

Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie 23. Februar 2017

Stellungnahme Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald

Themenbereich Gemeindepsychiatrie

VORBEMERKUNG:

Die vorrangige Zielgruppe der Gemeindepsychiatrie sind chronisch psychisch kranke Menschen. Entsprechend der Zuordnung nach den Kriterien der S3-Leitlinien psychosoziale Versorgung (DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer. 2013) handelt es sich bundesweit um ca. 500.000 bis 1.000.000 Menschen. Davon befinden sich ca. 200.000 Personen im Hilfesystem der Eingliederungshilfe.

In den folgenden Ausführungen wird sich daher beschränkt auf Menschen mit seelischen Behinderungen und das Thema Wohnen vor allem für die Altersgruppen von 18 bis 65 Jahren, die primär im Hilfesystem der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Zwang im Sinne des „wohltätigen Zwangs“ wird hier primär in geschlossenen Heimen oder geschlossenen Wohngruppen als Teile von Wohnheimen im Rahmen des § 1906 BGB ausgeübt. Dabei können zu der generellen freiheitsentziehenden Maßnahme(FEM) der geschlossenen Unterbringung theoretisch noch weitere FEM hinzukommen, die sich nur selten in den Beschlüssen wiederfinden.

Die geschlossene Wohnunterbringung wird in den klinisch geprägten Diskussionen zum Thema Zwang nur zu gern vergessen, wie u. a. der Entstehungsprozess des Bundesteilhabegesetzes gezeigt hat. Hier spielte dieses Thema leider auch keine Rolle und die Frage nach dem „Mietverhältnis“ in einer geschlossenen Einrichtung muss noch geklärt werden.

Das Thema „Geheim-Heime“, also die geschlossene Unterbringung erwachsener psychisch kranker Menschen in für diesen Personenkreis im Allgemeinen nicht geeigneten und hierfür auch nicht profilierten Pflegeheimen (SGB XI), wird an dieser Stelle lediglich gestreift.

Die Thematik „Menschen mit geistigen Behinderungen“ (und vielfach psychiatrischen Diagnosen) in geschlossenen Heimeinrichtungen bleibt hier vereinbarungsgemäß ebenfalls außen vor, muss aber an dieser Stelle benannt werden. In diesem Bereich ist neben der geschlossenen Unterbringung an sich die Thematik vielfältiger weiterer FEM beachtenswert. Auch ist die Zahl geschlossener Wohnangebote für diesen Personenkreis nach dem bisherigen Kenntnisstand größer als für Menschen mit seelischen Behinderungen.

Gleiches gilt an dieser Stelle für den Bereich psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, der hier ebenfalls ausgespart wird.

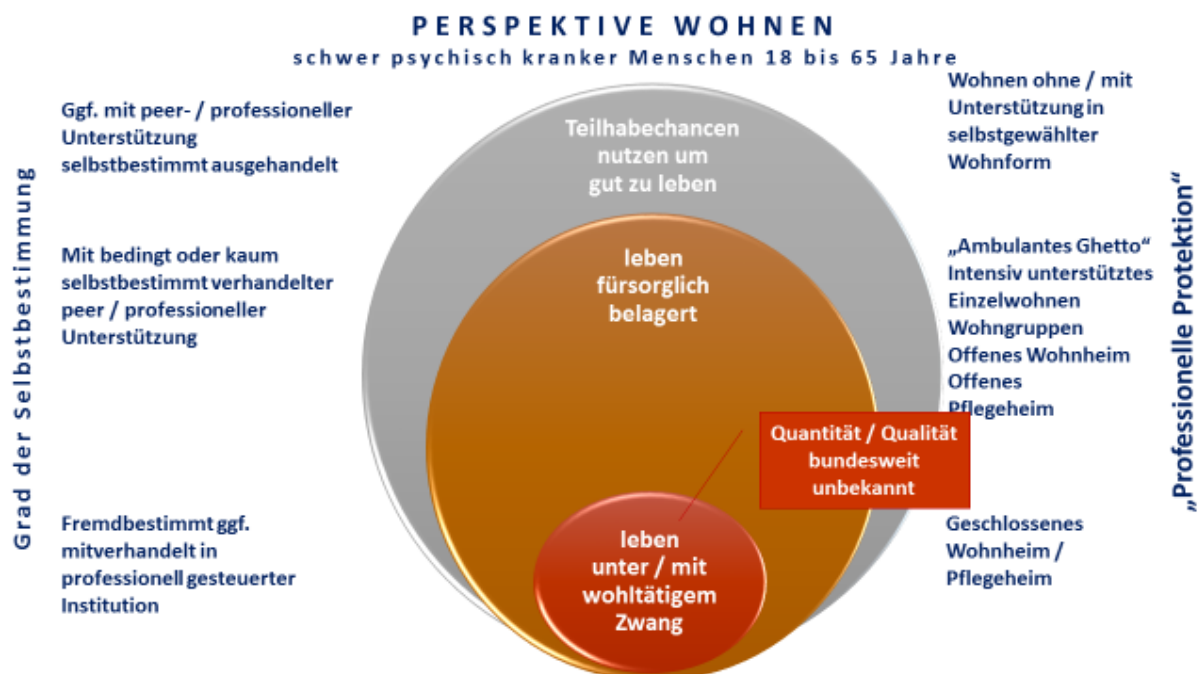
Einführung:

Zur Beschreibung der Wohnsituation psychisch kranker Menschen können wir drei Situationen unterscheiden (siehe Abbildung 1):

1. **Das Gute Leben:** Die Gesellschaft stellt entsprechende Rahmenbedingungen und Wahlmöglichkeiten derart bereit, dass für die einzelnen psychisch kranken Bürgerinnen und Bürger Teilhabechancen entstehen. Es liegt an ihnen, diese für ein subjektiv definiertes „Gutes Leben“ zu nutzen oder auch nicht. Gegebenenfalls erhalten sie hierfür professionelle Unterstützung, sie leben selbstbestimmt in der eigenen Wohnung.
2. **Leben – fürsorglich belagert:** Auf Basis nur bedingt selbstbestimmter Entscheidungen begeben sich die Betroffenen in das Fürsorgesystem, in psychiatrische Settings, ggf. werden sie Teil eines „Ambulantes Ghettos“ oder werden institutionell langzeithospitalisiert.
3. **Leben unter / mit direktem wohlütigem Zwang:** Aufgrund primär fremdbestimmter Entscheidungen wohnen Menschen in geschlossenen Psychiatriewohnheimen oder geschlossenen Pflegeheimen. Bereits der Weg hinein gestaltet sich meist ausschließlich fremdbestimmt.

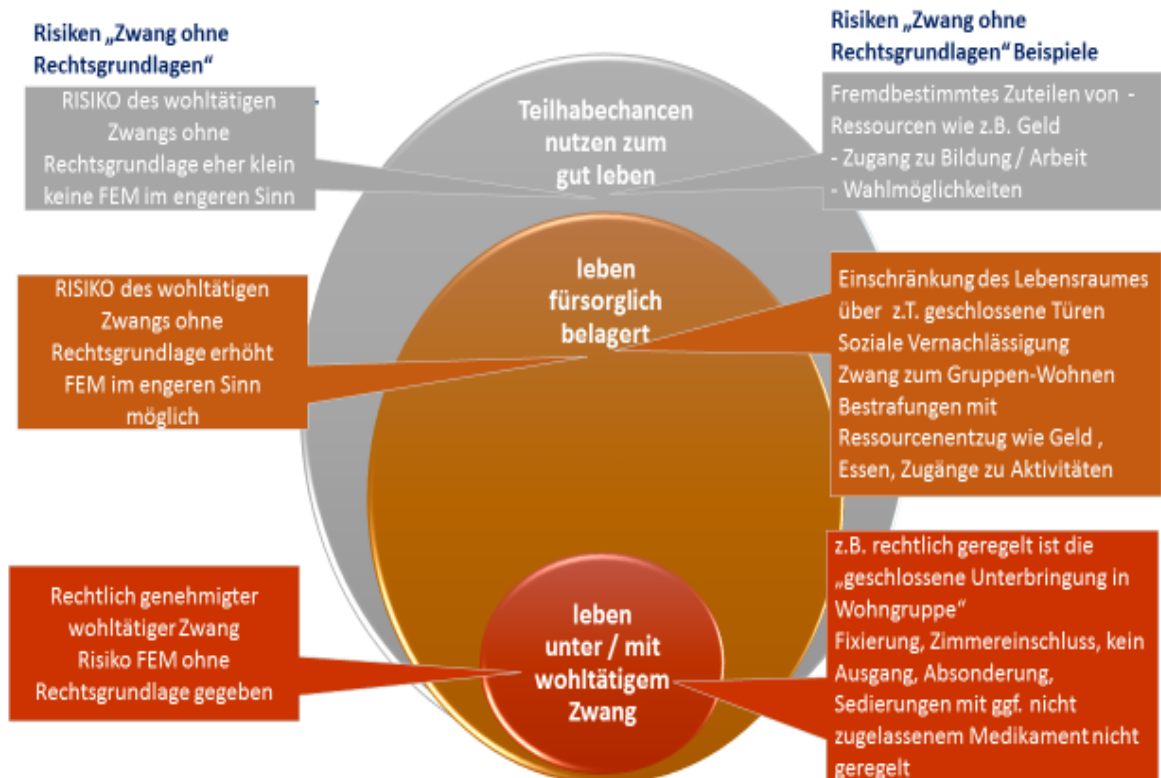
Insbesondere zu Punkt 3 existieren keine Zahlen oder qualitativen Auswertungen.

Abbildung 1



In den einzelnen Situationen ist das Risiko von sog. freiheitsentziehenden Maßnahmen, die nicht rechtlich geregelt sind, unterschiedlich hoch, wie an einzelnen Beispielen belegt werden kann (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2



Fragen:

1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes?

Geeignet, weil er zum Nachdenken in der Wortkombination anregt - problematisch wegen möglicher Verharmlosung (der Zwang wird wohltätig!) und eine gewisse Nähe zur tatsächlich harmloseren „fürsorglichen Belagerung“.

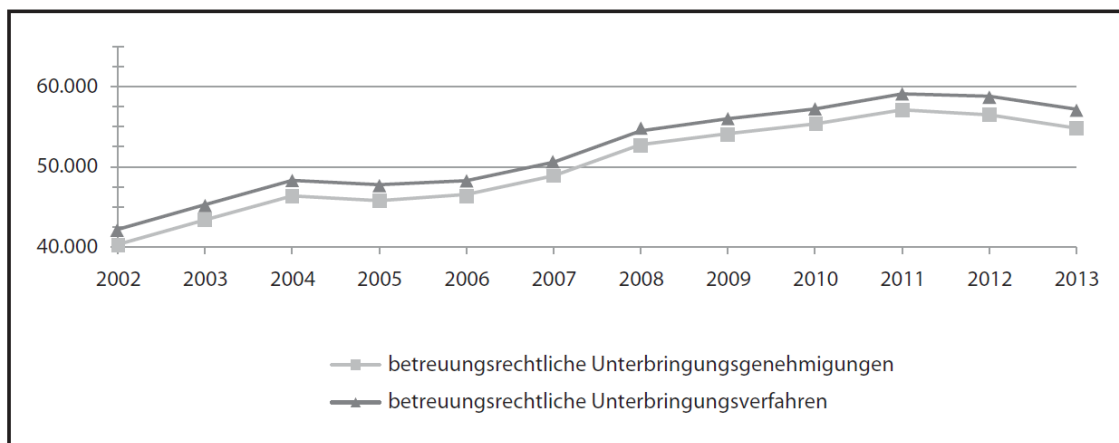
Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?

Noch keine bessere Idee, daher sollte das Thema Zwang zunächst ohne Zusatz bleiben. Im Übrigen wird noch zu zeigen sein, dass die für die Wohnheime richterlich geregelte Zwangsmaßnahme wegen Selbstgefährdung in einer Vielzahl der Fälle auch den Schutz der Gesellschaft bzw. bestimmter Personen vor Fremdgefährdung beinhaltet.

Zwang und Alternativen in der Praxis

2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?

Die Datenlage in Deutschland ist recht dünn. Wir kennen zwar die allgemeine Statistik zu BGB-Unterbringungen in Deutschland (Bundesamt für Justiz). Hier ist festzuhalten, dass die BGB-Unterbringungen auf (zu) hohem Niveau seit 2010 stagnieren.



■ **Abb. 2.1** Anzahl der Unterbringungsverfahren und -genehmigungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 1, 2 BGB) bundesweit (2002–2013), (Quelle: Bundesamt für Justiz 2014a)

Zit. Nach Henrike Bruns und Tanja Henking 2015: „Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen“ In: T.Henking; J.Vollmann(Hrsg.) Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen Springer Berlin 2015, Seite 21

Es ist jedoch nicht möglich, zu differenzieren zwischen unterschiedlichen Kategorien von Unterbringungen, also „seelisch behindert“ in Abgrenzung zu „Demenz“ und „Altersgruppe“ und „Heim der Eingliederungshilfe“ versus „Heim der Pflegeversicherung“ usw.

Auch die vorliegenden internationalen Vergleichszahlen stehen auf schwankendem Grund, sie beziehen sich ausschließlich auf Zwangseinweisungen in Kliniken, die Datenbasis der einzelnen Länder ist kaum vergleichbar. Vergleichszahlen zu geschlossenen Unterbringungen in auf Psychiatrie spezialisierten Heimen liegen nicht vor.

Überträgt man die Schwankungsraten der Klinikeinweisungen zwischen den einzelnen Bundesländern und auch zwischen europäischen Staaten auf die Situation der geschlossenen Heime, so können auch hier regional sehr unterschiedliche Zahlen erwartet werden.

Es ist bundesweit nicht einmal die Zahl der geschlossenen Heimplätze für Menschen mit seelischen Behinderungen zu ermitteln. Die Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) berichtet nur über die Zahl der Heimplätze für Menschen mit seelischen Behinderungen (ca. 60.000 bundesweit) und die Zahl der Menschen, die ambulant unterstützt werden (ca. 120.000 bundesweit). Über geschlossene Plätze oder die Anwendung weiterer FEM kann nicht einmal der Leistungsträger eine bundesweite Statistik zur Verfügung stellen. Die Frage, wie viele der Pflegeheimplätze bundesweit hierzu „zweckentfremdet“ werden, kann ebenfalls nicht beantwortet werden. Die Dunkelziffer ist aber enorm, worauf Daten aus Baden Württemberg (KVJS Baden-Württemberg, Dezernat Soziales (Hrsg.) Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung in Pflegeheimen, 2014) und Berlin hindeuten (Zimmermann R-B, Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe, 2012, Fehlplatzierung psychisch erkrankter Menschen: Konsequenzen einer Untersuchung der Situation in Berlin. Soziale Psychiatrie 2, 28-33 sowie Vock R., Zaumseil M., Zimmermann R.B., Mamderla S., 2007, Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag).

Konkret zitieren wir beispielsweise folgende Daten aus Westfalen:

Im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) wurden zum Stichtag (01.10.2015) insgesamt 1367 fakultativ geschlossene Plätze in der Eingliederungshilfe gezählt, davon ca. 430 für psychisch kranke und ca. 100 für suchtkranke Menschen. Eine Unterbringung kann dort im Allgemeinen nur nach BGB 1906 „wohltätiger Zwang“ erfolgen. Bedeutsam ist darüber hinaus, dass nur 10 Einrichtungen der in der Statistik ermittelten Einrichtungen mit einer Platzzahl von 8 oder weniger gezählt wurden und dass die meisten Plätze nicht in den Ballungsräumen des Ruhrgebietes vorgehalten werden, sondern an Standorten ehemaliger Anstalten oder Landeskliniken mit geringer Bevölkerungsdichte. Eine weitere Erhebung des LWL legt nahe, dass in der Eingliederungshilfe generell nur jeder zweite ein Angebot in seiner Heimatregion wahrnimmt bzw. wahrnehmen kann. Nach unseren Erfahrungen ist diese Zahl in geschlossenen Bereichen deutlich erhöht – auch hierzu existieren keine präzisen Angaben.

3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Siehe oben – nicht belastbar für die Fragestellungen der Gemeindepsychiatrie!

Dunkelste Dunkelfelder sind

- a. die zu diesem Zweck im Grunde fachlich nicht zugelassenen Pflegeheime und
- b. die sehr dezentral liegenden Heime mit wenig externen Kontrollen und Qualitätsstandards sowie

- c. Einrichtungen, die auch heute noch mit einer BewohnerInnen-„Mischung“ aus Menschen mit geistigen Behinderungen einerseits und Menschen mit seelischen Behinderungen andererseits betrieben werden, ohne für die jeweiligen Zielgruppen spezifische Konzepte in je gesonderten Räumlichkeiten zu haben.

4. Welche Erscheinungsformen des Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich daraus?

Am häufigsten ist der Ruf nach „geschlossener Unterbringung“, weil es immer häufiger für „schwierige Menschen“ meist mit verhaltensauffälligen und/oder aggressiven Verhaltensweisen (also im engeren Sinne eher Fremdgefährdung) keine Plätze in den Unterstützungsformen der Gemeindepsychiatrie gefunden werden können. Einweisungen in die Kliniken nach PsychKG führen bald wieder zur Entlassung, gleichwohl müssen diese Personen irgendwo einen Platz in der Gesellschaft finden. Gefühl steigt auch der Anteil dieses Personenkreises.

Es kann sich bei diesem Personenkreis dann um BGB-1906-Fälle handeln, wenn über den Umweg der Fremdgefährdung die Selbstgefährdung „konstruiert“ wird. Die Handhabung ist jedoch von Gerichtsbezirk zu Gerichtsbezirk unterschiedlich.

Da es sich eigentlich nicht um eine Selbstgefährdung im engeren Sinne handelt, sind die Unterstützungsangebote der Eingliederungshilfe darauf vielfach nicht ausgerichtet. Denn sie sollten „beschützenden Charakter“ und keinen „Gefängnis-Charakter“ haben, gleiches gilt für die Mitarbeitenden. In der Vergangenheit führte dies dazu, dass zusätzlich zum Fachpersonal in Einzelfällen ein Wachschutz eingesetzt werden musste, um MitbewohnerInnen und/oder die Mitarbeitenden zu schützen. Es entsteht so für Einzelfälle ein „Zwitter“ von *Zwang wegen Fremdgefährdung* und *wohlütigem Zwang* ohne dass es hierfür entsprechende Grundlagen gibt, allerdings existiert der Bedarf. Nur den Begriff der Selbstgefährdung enger zufassen, löst diese Problematik nicht und führt diesen Personenkreis aus der „Fürsorge“ direkt in Gefängnis und Forensik.

Andererseits kehren immer mehr Menschen im Rahmen (zu) kurzer Behandlungsdauern in den Kliniken in ihr Lebensumfeld (zu früh) mit nicht fachgerecht abgeschlossenen Behandlungs- und Therapieepisoden zurück und kommen dort mit den verfügbaren ambulanten Hilfen nicht mit der Bewältigung ihres Alltages klar. Es beginnt einen Kreislauf zwischen nicht ausreichender Unterstützung im ambulanten Bereich und zahlreichen klinischen (vollstationären) Aufenthalten/Wiederaufnahmen. Diese Klientinnen und Klienten benötigen befristete Phasen eines geschützten, eher reizärmeren und strukturierteren Milieus mit verlässlichen Kontakten und hoher Unterstützungssicherheit - das kann zurzeit v. a. in speziellen fakultativ geschlossenen Gruppen hergestellt werden – nur dort wird im Allgemeinen der entsprechende Personalschlüssel gewährt. In fast allen Fällen sind auch Aspekte der Selbstgefährdung gegeben, so dass auch eine Zwangsunterbringung rein rechtlich möglich wäre.

Hier könnte es bei der Weiterentwicklung der Angebote vermehrt Lösungen geben, die ohne Zwangsmaßnahmen auskommen, wenn vergleichbare Personalressourcen zur Verfügung stünden. Voraussetzung wäre ein integriertes Behandlungs- und Unterstützungsangebot, ggf. im Rahmen einer Heimunterbringung aber mit den Behandlungs- und Therapieleistungen auf „Klinik-Level“. Aktuell sinkt das Behandlungs- und Therapieangebot nach Überleitung in eine Heimeinrichtung auf ein (zu) niedriges Intensitätslevel ab. In früheren Studien fanden wir Indizien dafür, dass geschlossene

Wohnheime u. a. die Funktion einer verlängerten Werkbank zu früh entlassener Krankenhauspatienten erfüllen und das z. T. nicht auf einem sachgerechten fachlichen Behandlungs-/Therapie-Niveau.

Ein Blick in exemplarisch ausgewählte Unterbringungsgutachten zeigt, dass ein wesentlicher Teil der Begründung der geschlossenen Unterbringung das Erreichen der zuverlässigen (kontrollierten) Einnahme von Psychopharmaka ist. Es kommt hier (s. u.) zu einer „indirekten Zwangsbehandlung“ mit Psychopharmaka, die teils „freiwillig“ erzwungen, teils unfreiwillig erfolgt, ohne dass dies in dem richterlichen Unterbringungsbeschluss präziser beschrieben wäre. Die Quasi-Zwangsbehandlung wird hier in den Unterbringungsbeschluss eines geschlossenen Wohnheimes mit „hineingedacht“. Gleichwohl ist dies bei sachgerechter Handhabung dann unter im Wesentlichen freiwilliger Mitwirkung der untergebrachten Personen das „mildere Mittel“ als ein langjähriger Aufenthalt auf einer psychiatrischen Krankenhausstation.

Ebenfalls taucht in fast jedem zweiten ärztlichen Gutachten bzw. der Vorgeschichte, die einem Unterbringungsbeschluss in einem Wohnheim zugrunde liegen, neben der Selbstgefährdung auch die Fremdgefährdung auf, in der richterlichen Begründung selbstverständlich nicht. Bei der geringen Zahl der gesichteten Gutachten fanden wir bereits eine ärztliche Begründung, die die geschlossene Unterbringung in einem Wohnheim primär wegen Fremdgefährdung empfiehlt, im richterlichen Beschluss ist ausschließlich von Selbstgefährdung die Rede.

Auffällig ist, dass die Beschlüsse meistens auch die volle mögliche Laufzeit von zwei Jahren ausschöpfen.

Diese oben geschilderten Fallkonstellationen stehen gefühlt im Vordergrund, tatsächlich ist der Alltag in der Gemeindepsychiatrie (ohne BGB-Unterbringungen) tagtäglich durch Risiken für Rechtsbeugungen oder für Eingriffe in die Autonomie und Selbstbestimmung gekennzeichnet. Der deutlichste Verstoß z. B. gegen die UN-BRK Artikel 19 „Selbstbestimmt Leben“ ist in den meisten Regionen Deutschlands die Abwesenheit von Wahlmöglichkeiten bzw. Alternativen. Beispiele für die fehlenden Wahlmöglichkeiten sind: eine intensive Unterstützung in der eigenen Wohnung alternativ zu einem Heim, eine (geschützte) Arbeitsgelegenheit in der freien Wirtschaft alternativ zu einer Werkstatt für behinderte Menschen, ein kurzfristig umzusetzende Psychotherapie alternativ zu einer psychopharmakologischen Behandlung, die Chance für eine ambulante Unterstützung an 7 Tagen/Woche im Sozialraum oder in der eigenen Wohnung und 24 Stunden/Tag alternativ zum aktiven Aufsuchen einer psychiatrischen Klinik, die rund um die Uhr geöffnet ist.

Die Einzelmaßnahmen der „offenen“ Gemeindepsychiatrie (d. h. ohne BGB-Unterbringungen) sind nicht immer mit den betroffenen Personen umfassend „ausgehandelt“, somit kann kein umfassendes Einverständnis zu den Maßnahmen vorausgesetzt werden. Dies gilt insbesondere bei den offenen Heimaufenthalten. So geben in einer Befragung von 1800 Hilfe-EmpfängerInnen der Eingliederungshilfe weniger als 50 % der Menschen, die Leistungen in Heimen erhalten, an, dass sie frei entscheiden konnten, ob sie dort leben wollen (Steinhart et al. im Druck) und nur 40 % der Heimbewohner gaben an, dass sie die Gestaltung des Alltages selbst bestimmen können.

5. Welche Alternativen gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des 'wohltätigen Zwangs'? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ in der Psychiatrie? Können Sie aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?

Reduzierung des „wohltätigen Zwangs“ für chronisch psychisch kranke Menschen ist möglich durch eine verbesserte fachliche Steuerung des Zugangs (siehe unten) und durch die Einführung von Mindeststandards für die gemeindepsychiatrische Versorgung einer Region, die überwiegend auf evidenzbasierten Verfahren beruhen. Ein Vorschlag ist das funktionale Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde (Steinhart I., Wienberg G. (Hrsg.): Rundum ambulant - Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie Verlag, 2016), das neuere Modelle aus der bundesdeutschen Praxis und die S3-Leitlinien Psychosoziale Versorgung, die auch internationale Evidenz berücksichtigen, integriert.

Im Auftrag des BMG beschäftigen sich aktuell zwei wissenschaftliche Projekte u. a. auch mit der Thematik der Reduktion bzw. Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Ergebnisse werden in drei Jahren vorliegen:

- **ZIPHER: Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion**
Ein Gemeinschaftsprojekt der Universitäten Bochum, Greifswald, Mannheim, Ulm (Federführung)

- **ZVP: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem**
Ein Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände in Kooperation mit Aktion Psychisch Kranke e. V., der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Universität Hamburg

6. Welche unaufgebbaren Formen der Fürsorge sind regelmäßig mit Zwangsmaßnahmen verbunden?

Nimmt man das Thema „regionale Pflichtversorgung“ ernst, also *keiner wird abgewiesen* und keiner wird wegen der Art und Schwere der Behinderungen in eine andere Region verbracht, dann wird es in jeder Region Deutschlands immer wieder wenige (!) Menschen geben, die trotz der Verfügbarmachung aller bekannten Konzepte (siehe 4, 7), über einen befristeten Zeitraum Umgebungsbedingungen mit hoher Unterstützungssicherheit und im Einzelfall beschränkenden Umgebungsbedingungen benötigen werden. Aufgrund erster Studienergebnisse gehen wir von maximal 2-4 Personen pro 100.000 Einwohner aus. Wenn es in einer Region mehr sein sollten, kann es vermutlich aus dem Zusammenspiel sehr besonderer regionaler Bedingungen und fehlender Angebotsstrukturen im Sinne der Umsetzung eines Mindeststandards (Steinhart & Wienberg s.o.) erklärt werden. Eine Vision der Gemeindepsychiatrie bleibt nach wie vor, diese Zahl auf 0 zu bringen. Hier ist allerdings auch eine Gruppe von Menschen mit einzubeziehen, die an der Schnittstelle zwischen Obdachlosigkeit, Hilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten und Gemeindepsychiatrie zu finden sind. Auch hier existiert ein sehr kleiner Personenkreis, der einerseits befristet eine sehr hohe Protektion benötigt, der aktuell am ehesten in geschlossenen Einrichtungen hergestellt werden kann. Andererseits können/wollen diese Personen in den üblichen Gruppenwohnformen der Eingliederungshilfe keinesfalls leben. Hier sind statt der *Lösung von der Stange* sehr individuell passfähige Lösungen zu suchen, die anstelle einer BGB-Unterbringung umgesetzt werden könnten (Bauwagen, Container, Hotel-Plus etc.).

Da geschlossene Wohnheime der Eingliederungshilfe keine entsprechenden Lösungen anbieten können und der „wohltätige Zwang“ keinen gesetzlichen Rahmen zur Verfügung stellt, muss im gemeindepsychiatrischen Verbund einschließlich der forensischen Angebote nach Lösungen für die Menschen gesucht werden, die immer wieder fremdaggressiv sind und zum Teil ein sehr hohes Fremdge-

fährdungspotential haben. Sie werden zumeist beschrieben als ein Personenkreis mit einer schweren psychischen Erkrankung und Suchtproblemen, der sich zwischen Klinik, Hilfen für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten und geschlossenen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ggf. dem Gefängnis bzw. der Forensik bewegt.

7. Unter welchen Bedingungen halten Sie eine Versorgung weitgehend oder sogar gänzlich ohne „wohltätigen Zwang“ für denkbar?

Ein wenig **Vision** und eine realistische Perspektive könnten wie folgt aussehen:

1. Qualifizierte Hilfen erfolgen früh, d. h. in Kindheit, Jugend und Adoleszenz und werden für die Bereiche Bildung, Ausbildung, psychosozialer Unterstützung, Behandlung und Therapie gebündelt und nicht versäult erbracht.

Begründung: Die Daten aus der o. g. Studie der Eingliederungshilfe sowie die Auswertung der BGB-Unterbringungen einzelner Personen in geschlossenen Wohnheimen legen nahe, dass die meisten Personen in geschlossenen Wohnheimen früh erkrankt sind, keinen oder einen sehr niedrigen Bildungsstand und keine Berufsausbildung haben. Daher ist eine Frühintervention erforderlich, bevor eine geschlossene Unterbringung erforderlich ist, um prekäre Lebensumstände zu vermeiden.

2. Ein UN-BRK-konformer und Evidenz basierter Mindeststandard der psychiatrischen Versorgung ist bundesweit umgesetzt. Die Angebotsvielfalt ist gewährleistet, Wahlmöglichkeiten bestehen und die Angebotsstruktur lässt die Möglichkeit zu, tragfähige Beziehungen aufzubauen.

3. Das Unterstützungssystem ist an 7 Tagen die Woche und 24 Stunden pro Tag präsent, auch in den Sozialräumen und kann auch dort eine hohe Unterstützungssicherheit ggf. mit hoher Personalintensität bieten.

4. Wirksame Präventionsstrategien sind entwickelt, Stigmata sind reduziert und die Sozialräume haben sich zu „resilienten Quartieren“ oder „starken Quartieren“ entwickelt.

Ein sofort umzusetzender **erster Schritt** wäre der **bundesweite Standard eines „zweiten Blicks“ bei drohender Einweisung** in ein geschlossenes Heim wie es beispielsweise der *Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern* empfiehlt. Dieser Vorschlag ist in Mecklenburg-Vorpommern aktuell u. a. wegen „Widerständen im System“ noch nicht umgesetzt worden. Allerdings wird auf diese Lösungsvariante aktuell in verschiedenen Regionen Deutschlands zugegangen.

Zugleich sollte **eine anomysierte Dokumentation der Einzelfälle** mit den gelungenen/mislungenen Lösungsvarianten zur Vermeidung einer Zwangsunterbringung erfolgen im Sinne *eines Registers mit wissenschaftlichem Entwicklungsauftrag*. Über eine kumulative Auswertung dieser Einzelfälle könnte das Versorgungssystem zu einem lernenden System werden.

Einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung von BGB-1906-

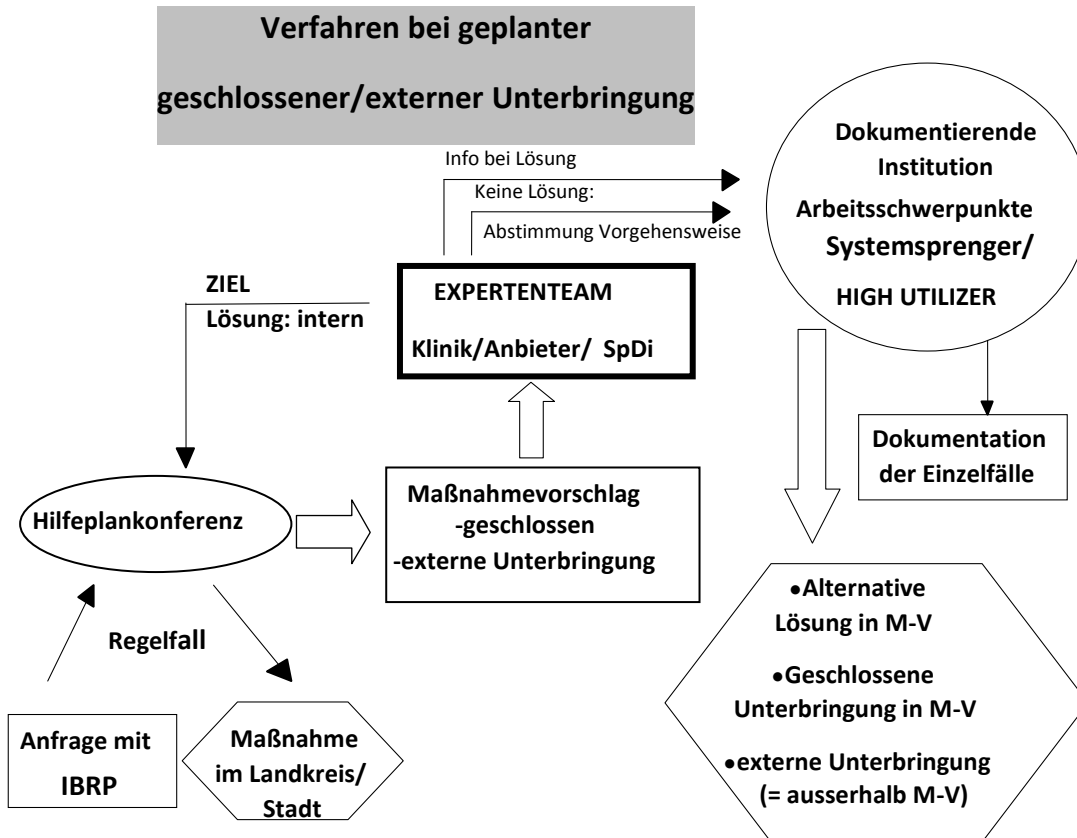
Unterbringungen könnten somit spezielle Hilfeplankonferenzen mit Expertenteams leisten, die dann aktiviert werden, wenn entweder eine Fremdunterbringung in einer anderen Region und/oder eine geschlossene Unterbringung in einem Heim drohen (siehe Abbildung). Auch im Falle einer „selbstbestimmten Wahl eines externen Angebotes“ sollte gegengeprüft werden, ob der Wille der Klientin /

des Klienten im Vordergrund steht oder ob strukturelle oder „fremdbestimmte“ Gründe hierfür vorliegen.

Lassen sich in den allgemeinen Hilfeplankonferenzen keine „internen“ Regel-Lösungen erarbeiten, sollten diesen zukünftig regionale „Expertenteams“ nachgeschaltet werden. Das Expertenteam sollte idealerweise jeweils mit dem zuständigen Psychiatriekoordinator sowie mit „Systemsprenger Erfahrenen“ Vertretern des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der regionalen sozialpsychiatrischen Einrichtungen, und der zuständigen Versorgungsklinik sowie mit GenesungsbegleiterInnen besetzt sein. Die Expertenteams arbeiten in der jeweiligen Region im Auftrag der und in enger Abstimmung mit der Hilfeplankonferenz und können ausschließlich über diese aktiviert werden. Die Finanzierung der Arbeit der Expertenteams könnte in regionalen Absprachen mit der Hilfeplankonferenz geregelt werden. Aufgabe dieser externen „Expertenteams“ wird es sein, nach dem Scheitern regionaler Integrationsversuche im Rahmen des „Regel-Verfahrens“, individuelle Lösungsmöglichkeiten für die betroffenen Klienten zu erarbeiten und der Hilfeplankonferenz Vorschläge für die Einbettung in das regionale oder landesweite Versorgungssystem zu unterbreiten. Die Entscheidung für die Durchführung und Finanzierung der vom Expertenteam vorgeschlagenen Maßnahmen trifft die Hilfeplankonferenz.

Abb. Expertenteams und Dokumentation für ein lernendes System zur Entwicklung einer psychiatrischen Versorgungslandschaft mit weniger geschlossenen Heimplätzen

Quelle: Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern 2011 S. 94



Alle diese von den Expertenteams begleiteten Fälle sollen anonymisiert qualitativ dokumentiert und jährlich einer Auswertung unterzogen werden, um aus der Einzelkasuistik mit positiven wie negativen Verläufen Rückschlüsse für eine weitere Optimierung der Unterstützungsangebote in der jeweiligen Region zu ziehen.

Voraussetzung für die Einschaltung eines Expertenteams ist, dass in der Hilfeplankonferenz nach Berücksichtigung der Falldokumentation als Maßnahme eine geschlossene oder externe (außerhalb der Gebietskörperschaft) Unterbringung der Klientin / des Klienten vorsieht. In diesem Fall sollte die Leiterin oder der Leiter der Hilfeplankonferenz die Anforderung des jeweiligen Expertenteams initiieren. Auf Basis der Falldokumentation und der entsprechenden Unterlagen sowie unter Umständen einer Begutachtung der Klientin / des Klienten, erarbeitet das Expertenteam einen für die Klientin / den Klienten individuellen Lösungsvorschlag und unterbreitet diesen den Teilnehmerinnen / Teilnehmern der Hilfeplankonferenz. Die Hilfeplankonferenzen verpflichten sich, die Vorschläge intensiv zu prüfen, bevor ein „Export“ des betroffenen „Systemsprengers“ in einen anderen Versorgungssektor erfolgt. Entscheidungen gegen die Vorschläge der Expertenteams sollten umfassend begründet werden.

Parallel zur Anforderung eines jeweiligen Expertenteams wird die dokumentierende Stelle („Register“ entweder landesweit oder im Rahmen der regionalen Psychiatrie-/Sozialplanung) informiert, um die Einzelfälle bezüglich der Vorgeschichte, dem aktuellen Stand sowie die zwischen Hilfeplankonferenz und Expertenteam beschlossene Lösung zu dokumentieren. Auf diese Weise soll bei künftigen Fällen bezüglich der Maßnahmen für eine Klientin / einen Klienten davon profitiert werden können.

8. Bei welchen Arten von psychischen Erkrankungen / Störungen wird regelmäßig Zwang angewandt? Bei welchen Krankheitsbildern ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt? Sind das in der Tat - wie angenommen – insbesondere psychotische Symptomatiken oder auch andere?

Unter diagnostischen Gesichtspunkten zeigen die bisher aus dem Alltag verfügbaren Daten einen Schwerpunkt in Richtung von vor allem schizophrener Psychosen und schweren Depressionen häufig kombiniert mit Sucht-Diagnosen, andere Diagnosegruppen tauchen jedoch vermehrt auch in der Eingliederungshilfe auf und werden somit auch in den geschlossenen Heimbereichen zunehmend vertreten sein. Konkretere Aussagen erhoffen wir uns aus dem Projekt ZIPHER (siehe 7).

Faktoren für Zwangsanwendungen: Alter, Art der Erkrankung, Kultur, mangelndes Wissen, strukturelle Bedingungen, Belastungen der pflegenden Personen?

9. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z. B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster psychisch erkrankter Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?

Ob prekäre Lebensumstände psychische Erkrankungen erzeugen oder die psychischen Erkrankungen zu prekären Lebensumständen führen, ist letztendlich umstritten. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass eine frühe Erkrankung und eine darauf nicht ausreichend ausgerichtete frühe Behandlung und psychosoziale Unterstützung - verbunden mit nicht passfähigen Bildungsangeboten - eine Spirale in

die Langzeitpsychiatrie entfalten können und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer Zwangsunterbringung in einer geschlossenen Wohneinrichtung erhöhen können.

Konkrete wissenschaftliche Untersuchungen hierzu sind nicht bekannt. In jedem Fall sind frühe Interventionen verbunden mit präventiven Ansätzen ein probates Mittel die Zahl von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.

10. Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?

Die Persönlichkeit des Helfers und seine Kompetenz, Beziehungen zu gestalten, sein fachliches Training und entsprechende Unterstützungssicherheit gegebenenfalls ohne Zwangsmaßnahmen zu erreichen, ist eine wichtige Größe zur Vermeidung von Zwang. Hier gibt es Nachholbedarfe bezogen auf die Ausbildungsstandards insbesondere außerhalb des klinischen Bereiches. In den Bereichen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind nicht immer die in diesem Sinne „am besten ausgebildeten“ Mitarbeitenden im Einsatz. Hinsichtlich der untergebrachten Personen aus anderen Kulturkreisen haben Frauen besondere Probleme sich durchzusetzen.

11. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Patienten und Patientenangehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Patienten und Patientenangehörige mit Migrationshintergrund)?

Keine Aussage

12. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?

Wurde bereits aufgeführt!

Auswirkungen von Zwangsanwendung

13. Welche Auswirkungen haben Formen des wohlwärtigen Zwangs kurz- mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Für den Bereich der Heime sind wissenschaftliche Studien nicht bekannt. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, insbesondere Fixierungen, belasten die Beziehung zwischen den Akteuren und sollten daher weitestgehend vermieden werden.

14. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?

Im Grundsatz ja, je weniger Zwang desto besser. Es kommt im Einzelfall darauf an, ob es zu einer Vereinbarung gekommen ist, die auch vom Betroffenen getragen wird. Für einzelne ist die geschlossene Unterbringung im Rückblick z. T. auch eine hilfreiche Phase. Dies gilt nur dann, wenn die Phase

der Zwangsunterbringung eingebettet ist in einen positiven Rehabilitationskontext und dies auch als Teil der therapeutischen und Beziehungsarbeit begriffen wird.

15. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?

Für die Frage der Heimunterbringung sind in Deutschland keine Studien bekannt.

16. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen?

Im Allgemeinen werden Zwangsmaßnahmen als Negativ-Ereignis in der Biographie betrachtet, dies gilt insbesondere für Fixierungsphasen und längere geschlossene Heimunterbringungen. Insofern sollten sie vermieden werden bzw. das Thema mit den Betroffenen besprechbar gemacht werden.

In jedem Fall besser als eine BGB-Unterbringung wäre eine freiwillige Vereinbarung zur Nutzung bestimmter Angebote in einer bestimmten Lebensphase.

17. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in den verschiedenen Lebensaltern)?

Normative Probleme von Zwang

18. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohltätigen Zwang auf?

In den Fällen, wenn Mitarbeitende durch Gewalt für Leib und Leben bedroht werden und die Aufrechterhaltung des „wohltätigen Zwangs“ zur Eigengefährdung führt (Thema: Verhinderung von Entweichung um jeden Preis insbesondere durch Anwendung körperlicher Gewalt).

Eindeutigkeit in Richtung Selbstgefährdung ist nur selten bei einer geschlossenen Heimunterbringung gegeben. Bei Suizidalität erfolgt heute eher die komplette Behandlung in einer Klinik.

Insofern ist das Thema „Rechtssicherheit im eigenen Handeln“ ein ständiges Begleitthema, das kontinuierlich in Fort- und Weiterbildungen bearbeitet werden muss. Hierzu steht den Anbietern nicht immer ausreichend juristischer Sachverstand zur Verfügung.

19. In welchen Situationen lässt sich eine Zwangsbehandlung nach Ihrem Urteil legitimieren?

Zwangsbehandlung nicht Thema dieser Abhandlung

20. Welche inhaltlichen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen (Bspw. Grund- und Menschenrechte, Verteilungsgerechtigkeit)?

Siehe 19

21. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?

Siehe 19

Anschriften des Autors:



Prof. Dr. Ingmar Steinhart
Stiftung Bethel
Bethel.regional
Geschäftsführung

Von-der-Tann-Str. 38
44143 Dortmund
Telefon 0231 534250-107
Fax 0231 534250-109
Ingmar.steinhart@bethel.de



Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Institut für Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Projekt: ZIPHER – Zwangsmaßnahmen im psychiatri-
schon Hilfesystem: Erfassung & Reduktion
TP: Menschen in Heimen

Direktor: Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Geschäftsstelle:

Bereich für Psychiatrie und Psychotherapie der EMAU
Ellernholzstraße 1-2
17487 Greifswald

Korrespondenzanschrift:

Außenstelle Rostock:

Doberaner Straße 47
18057 Rostock
Tel.: 0381 – 123 71 17
Fax: 0381 – 123 71 26

E-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de