



KREIS
OSTHOLSTEIN

Zwischen freiem Willen und wohltätigem Zwang – was können wir tun



Sozialpsychiatrische
Dienste im
Spannungsfeld
zwischen
Daseinsvorsorge,
Gefahrenabwehr und
Recht

Netzwerktreffen Nord
Hamburg 26.09.2018



- Das Selbstverständnis sozialpsychiatrischer Dienste
- Problementwicklung
- Problembeschreibung
- Unser „Werkzeugkasten“
- Was können wir sonst noch tun



Selbstverständnis der sozialpsychiatrischen Dienste

- Der SpDi sieht sich als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Aufgabe der Daseinsvorsorge der Kommunen verpflichtet
- Der Arbeit liegt das sozialpsychiatrische Menschenbild zugrunde
 - Respekt und Achtung der Würde des Anderen (Betroffenen), dessen Wünschen und Bedürfnissen
 - Akzeptanz des Andersseins
 - **Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang**
 - Wertschätzung und Respekt vor seinen Fähigkeiten und Eigenheiten einschließlich der Bereitschaft zur Akzeptanz (!) ungewöhnlichen Verhaltens
 - Unterstützung bei der Verwirklichung persönliche Bedürfnisse und der Suche nach eigenen Lebenszielen
- Er ist die „letzte Wiese“ in der psychiatrischen Versorgung
- Er versteht sich als Unterstützer der Gesellschaft und Vermittler im Umgang mit ihren psychisch kranken Menschen
- Neben der Hilfeleistung hat er auch einen gesellschaftlichen Klärungsauftrag
- Abwehr von Eigen- und/oder Fremdgefährdung



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Fremdlogo

- Im Lauf der 2000er Jahre hat sich die Schwelle zur Unterbringung sowohl bei Richtern als auch den unterbringenden ÄrztInnen schleichend erhöht
- Zudem schien das Misstrauen zwischen Ärzten und Richtern zuzunehmen
- Insbesondere die Unterzeichnung der UN-BRK hat diesen Prozess verstärkt



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Fremdlogo

- Mit Inkrafttreten der Regelungen zur Behandlung gegen den Willen der Betroffenen (sowohl im BGB wie auch im PsychKG) verschärfte sich die Problematik
 - Umfassende formale und inhaltliche Anforderungen an das Erstgutachten erhöhen die Schwelle zur Antragstellung
 - > es werden häufiger unbehandelte Patienten entlassen
 - Es werden deutlich weniger Anträge gestellt als erwartet
 - Anträge im Eilverfahren werden nur in Ausnahmefällen bewilligt.
 - Menschen sind oft wochenlang ohne Behandlung untergebracht, bis das Hauptsacheverfahren abgeschlossen ist
 - Dies führt zu einer erheblichen Belastung der MitpatientInnen und des Personals



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Die Anforderung an das externe Gutachten, einen detaillierten Behandlungsplan unter Nennung der Medikamente und Dosierungen vorzugeben widerspricht der erforderlichen Dynamik psychiatrischer Behandlung und schränkt damit die Möglichkeiten der/des behandelnden ÄrztInnen zu einer adäquaten und fachgerechten Behandlung erheblich ein. Zudem wird der Behandlungsprozess durch die ggf. erforderliche Neubegutachtung bei nötiger Medikamentenumstellung unnötig und zu Lasten des Patienten verzögert



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Medikamentöse Maßnahmen zur Gefahrenabwehr auf der Station werden kontrovers gesehen und in Abhängigkeit von der Haltung der/des beteiligten Richters oft nicht nach medizinischen sondern nach formaljuristischen Kriterien durchgeführt. Es gibt keine einheitliche Auffassung der RichterInnen. *Es wirkt absurd, wenn man einen Menschen mit einem unspezifischen Medikament zur Gefahrenabwehr „vergiften“ muss, wenn der selbe Effekt mit einem für die spezifische Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung geeigneten Medikament erreicht werden kann*



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

- Starre Verfahrensregeln verstellen oft den Blick auf das eigentliche Ziel der Maßnahme. Das Verfahren wird damit zum Selbstzweck (Fallbeispiele)

- Zu kurze Bewilligungszeiträume führen bei schwer kranken Menschen, die in Folge der Medikamentenwirkung nicht mehr akut gefährdet/gefährlich sind und deshalb keine Folgebeschlüsse erfolgen, zu Therapieabbrüchen.
 - Dies führt zu Chronifizierung und immer schlechterem Ansprechen auf die Medikation (Fallbeispiele)

- Behandlung gegen den Willen ist nur im Klinikbereich möglich.
 - Menschen ohne Behandlungseinsicht müssen aus anderen Betreuungsbereichen in die Klinik verlegt werden. Folge ist die erhöhte Belastung der psychiatrischen Akutstationen mit schwer kranken, unbehandelten oder schwer behandelbaren PatientInnen
 - Diese Betten fehlen in der Regionalversorgung
 - Es entstehen erhebliche Belastungen für die anderen Patienten und das Personal



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Fremdlogo

- Das an sich wünschenswerte zunehmende Bewusstsein schwer kranker Menschen für ihre Rechte führt zu einer erheblichen Zunahme an Widerspruchsverfahren
 - Es scheint vereinzelt Juristen zu geben, die gezielt Patientinnen mit dem Angebot ansprechen, ihre Rechte vertreten zu wollen
- Die Entscheidungen auch in Widerspruchsverfahren orientieren sich häufig an Verfahrensfragen und nicht am Menschen (Fallbeispiel)
- Medizinische Beurteilungen werden zunehmend von fachfremden Beteiligten in Frage gestellt und Entscheidungen gegen fachliche Einschätzungen getroffen (Fallbeispiel)

Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

- Das im PsychKG formulierte Ziel der Zwangsbehandlung, die Unterbringungsgründe zu beseitigen, führt zu vorzeitigen Entlassungen, da dieses Ziel oft schon durch die sedierende Wirkung der spezifischen Medikation erreicht wird. Eine tragfähige Behandlungseinsicht wird oft nicht erreicht. So werden Drehtürpatienten „produziert“
- Die Belastung der Gesellschaft durch schwer psychisch kranke Menschen findet in der Gesetzgebung und deren Umsetzung keine Berücksichtigung, dies erschwert die ambulante Unterstützung dieser Patienten und stößt auf zunehmendes Unverständnis



Entwicklung aus Sicht der sozialpsychiatrischen Dienste

Fremdlogo

- Unzureichende personelle Ressourcen sowohl auf Seite der Mediziner als auch bei den Gerichten erschweren eine verantwortungsvolle Umsetzung der Gesetzgebung
- Die Zeitdimension wird von Juristen und Medizinern oft unterschiedlich wahrgenommen (es geht um Lebenszeit von Menschen)
- Es besteht erhebliche Rechtsunsicherheit bei gleichzeitig schwer somatisch erkrankten oder in der Folge somatischer Erkrankung psychisch beeinträchtigter Menschen in somatischen Krankenhäusern
- Der Begriff „rechtfertigender Notstand“ ist bei Klinikern und Richtern nicht ausreichend definiert

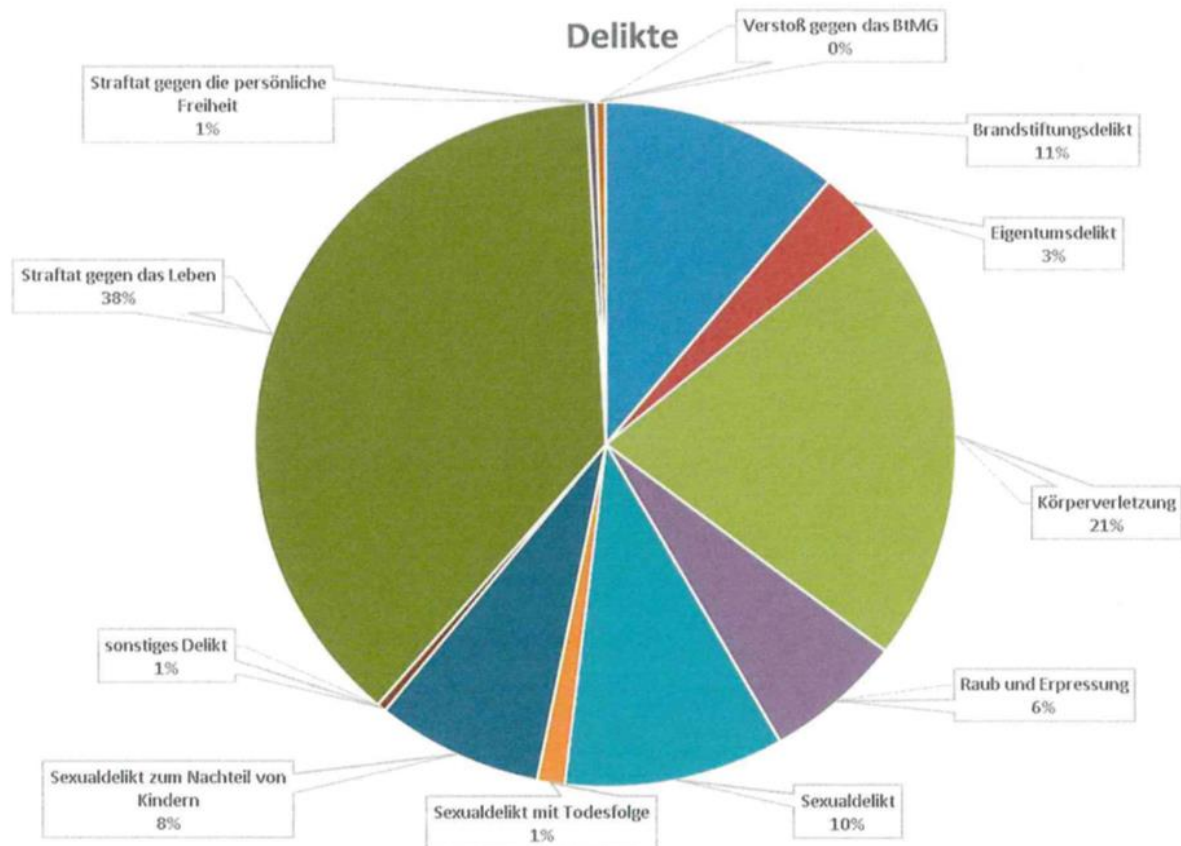
Aktuelle Probleme in Folge der Gesetzgebung und deren Umsetzung

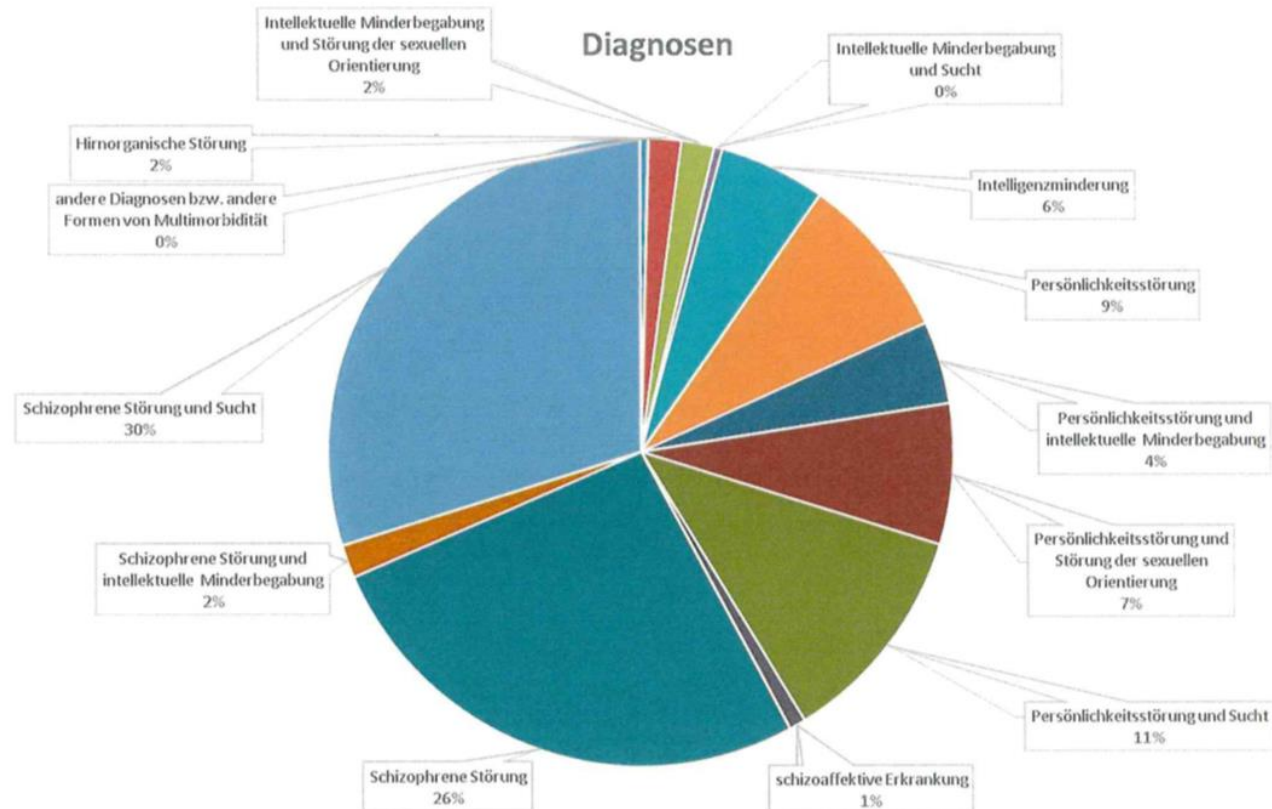
- Höhere Schwelle zur Unterbringung nach PsychKG (und BGB)
 - > nicht krankheitseinsichtige und nicht erreichbare Patienten bleiben länger unbehandelt
 - Führt zu Chronifizierung
 - Verschärft die entstehenden sozialen Folgen (soziale Isolation, Jobverlust, Wohnungsverlust etc.)
 - > die Akzeptanz und Bereitschaft des Umfeldes zu helfen, schwindet und das Vertrauen in das Hilfesystem geht verloren
- Hohe Schwelle zu Behandlungen gegen den Willen (und Dauer des Verfahrens)
 - > PatientInnen sind oft längere Zeit unbehandelt untergebracht
 - Führt zu erheblicher Belastung der Mitpatienten und des Personals
 - Verlängert die Unterbringungsdauer (Lebenszeit der PatientInnen)
 - > Bei ausreichender Alltagskompetenz und Anpassung an das Stationsmilieu kommt es zu Entlassungen ohne Behandlung
 - Die Probleme im „wirklichen Leben“ einschließlich der zur Unterbringung führenden Gefährdungen bestehen fort
 - Die sozialen Folgen verschärfen sich
 - Es entstehen Drehtürpatienten und Chronifizierung
 - > die Akzeptanz und Bereitschaft des Umfeldes zu helfen, schwindet und das Vertrauen in das Hilfesystem geht verloren



Aktuelle Probleme in Folge der Gesetzgebung und deren Umsetzung

- Steigende Unterbringungszahlen
 - **ausbleibende Behandlung**
 - **Führt zu „Drehtürpatienten“ und Chronifizierung**
 - **unzureichende Behandlung** infolge der gesetzlich vorgegebenen Zielsetzung (Beseitigung der akuten Unterbringungsgründe) und zu kurzer Bewilligungszeiträume für die Behandlung
 - **Führt zu „Drehtürpatienten“ und Chronifizierung**
 - **häufiger chronifizierte Krankheitsbilder** bei Einweisung (hohe Schwelle zur Unterbringung nach PsychKG)
- **Steigender Bedarf an vollstationären (geschlossenen) außerklinischen Versorgungsstrukturen**
- Infolge inkonsequenter Behandlung nach BGB untergebrachter Menschen in Einrichtungen dort Zunahme von Dekompensationen mit Unterbringungsnotwendigkeit nach PsychKG (in OH 18% der Unterbringungen nach PsychKG)
- **Zunehmende soziale Verelendung**
- **Steigende Zahl fremdgefährdender PatientInnen in der Forensik**







Unser „Werkzeugkasten“

- Frühzeitige Beratung
- Niedrigschwellige Begleitung
- Zeitnahe Krisenintervention
- Kommunikation mit allen Beteiligten
 - Ak gemeindenahe Psychiatrie
 - Gemeindepsychiatrischer Verbund
 - Fachaufsicht
 - Zusammenarbeit mit den Gerichten



Beratung und Begleitung

- **Niedrigschwellige Beratung für Betroffene, Angehörige und soziales Umfeld**
 - telefonisch, in Beratungsstellen und **aufsuchend**
 - Beinhaltet Diagnostik, „erste Hilfe“ und Vermittlung in geeignete Hilfen
- **Niedrigschwellige Begleitung**
 - Insbesondere von Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen das reguläre Hilfesystem (noch) nicht in Anspruch nehmen können

Alleinstellungsmerkmal sozialpsychiatrischer Dienste

- **Offensiv aufsuchende Diagnostik, Beratung und Hilfe**
 - Aktive Kontaktaufnahme zu Betroffenen, wenn aufgrund von Hinweisen Dritter der Verdacht auf das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung besteht
- **Nachgehende Begleitung**
 - Aktive Kontaktaufnahme und Aufrechterhaltung der Kontakte zu Menschen mit bekannter psychischer Erkrankung, die von sich aus keine Hilfen in Anspruch nehmen (können)

Bundesweit ca. 70 % der Erstkontakte der SpDi's



Krisenintervention

- Akute Krisensituationen, deren Ursache in einer psychiatrischen Erkrankung liegen oder als deren Ursache eine psychiatrische Erkrankung zu vermuten ist und die sofortigen Handlungsbedarf bedingen
- Klärung einer psychiatrischen Krisensituation
 - deeskalierende Einwirkung auf die Betroffenen und ihr Umfeld
 - Aufzeigen alternativer Handlungsmöglichkeiten
 - Beratung hinsichtlich möglicher Hilfen und ggf. Einleitung dieser Hilfen
 - Prüfung der Notwendigkeit von Unterbringungsmaßnahmen gem. PsychKG und erforderlichenfalls deren Organisation und Durchführung).
- Maßnahmen
 - Telefonisch (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - Im Amt (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - Aufsuchend (Arzt/Ärztin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin)
 - Außerhalb der Dienstzeiten durch den ärztlich besetzten Rufbereitschaftsdienst

Häufig „offensiv“ nach Information durch Dritte



Der Rufbereitschaftsdienst

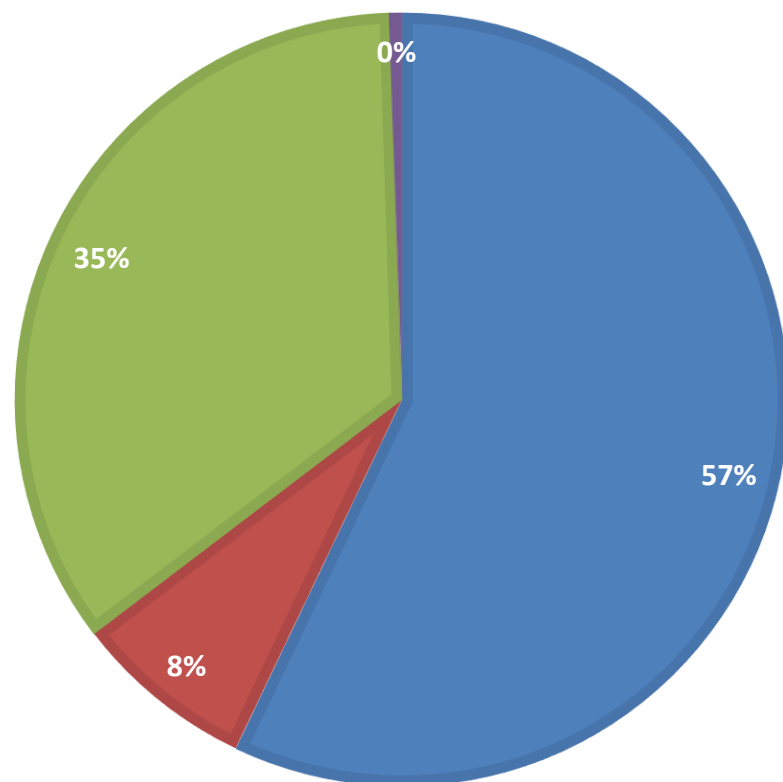
- Gesetzliche Grundlage: PsychKG Schleswig-Holstein
- Besetzung: gemäß der Landesverordnung zum PsychKG qualifizierte Ärztinnen/Ärzte, Ordnungsbeamte, ggf. SozialpädagogInnen mit entsprechender Berufserfahrung
- Organisation und Leitung: SpDi
- Erreichbarkeit: Über die Rettungsleitstelle. Hier erfolgt eine Vorprüfung, ob tatsächlich eine den Aufgaben des Dienstes entsprechende Fragestellung vorliegt
 - Das Leistungsangebot des Rufbereitschaftsdienstes ist nicht öffentlich, es ist den Einrichtungen und Institutionen, die mit akuten psychiatrischen Krisen mit Gefährdungspotential konfrontiert werden (Polizei, Kliniken, psychiatrische Einrichtungen, Rettungsdienst, NotärztInnen, KV-ÄrztInnen, ges. Betreuern u.A.) bekannt. Darüber hinaus wissen einige Betroffene und Angehörige aus eigener Erfahrung oder von ihren Helfern von diesem Angebot

Aktionen aufsuchend im Rufbereitschaftsdienst in Ostholstein

Fremdlogo

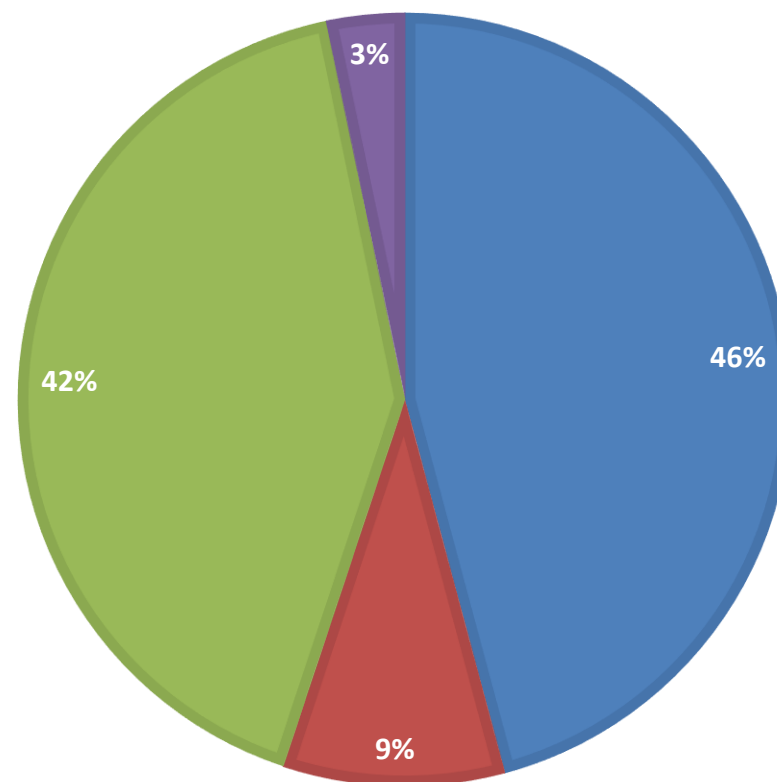
2015

- Zwangseinweisung
- freiwillige Einweisung
- Krisenintervention
- Beratung



2016

- Zwangseinweisung
- freiwillige Einweisung
- Krisenintervention
- Beratung





Was können wir damit erreichen

- Durch frühzeitige niedrigschwellige Beratung kann oft Krankheits- und Behandlungseinsicht und frühzeitige Annahme von Hilfen und Behandlung erreicht werden, sodass Situationen, die zur Gefahrenabwehr Zwang erfordern erst gar nicht entstehen
- Durch niedrigschwellige und nachgehende Begleitung kann eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, die es ermöglicht, schwierige Situationen frühzeitig zu erkennen und ohne Zwang zu bewältigen
- Durch fachlich kompetente und im Versorgungsnetzwerk verankerte Kriseninterventionen können oft alternative Lösungswege in akuten Krisensituationen gefunden werden



Was können wir noch tun

- Mut zu häufigerer Antragstellung, auch wenn Ablehnung oder Beschwerden befürchtet werden
- Etablierung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen
- Etablierung von Fallkonferenzen unter Einbeziehung außerklinischer Beteiligten im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens zur Unterstützung der Entscheidungsfindung der RichterInnen
- Etablierung kurzfristig einsetzbarer multiprofessionell besetzter Ethikkommissionen unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen
- Aktive Fortführung der Diskussion über die Begriffe „freier Wille“ und „erhebliche Gefährdung“ sowie der Dynamik des Verlaufs und der Behandlung psychischer Erkrankungen auch im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren



Und weiter

- In der aktuellen Situation
 - Bewusstsein für gemeinsame Ziele im konstruktiven Dialog (besser noch Trialog unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen) entwickeln und damit Ressentiments abbauen
 - Unklare bzw. unterschiedlich definierte Rechtsbegriffe im Dialog auf Augenhöhe klären und gemeinsame Rechtsvorstellungen erarbeiten
 - Verständnis für die Problematik der „anderen Seite“ entwickeln
 - Mut zu pragmatischen, an der Sache und am Menschen orientierten Lösungen
 - Die niedrigschwellige Kommunikation verbessern
 - Einheitliche und abgestimmte Datenerhebung zu Zwangsmaßnahmen (primär in der Psychiatrie, aber auch in der somatischen Medizin, Einrichtungen und Heimen)
 - Intensive Auseinandersetzung, Forschung und Fortbildung zur Vermeidung von Zwang



Und....

- Langfristig
- Weiterentwicklung der Gesetzgebung unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen psychischer Erkrankungen und deren Behandlung unter Achtung des Individualitätsprinzips und einer ganzheitlichen Sichtweise im Dialog
 - Längere Bewilligungszeiträume für Behandlungen gegen den Willen
 - Möglichkeit zur Behandlung gegen den Willen auch im ambulanten Bereich
 - Abbau der Überregulierung durch Verfahrensregeln
- Weiterentwicklung aller möglichen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie
 - Stärkung der sozialpsychiatrischen Haltung
 - **Ausbau der personellen Ressourcen in der psychiatrischen Versorgung, insbesondere auch im Vorfeld und nach der klinischen Versorgung**
 - Intensivierung der Forschung zur Vermeidung von Zwang
 - Intensivierung der Fortbildung zur Vermeidung von Zwang



Der sozialpsychiatrische Dienst

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit