angehörige), Auties e.V.. (2011). *Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung! Handbuch PatVerfü. Die schlaue Patientenverfügung für ein selbstbestimmtes Leben ohne Zwangspsychiatrie*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise.
 - Bundesgerichtshof (2005) *Beschluss XII ZR 177/03 vom 08.06.2005*. Karlsruhe: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=2597c21a6cf64532820d07d7b58a72ce&client=3&nr=33300&pos=10&anz=12> (Zugriff 10.04.13)
 - Bundesgerichtshof [BGH] *XII ZB 69/00* vom 11.10.2000. Karlsruhe: <http://lexetius.com/2000,2337> (Zugriff 10.04.13)
 - Bundesgerichtshof [BGH] *XII ZB 99/12* und *XII ZB 130/12* vom 20.06.2012. Karlsruhe: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/list.py?Gericht=bgh&Art=en&Sort=3> (Zugriff 15.04.13)
 - Bundesgerichtshof. (2010). *Urteil vom 25. 6. 2010 - 2 StR 454/09*. i.V.m. *Neue Juristische Wochenschrift* (NJW) 2010. Karlsruhe: http://juratelegramm.de/faelle/privatrecht/NJW_2010_2963.htm (Zugriff 17.04.2013)
 - Bundesministerium der Justiz, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. (2012). *Patientenverfügung, Leiden-Krankheit-Sterben*. Berlin
 - Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener. (2011). *PatVerfü von den Amtsgerichten Wedding und Spandau bestätigt*. URL: <http://www.patverfue.de/patverfu-von-amtsgerichten-wedding-und-spandau-bestatigt> (Zugriff 12.04.2013)
 - Bundesverfassungsgericht, 2 BvR 228/12 vom 20.2.2013, Absatz-Nr. (1 - 76). Karlsruhe: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20130220_2bvr022812.html (Zugriff 10.04.13)
 - Bundesverfassungsgericht, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, Absatz-Nr. 1 - 83. Karlsruhe:

http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html (Zugriff 12.04.13)

- Bundesverfassungsgericht (1975). *Urteil des Ersten Senats vom 25.02.1975 auf die mündliche Verhandlung vom 18./19.11.1974* - 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74. Karlsruhe: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv039001.html> (Zugriff 12.04.13)

C

- Carlin, A., Haas, N., Räth, M. (2008). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychiatrie -Eine Forschungsarbeit über die Funktion der Sozialarbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit*. Bachelorarbeit Hochschule Luzern
- Chassè, K.A., Wensierski, H.J. (1999). *Praxisfelder der Sozialen Arbeit – eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Clausen, J., Dresler, K.D., Eichenbrenner, I. (1996). *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus Verlag
- Coeppecus, Dr. R. (2011). Offene Fragen zum „Patientenverfügungsgesetz“. In *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)*, 2011, 2085. München: C.H. Beck
- Coeppecus, R. (2009). *Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sterbehilfe*. Essen: Klartext-Verlag.
- Crefeld, W. (2002). Klinische Sozialarbeit als Basis der psychiatrischen Sozialarbeit. In: *Qualitätskonzept für die Sozialarbeit in den psychiatrischen Kliniken*. DBSH-Landesfachgruppe NRW Psychiatrie und Sucht
- Crefeld, W. (2013). Wer braucht die schnelle gesetzliche Regelung der Zwangsbehandlung? In: *Psychosoziale Umschau* 28. Jg. 01.2013.

D

- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (1997). Ethik in der Sozialen Arbeit. In: *Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V.* Göttingen: www.dbsh.de (Zugriff 10.05.13)
- Deutscher Bundestag (2009). Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009. In *Bundesgesetzblatt*. Bonn: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag (2013). Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18.02.2013. In *Bundesgesetzblatt*. Bonn: Bundesanzeiger-Verlag.
- Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode. (1989). *Drucksache 11/4528*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode. (2004). *Drucksache 15/2494*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode. (2004). *Drucksache 15/3700*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode. (2008). *Drucksache 16/10808*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode. (2009). *Drucksache 16/13314*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag
- Deutscher Bundestag 16. Wahlperiode. (2009). *Drucksache 16/8442*. Berlin: Bundesanzeiger-Verlag

- Deutscher Bundestag (1990). Psychiatrie-Personalverordnung. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf> (Zugriff 07.05.2013)
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2012). *Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention*. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf (Zugriff 26.04.13)
- Dilling, H. & Mombour, W. & Schmid, M.H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber
- Dribbusch, B. (2012). Das Dilemma der Ärzte. *Die Tageszeitung* am 19.10.2012. Artikel-Nr. 103896. Berlin: TAZ-Verlag
- Dürig (1956). Kommentar, Art. 1 Abs.1. In *Maunz/ Dürig Grundgesetz Loebl-Kommentar*. München: C.H. Beck
- Dürig (o.D.). Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG. In *Maunz/Dürig, Grundgesetz*. München. C.H. Beck

E

- Eisenmann, P. (2012). *Werte und Normen in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer

F

- Fachhochschule Nordwestschweiz - Hochschule für Soziale Arbeit - Soziale Diagnostik, 2013, URL: <http://web.fhnw.ch/plattformen/sozialediagnostik/methoden-und-instrumente/integration-und-lebensfuehrung> (Zugriff 14.05.13)
- Foucault, M. (o.D.). Zitat im Schluss. URL: http://users.luzern.phz.ch/~msteinbrenner/docs/texte/foucault_einf.pdf
- Fromm, E. (2012). *Die Pathologie der Normalität – zur Wissenschaft vom Menschen*. Berlin: Ullstein

G

- Geißlinger, E. (2013). „Ich nehme gern Psychopharmaka“ – Schaden und Nutzen der Psychiatrie. In: *Tageszeitung vom 11.05.2013*.
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen*. Frankfurt a.M.
- Gollmer, Dr. E. (01.2009). *Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsamtes der Stadt Münster*. Münster
- Gresch, Dr. H. U. (2013). Das medizinische Krankheitsmodell in der Psychiatrie. In: *Pflasterritzenfoliar: Tagebuch von Dr. Hans Ulrich Gresch*. URL: <http://pflasterritzenflora.ppsk.de/medizinisches-krankheitsmodell-psychiatrie/> (Zugriff 07.05.13)
- Gresch, Dr. H. U. (2013). Validität psychiatrischer Diagnosen. In: *Pflasterritzenfoliar: Tagebuch von Dr. Hans Ulrich Gresch*. URL: <http://pflasterritzenflora.ppsk.de/validitat-psychiatrischer-diagnosen/> (Zugriff 28.05.13)

H

- Halmi, A. (2011). Zwangspsychiatrie: ein durch Folter aufrecht erhaltenes System. In *Irren-Offensive e.V., Irren-Offensive - 30 Jahre Kampf für die Unteilbarkeit der Menschenrechte*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise
- Hartmann (2000). Patientenverfügung und Psychiatrische Verfügung-Verbindlichkeit für den Arzt?. In *Neue Zeitschrift für Strafrecht Nr. 113*. München: C.H. Beck
- Herriger, N. (2002). *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Hierlemann, F. (2008). Soziale Arbeit in der Psychiatrie - Eine Herausforderung für die Interprofessionalität. In: *Sozial Aktuell- Die Fachzeitschrift der Sozialen Arbeit*. Bern: Avenir Social
- Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (HSSAZ). (2005) . *Interprofessionelle Kooperation in der stationären Psychiatrie*. Fachtagung soziale Probleme und interprofessionelle Kooperation.
- Höfling, Prof. Dr. W. (2011). *Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis – eine erste kritische Zwischenbilanz*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Höfling. (2009). Das neue Patientenverfügungsgesetz. In: *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)*, 2009, 2849. München: C.H. Beck
- Horn, S. (2008). Bindungswirkung der Patientenverfügung bei Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen §§1901 a, 1904 BGB. In: *Beiträge aus dem Fachbereich Rechtspflege Nr. 01/2012* Berlin: Hochschule für Wirtschaft und Recht. URL: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BTPrax/Dokumente/PDF/bgbl113s0266.pdf> (Zugriff 26.04.13)

I

- Insel, T. (2013). Transforming Diagnosis. In: *Director's Blog on April 29, 2013*. URL: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Zugriff 27.05.13)
- Interessensgemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern (o.D.). *Soteria Bern*. URL: www.soteria.ch (Zugriff 27.05.13)
- International Federation of Social Work. (2000). *Defintion Soziale Arbeit*. Montreal, Canada. URL: avenirsocial.ch (Zugriff 10.05.13)

K

- Kaleck, W., Hilbrans, S., Scharmer, S. (2008). Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkungen auf die Gesetzte für sog. Psychisch Kranke am Bsp. der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin. In: *Stellungnahmen des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener*. Berlin: <http://www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf> (Zugriff 26.04.13)
- Kleve, Prof. Dr. H. (1999). *Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft*. Aachen: Kersting
- Kleve, Prof. Dr. H. (2005). *Systemtheoretische Soziologie - Einige einführende Materialien*. FH Potsdam – Fachbereich Sozialwesen. URL: http://sozialwesen.fh-potsdam.de/uploads/media/Kleve_ (Zugriff 29.04.13)

- Klie, T. (2011). *Patientenverfügung – so gibt sie Ihnen Sicherheit*. Freiburg: Kreuz-Verlag
- Knoll, A. (2000). Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen: Leske+Budrich
- Knuf, A., Bridler, S. (2008). Recovery konkret. In: *Psychosoziale Umschau; Ausgabe Jg. 2008, Nr. 4*
- Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus - eine Annäherung an das Recovery-Konzept. In: *Soziale Psychiatrie, Ausgabe Jg. 28, Nr. 1*
- Krücke, M. (o.D.). Vorausverfügungen – ein Schritt zur Selbsthilfe. In: *Statt Psychiatrie 2*. (2007). Lehmann, P. Berlin: Antipsychiatrieverlag

L

- Lange, Dr. W. (2009). Das Patientenverfügungsgesetz- Überblick und kritische Würdigung. In: *Zeitschrift für Erbrecht und Vermögensnachfolge (ZEVI)*, 2009, 537. München: C.H. Beck
- Lehmann, P. (2007). *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Antipsychiatrieverlag

M

- Mantai, J. (2012). *Inhalt, Reichweite und Bindungswirkung der Patientenverfügung*. Bachelor Thesis, HAW Hamburg
- Marschner, R. (2009). *Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Mäser, Dr. med. O. (2013). *Kategorie 'biologische Psychiatrie'- biologische Erklärung*. HTML <http://www.psychiater-psychotherapie.com/?cat=1105&lang=de> (Zugriff 07.05.13)
- Méndez, J.E. (2013). *22nd Session of the Human Rights Council, Agenda Item 3*. Genf: http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf
- Meyer-Götz, Dr. H. (2010). Kritische Anmerkung zum Patientenverfügungsgesetz. In: *Familie Partnerschaft Recht (FPR) 2010*, 270. München: C.H. Beck
- Möller, H. J., Laux G. & Kapfhammer, H. P. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag
- Müller, G. (2011). BGB § 1904. In *Beck'scher Online-Kommentar BGB*. Datenbank Beck-Online (Zugriff 15.03.13)
- Müller, G. (2013). § 1901a Rn. 1. In *Beck'scher Online-Kommentar BGB*. Datenbank Beck-Online (Zugriff 15.03.13)
- Müller, G. (2013). BGB § 1901 c Rn.1-9. In *Beck'scher Online-Kommentar BGB*. Datenbank Beck-Online (Zugriff 15.03.13)

O

- Obrecht, W. (2005). *Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode*. Vortrag, gehalten an der Fachtagung „Soziale Probleme und Interprofessionelle Kooperation“ Oktober 2005 in Zürich
- OLG Köln (2012). *Beschluss 2 Ws 644/12 vom 07.09.2012*. Köln: <http://openjur.de/u/536574.html> (Zugriff 20.04.13)
- Olzen, Prof. Dr. D. (2009). Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versor-

gung psychisch Kranker. *In Stellungnahme Nr. 03 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)*

P

- Panagopoulou-Koutnatz, F. (2009). *Die Selbstbestimmung des Patienten-Eine Untersuchung aus verfassungsrechtlicher Sicht*. Berlin: Duncker & Humblot
Patientenverfügungsgesetz. In *Familie, Partnerschaft, Recht (FPR)*, 2010, 270. München: C.H. Beck
- Pauling (2012). Die fehlende Gesetzesgrundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung und ihre Folgen. In *Familienrecht und Familienverfahrensrecht*. München: C.H. Beck
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim/München: Juventa Verlag
- Pompey, H. (2001). *Vielfalt und Möglichkeiten der Patientenverfügungen und Patientenvollmachten- Wie ist zu raten?*. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Sonderdrucke
- Pröll, D. (2009). *Social Tranquelize – Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. Diplomarbeit, Fachhochschule Salzburg

R

- Rossbauer, M. (2013). Wo fängt irre an? – Echt krank oder normal verrückt. In: *Tageszeitung vom 10.05.2013*.
- Rüegger, C. (2012). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit-Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Rüscher, N., Berger, M., Finzen, A., Angermeyer, M.C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*, elektronisches Zusatzkapitel Stigma

S

- Saschenbrecker, T. (2011). <http://www.psychiatrie.de/recht-und-gesetz/u/> (Zugriff 03.03.13)
- Schott, H., Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie - Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck
- Schwab. (2012). *Münchener Kommentar zum BGB §1901b*. Datenbank Beck-Online (Zugriff 15.03.13)
- Schwab. (2012). *Münchener Kommentar zum BGB §1904*. Datenbank Beck-Online (Zugriff 15.03.13)
- Schweizer Radio und Fernsehen (2013). Puls – Gesundheitsmagazin: «Puls vor Ort» Zwangseinweisung vom 15.04.13
- Social Net GmbH (2012). Empowerment. URL: www.empowerment.de (Zugriff 18.05.13)
- Sommerfeld, Prof.Dr. P., Hierlemann, F. (2004) Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In: *Psychiatrische Rehabilitation*. Heidelberg: Springer-Verlag

- Stascheit, Prof. Dr. U.(2012). *Gesetze für Sozialberufe– Das Original. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis*. Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag.
- Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. (2013). Definition Psychiatrie. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8716::Psychiatrie (Zugriff 07.05.13)
- Steenbreeker, T.: Zivilrechtliche Unbeachtlichkeit eines „natürlichen Willens“ für den Widerruf der Patientenverfügung. In *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)*, 2012, 3207. München: C.H. Beck
- Stöckle, T. (2005). Die Irren-Offensive - Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden. Berlin: Antipsychiatrieverlag
Systemtheoretische_Soziologie_Einige_Materialien_01.pdf (Zugriff 07.05.13)

T

- Thiersch, H., Grunwald, K., Köngeter, S. (2002). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: *Grundriss Soziale Arbeit - Ein einführendes Handbuch*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Thiersch, H. (2009). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. Weinheim/München: Juventa
- Thurich, E. (2011). *Pocket Politik - Demokratie in Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/pocket-politik/16436/grund-und-menschenrechte> (Zugriff 23.04.2013)
- Tietze, A. (2003). Rechtliche Vorgaben zur Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen. In: „Zum Wohl des Betreuten“. Recklinghausen: Vormundschaftsgerichtstag e.V.

U

- Uhlenbruck, Laufs. (2002). *Handbuch des Arztrechts*. München: C.H. Beck
- UN-Hochkommissariat für Menschenrechte. (2008). *Dignity and Justice for Detainees week 6.-12.Okt.08. Information Note No. 4*. Genf: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf (Zugriff 17.04.2013)

V

- Vereinte Nationen. (1948). *Resolution 217 A (III) der Generalversammlung - Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Paris: <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html> (Zugriff 15.04.2013)
- Vereinte Nationen. (1984). *Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe*. New York: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/?id=464> (Zugriff 15.04.2013)
- Vereinte Nationen. (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. New York:

<http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>
(Zugriff 15.04.2013)

- Verlag Klaus Vahle. (o.D.) *Bundesgerichtshof (BGH) bestätigt Patientenverfügungen - Verwirrung durch Presseberichte zum BGH-Urteil*. Berlin: <http://www.patiententestament.de> (Zugriff 09.04.2013)

W

- Wendt, W.R. (1998). *Behandeln können – klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit*. Blätter Wohlfahrtspflege
- Werner-Fuss-Zentrum GbR. *Beratungszentrum PatVerfü im Haus der Demokratie und Menschenrechte*. Berlin: <http://www.zwangspanychiatrie.de/beratungszentrum-patverfu/> (Zugriff 15.04.2013)
- Wietfeld, D. (2012). *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung – die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung*. Baden-Baden: Nomos
- Wilde, F. (1998). *Soziale Arbeit mit Verrückten – im Spannungsfeld von Psychiatrie und Antipsychiatrie*. Berlin, Magdeburg: <http://www.irrenoffensive.de/Frank/00titel.htm> (Zugriff 05.05.13)
- Wilkening, A., Elgeti, H. (2007). Ethische Probleme im psychiatrischen Alltag – eine Spurensuche. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 37. Jg. 02/2007. Köln: Psychiatrie-Verlag
- Will, R. (2006). *Die Menschenwürde: Zwischen Versprechen und Überforderung*. In *Mit Recht für Menschenwürde und Verfassungsstaat*. Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag

Z

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit. (o.D.) Definition Klinische Sozialarbeit. HTML: www.klinische-sozialarbeit.de (Zugriff 06.05.13)
- Zinkler, M. Dr. (2012). Offener Brief zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht. URL: http://psychiatrienogo.files.wordpress.com/2012/11/martin_zinkler_zwangsbehandlung2.pdf (Zugriff 15.01.13)