

Landestreffen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz e. V.

Protokoll

Datum: *Mittwoch, 19.06.2019*
Ort: *Bildungszentrum Erbacher Hof, Ketteler Saal, Mainz*
Beginn: *10:00 Uhr*
Ende: *ca. 15:35 Uhr*
Protokollantin: *Frederike Duschl*
Teilnehmer: *ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer*
Thema: *Ethische Dilemmasituationen in der Psychiatrie!?*

Monika Zindorf eröffnet pünktlich die Tagung und begrüßt herzlich die Teilnehmer. Sie ist erfreut über die vielen Anmeldungen von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen sowie Freunden und Unterstützern der Gemeindepsychiatrie in Rheinland-Pfalz. Sie hofft, dass alle die Veranstaltung positiv beenden können. Die Vielzahl der Anmeldungen zeigt das Interesse an dem Thema. Zindorf betont, dass Psychiatrie bei den Schwächsten beginnen muss. Ziel muss eine gute Psychiatrie sein. Die wichtigste Forderung, die Angehörige daher an die Politik und Kommunen richten, sind bezahlbare Wohnungen für ihre erkrankten Angehörigen.

Sie begrüßt die heutigen Referenten Herrn Dr. Gather, Herrn Dr. Obert und Frau Melville-Drewes sowie die Sprecher der Grußworte Herrn Speicher und Herr Dr. Lensch und Frau Butgereit, die die Moderation übernehmen wird.

Zindorf berichtet, dass sich die Situation für psychisch Kranke und ihre Angehörige in den zurückliegenden 35 Jahren deutlich verbessert hat. So wurde bei der Stadt Mainz eine Psychiatriekoodinierungsstelle eingerichtet, betreutes Wohnen etabliert und es gibt vielfältige Behandlungs- und Unterstützungsangebote. Insgesamt existiert eine gute Struktur. Dennoch sei nicht alles Gold was glänzt. Es gilt auch über die Menschen zu sprechen, die keine Einsichtsfähigkeit in ihre Erkrankung haben. Sie werden vom Versorgungssystem häufig nicht erreicht. Deshalb gilt, dass Psychiatrie mit den Schwächsten beginnen muss. Ziel muss eine gute Psychiatrie sein. Die Themen, die der Landesverband für seine Tagungen in den vergangenen Jahren gewählt hat, waren nie einfach. So auch in diesem Jahr: Ethische Dilemmasituationen in der Psychiatrie!?

Sie begrüßt Joachim Speicher, Abteilungsleiter Soziales und Demografie im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz und dankt ihm für Unterstützung des Sozialministeriums. Ebenso begrüßt Zindorf Dr. Eckart Lensch, Sozialdezernent für Soziales, Kinder, Jugend, Schule und Gesundheit der Stadt Mainz, der zum wiederholten Mal an der Veranstaltung teilnimmt. Auch freut sie sich über die Anwesenheit von Jessica Odenwald, ehemalige Psychiatriekoordinatorin in Mainz, die leider nicht mehr in Mainz arbeitet. Dr. med. Jakov Gather, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin & Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum, hat sich bereiterklärt, den heutigen Vortrag „Gibt es ethische Dilemmasituationen in der Psychiatrie und wenn ja, wie kann man sie lösen?“ zu übernehmen.

Der Vortrag „Was unternimmt die Gemeindepsychiatrie um ethische Dilemmasituationen zu erkennen und aufzulösen?“ von Dr. Klaus Obert, Bereichsleitung beim Caritasverband für Stuttgart e. V. & stellv. Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer

Verbünde e. V. Bonn ist ein schwieriges Thema. Zindorf freut sich, dass auch Andrea Melville-Drewes, Psychologische Psychotherapeutin, Leiterin der Abteilung Sozialpsychiatrie des Gesundheitsamtes Düsseldorf zum wiederholten Mal nach Mainz gekommen ist und nach der Mittagspause den Vortrag „Wie wird Ethik in der Praxis umgesetzt?“ übernimmt. Ihr Dank geht an Claire Butgereit, die kurzfristig für Dr. Daniela Engelhardt eingesprungen ist, und die Moderation des heutigen Tages übernehmen wird. Zindorf wünscht den Teilnehmern viele fruchtbare Erkenntnisse und ein Ergebnis mit dem alle weiterarbeiten können.

Joachim Speicher beginnt seine Grußworte mit der Anerkennung, dass sich der Landesverband mit dem Thema ein heißes Eisen ausgesucht hat. Die Tagung zeichnet sich stets durch hohe Qualität aus und auch dadurch, dass Themen aufgenommen werden, an die sich andere nicht heran trauen. Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zu „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“. Er stellt die Frage, ob es positiven Zwang gibt? Der Ethikrat spricht von wohlütigem Zwang. Speicher spricht von einer guten Stellungnahme.

Es ist häufig eine akademische Diskussion, wie es mit Menschen, die aufgrund Erkrankung nicht mehr für sich sprechen können ist. Angehörige (triadischer Blick) kommen hierbei nur vereinzelt vor. Das Dilemma wird im Menschenrecht deutlich und es stellt sich die Frage, wie man es schafft, die Behandlung so anzupassen, dass diese Rechte nicht gebeugt werden. Speicher wünscht allen Teilnehmern einen guten Verlauf der Veranstaltung.

Dr. Lensch begrüßt die Teilnehmer auch im Namen des Oberbürgermeisters. Er sei zum zweiten Mal bei dieser Veranstaltung dabei und er freut sich, dass alle gekommen sind. Er geht auf die Arbeitsweise des Gehirns ein und die Besonderheit, wenn es dort Probleme gibt. Das Gehirn ist ein System, das das Verhalten und Erleben steuert. Es gibt jedoch eine Vielzahl an Erkrankungen, die nicht nur den Patienten, sondern auch das Umfeld betreffen. In keinem Fach in der Medizin ist man selbst so viel gefordert wie in der Psychiatrie. Er stellt die Frage, ob diese Gruppe von Menschen in unserer Gesellschaft gut aufgehoben ist. Es hat sich in den letzten Jahren viel verändert, begonnen mit einer Einstellungsänderung. Die Enttabuisierung trägt dazu bei, dass sich die Gesellschaft auf die Gruppe Patienten zubewegt. Wir müssen überlegen, was moralisch richtig ist. Dr. Lensch dankt allen, die sich in diesem Bereich engagieren und helfen, die Gesellschaft ein Stück angenehmer und sozialer zu machen.

Frau Butgereit dankt den intensiven Grußworten. Sie hat sich gefragt, was das ethische Dilemma bei ihr selbst auslöst: Unwohlsein, Unbehagen, ein Gefühl von Verzweiflung bei der Wahl zwischen zwei Alternativen, bei der man die weniger schädliche wählen muss. Folglich braucht es eine Handlungsorientierung. Die heutigen Referenten werden sich diesem Spannungsfeld widmen. Sie begrüßt Dr. Gather, der Arzt und Wissenschaftler zugleich ist.

Dr. Gather stellt die Frage, was das Ethische an einer Dilemmasituation ist. Ethik heißt, eine Antwort auf die Frage „Was soll ich tun und wie soll ich handeln?“, in normativer, nicht in instrumenteller Hinsicht. Zum Beispiel die Frage, ob man jemandem ein Medikament verabreichen soll, obwohl er es nicht will. Die Gründe für ein ethisches Problem können vielfältig sein: 1. Es ist unklar welche Norm zutrifft. 2. Es gibt noch keine Norm 3. Es gibt einen Normkonflikt. Also das, was wir am ehesten als eine ethische Dilemmasituation verstehen.

Als Beispiel nennt er, ob jemand gegen seinen Willen eingewiesen werden soll. Oder die Behandlung einer Alkoholerkrankung: Soll bzw. darf man jemanden zu einer Behandlung zwingen? Darf man jemanden mit einer Psychose zu seinem eigenen Wohl fixieren? Gather ist sich sicher, dass jeder aus seinem Umfeld eigene Fälle kennt. Das Problem ist immer, dass man eine Entscheidung treffen muss. Er zeigt, wie man aus dem Dilemma rauskommen kann,

nämlich indem man die verschiedenen Punkte analysiert und in eine Beziehung zueinander setzt. Dann kommt man zu einer gut begründeten Entscheidung.

Die Klinische Ethik beschäftigt sich mit Fragen im Zusammenhang mit der Medizinethik. Eine Unterform beschäftigt sich mit Fragen der medizinischen Praxis. Er erklärt den Unterschied zwischen der Ethikkommission (seit 1970er), deren Aufgabe die medizinische Forschung ist und den klinischen Ethikkomitees (seit ca. 1990er Jahre), deren Aufgabe in der klinischen Versorgung liegt. Hier sind als Mitglieder Praktiker vertreten, Angehörigenvertreter jedoch noch zu selten. Ihre Beratungsaufgabe liegt darin, die Mitarbeiter in den Krankenhäusern bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Dies erreichen sie durch Fort- und Weiterbildungsangebote, Verfassen von Leitlinien sowie ethischer Fallberatung. Klinische Ethik kann Beratung und Unterstützung bei ethischen Problemen leisten, beispielsweise indem man auf ähnliche Fälle zurückgreift. Es wird dokumentiert, dass man über einen Fall nachgedacht, Argumente abgewogen und daraufhin eine Entscheidung getroffen hat. Klinische Ethikberatung kann jedoch keine Patentlösung liefern und keine Entscheidung übernehmen.

Wie ist Ethikberatung in Deutschland entwickelt? 50% der Einrichtungen haben eine Ethikberatung, häufig in größeren und in konfessionellen Häusern. In psychiatrischen Krankenhäusern sagen 92% aller antwortenden Kliniken, dass Ethikberatungsstrukturen vorhanden sind. Aber da Fallberatungen seltener stattgefunden haben, lässt dies die Frage offen, ob sie nur auf dem Papier bestehen. Die Herausforderung liegt darin, dass viele Sachverhalte in der Psychiatrie rechtlich geregelt sind. Trotzdem gibt es eigentlich noch einen großen Handlungsspielraum. Die Expertise und Fokus der Ethikkomitees liegt eher im somatischen Bereich. In der Psychiatrie gibt es schon viele Strukturen außerhalb der Ethik, wie Klinikkonferenzen, Teammeetings, Supervision. etc. Er sieht die Gefahr, dass ethische Fragestellungen zu kurz kommen.

Als Reaktion auf medizinische Skandale ist die Patientenselbstbestimmung in den letzten Jahren immer weiter gestärkt worden. Es hat eine allgemeine gesellschaftliche Entwicklung mit Betonung persönlicher Freiheitsrechte stattgefunden. Verschiedene Gesetze haben hierbei einen hohen Stellenwert! Das fürsorglich-paternalistische Arzt-Patienten-Modell steht der partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Betroffenen und der „Freiheit zur Krankheit“ gegenüber. Man kann niemanden zwingen, seine Krankheit behandeln zu lassen. Ziel ist eine Einwilligung nach Aufklärung, also eine freie Entscheidung ohne Druck von außen (auch von Angehörigen).

Die Einwilligungsfähigkeit ist ein normatives Konzept und von Ethikern und Juristen entworfen. Es geht um Entscheidungsfähigkeiten. Bringt eine Person die Fähigkeiten mit zu urteilen, eine Entscheidung zu treffen, Erklärungen zu verstehen und die Situation zu erkennen? Am Ende muss man zu einem Urteil kommen, ob der Patient einwilligungsfähig ist, also ob er im hinreichenden Maß über die genannten Fähigkeiten verfügt. Das gilt für alle Menschen, egal ob sie psychisch krank sind oder nicht. Und man darf aufgrund einer Diagnose nicht automatisch auf eine Einwilligungsunfähigkeit schließen. Die Beurteilung, ob ein Patient einwilligungsfähig ist, ist unabhängig davon, **welche** Entscheidung der Patient trifft. Eine Einwilligungsfähigkeit ist nicht global, sondern immer auf eine bestimmte Fragestellung bezogen. Und sie ist zeitspezifisch, also nicht dauerhaft. Zu einem bestimmten Zeitpunkt zu beurteilen heißt, dass die Beurteilung gegebenenfalls wiederholt werden muss. Wenn jemand einwilligungsfähig ist, gilt immer der geäußerte selbstbestimmter Wille. Man entscheidet selbst, ob man der Behandlung zustimmt. Bei der Unfähigkeit gibt es verschiedene Stufen, die der Reihe nach abgewickelt werden müssen: 1. Gibt es eine Patientenverfügung, also ein früher geäußertes selbstbestimmter Wille 2. Wurden früher Behandlungswünsche geäußert? 3. Der mutmaßliche Wille anhand religiöser Überzeugungen oder Wertvorstellungen. Das ist ein Bereich der Mutmaßungen mit viel Interpretationsspielraum. Dies ist schwierig und anfällig für andere Interessen, die mit einfließen. 4. Bestes Interesse, heißt, man überlegt sich, was aus einer rein objektiven Sicht heraus das Beste für den Patienten ist.

Dr. Gather stellt einen klinischen Fall vor und lädt am Nachmittag zur Diskussion darüber ein. Der Patient hatte eine Patientenverfügung (PatVerfü) unterschrieben, die auch psychiatrischem Zwang und Entmündigung vorbeugen soll.

Nach einer 15-minütigen Pause begrüßt Frau Butgereit alle Teilnehmer zurück und will gemeinsam mit Dr. Gather kurz eine Klarstellung zum Thema PatVerfü nachreichen. Gather macht deutlich, dass die PatVerFü umstritten ist. Er wollte keine Werbung dafür machen, sondern ein Beispiel für eine ethische Dilemmasituation darstellen.

Dr. Obert dankt für die Einladung und die herzliche Begrüßung bevor er mit seinem Vortrag „Was unternimmt die Gemeindepsychiatrie um ethische Dilemmasituationen zu erkennen und aufzulösen?“ beginnt. Ethische Dilemmasituationen sind immer in ein gesellschaftliches Menschenbild eingelassen. Heißt, jeder professionell Tätige hat eine Vorstellung davon, was ethisches Handeln heißt. Aber es ist schwierig zu definieren. Ethisches Handeln orientiert sich an Werten, Normen und Regeln. Der Mensch rückt immer mehr in den Mittelpunkt und rückt in das Zentrum seines Handelns. Der Mensch wird verantwortlich für sein Tun und Handeln. Das Grundgesetz baut mit Artikel 1 darauf auf. Darauf aufbauend leiten sich die Ziele und ethischen Leitlinien unserer sozialpsychiatrischen Arbeit im Besonderen wie auch unseres Zusammenlebens generell ab: Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Selbstermächtigung, die Freiheit zum Eigensinn. Die eigene persönliche Freiheit endet bei der Beschränkung der Freiheit der Mitmenschen. Das Recht auf eigenständige Entwicklung in der Gemeinschaft basiert auf den Prinzipien Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit, Offenheit und Transparenz. Sie sollten unseren Handlungsrahmen bestimmen. Problematisch wird es, wenn krankheitsbedingtes Verhalten diese Prinzipien in Frage stellen. Das Recht auf Krankheit steht dem Recht zur Fürsorge gegenüber, das Recht auf Verwahrlosung dem Recht auf Hilfe. Der gesellschaftliche Auftrag, also die Berücksichtigung und auch der Schutz des Gemeinwesens und die Behandlung, Unterstützung, Hilfe und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen bilden die Grundlage des Handelns. Durch diese Spannungen sind ethische Dilemmasituationen zugrunde gelegt.

Dr. Obert legt einen Exkurs zum Menschenbild ein, denn sozialpsychiatrisches Handeln korrespondiert mit einem Menschenbild. Der Mensch wird als soziales Wesen gesehen.

Gemeindepsychiatrisches Handeln geht vom schwächsten Menschen aus. Es existiert eine regionale Versorgungsverpflichtung, heißt, dass niemand gegen seinen Willen außerhalb seiner Lebensumgebung untergebracht wird. Es ist eine flexibel ambulant und aufsuchende Tätigkeit, die sich an den Ressourcen der Betroffenen und ihrer Umgebung orientiert. Sie übernimmt Verantwortung, mutet aber auch Verantwortung zu – sowohl von den Betroffenen als auch von den Angehörigen. Sie fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus.

Dr. Obert geht kurz auf die Euthanasieverbrechen der Nationalsozialisten ein. Ein solches Denken steht diametral zu unseren ethisch moralischen Prinzipien der Gemeindepsychiatrie. Ein Erbe, das nicht aus unserem Gedächtnis gelöscht werden darf und das eine besondere, nicht zu vergessende Motivation, Aufgabe und gleichzeitig Grundlage ethischen Handelns darstellt.

Im Folgenden nennt Dr. Obert Beispiele von schwierigen Situationen aus dem Alltag, die sich immer auf die vorher genannten Dilemmasituationen beziehen. Er berichtet von der Geschichte von Frau Meier:

Bei der Selbst- und Fremdgefährdung ist immer abzuwägen, was noch verantwortet werden kann und was nicht – ob eine Zwangsunterbringung noch zu umgehen ist.

Die Freiheit zur Selbstbestimmung steht gegenüber dem Verhalten, das durch ihre nicht zugängliche Symptome bestimmt ist. Dies wird nicht allein, sondern im Team und letztendlich

von einem Richter entschieden. Eine Zwangsmaßnahme widerspricht unseren ethischen Prinzipien und stellt eine Herausforderung dar, die jedoch als ultima ratio in manchen Fällen nicht zu umgehen ist. Wichtig dabei ist, dass die Situationen zu gegebener Zeit, wenn es Betroffenen wieder besser geht, aufgearbeitet werden müssen. Dies führt in der Regel bei allen Betroffenen zu Verständnis und Nachvollziehbarkeit.

Im Mittelpunkt des Handelns steht die kontinuierliche Abwägung, ob eine weitere ambulante Betreuung noch zu rechtfertigen ist oder ob eine Unterbringung angezeigt ist. Dies muss immer wieder überprüft und gegebenenfalls revidiert werden. Dafür muss immer Kontakt mit Frau Meier gehalten und mit ihr besprochen werden. Es gilt, die Einsicht in die Folgen ihres Handelns zu fördern und aufzuzeigen, dass sie selbst ihr eigenes Handeln beeinflussen kann. Hierbei handelt es sich um einen jahrelangen Prozess.

In einem anderen Beispiel berichtet er von Herrn Müller. Trotz 25 Jahre intensiver Betreuung in offenen Wohnheim und 5-jähriger Unterbringung in der Forensik, gelang bisher keine Integration seines Krankheitserlebens in seinen Alltag. Er steht unter rechtlicher Betreuung.

Das ethische Dilemma besteht darin, die Gefährdung der Umgebung zu minimieren und das Leben des Patient in der Gesellschaft in Einklang zu bringen – trotz fehlender Einsichtsfähigkeit. Von professioneller Seite gilt es, Geduld und Zuversicht bewahren, aber auch klar und eindeutig zu handeln.

Die Arbeit mit Angehörigen gehört zum notwendigen Teil in der sozialpsychiatrischen Arbeit.

Professionelles sozialpsychiatrische Handeln wird jeden Tag auf die Probe gestellt. Die Arbeit im Team ist eine unabdingbar und verzichtbare Grundlage, um ethische Fragestellungen zu lösen. Die Miteinbeziehung von Peers und Ex-In-Beratern gehört notwendig in der sozialpsychiatrischen Arbeit dazu. Fallbesprechungen, Supervisionen und ethische Fallberatungen sind unverzichtbare Instrumente, um ethische Fragestellungen zu beraten und zu behandeln. Auf der Ebene der regionalen Versorgungsverpflichtung. In jeder Region sollte eine kritisch solidarische Begleitung und Kontrolle durch die Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrieerfahrenen Standard sein.

Dr. Obert ruft dazu auf, kontinuierlich fachpolitisch zu arbeiten und sich einzumischen. Alle sitzen mit den Betroffenen in einem Boot. Als Fazit ist er sicher, dass die Dilemmatasituationen bleiben werden und es keinen Königsweg gibt. Aber es gibt eine Vielzahl von Orientierungshilfen. Das gemeindenahes Paradigma bedeutet Leben im Gemeinwesen für Alle, mit den gleichen Rechten und Pflichten, für ein Leben in Würde, dies gilt für den Betroffenen wie für das Umfeld.

Anschließend Mittagspause bis 13:15 Uhr.

Nach der Mittagspause referiert Andrea Melville-Drewes zum Thema „Wie wird Ethik in der Praxis umgesetzt?“. Sie bedankt sich ganz herzlich für die erneute Einladung, obwohl das Thema sie an ihre Grenzen gebracht hat. Sie hat festgestellt, dass in ihrer Arbeit das Thema Ethik nicht auftaucht.

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienst sind im PsychKG geregelt. Ihre Abteilung Sozialpsychiatrie ist für die Menschen da, die ihren Weg ins Hilfesystem nicht selbständig finden. Per Gesetz dürfen sie nur die behandeln, die wollen – aber es gibt Ausnahmen: Bei Gefahr im Verzug dürfen sie auch Wohnungen betreten. Die Frage ist dann nur immer, wie man Gefahr im Verzug definiert. Reicht eine vermüllte Wohnung?

Erschreckend ist, dass sie 2018 doppelt so viele Menschen nach PsychKG einweisen haben lassen wie 2017. Von 2.700 Betreuten sind nicht mal 300 Personen, die sich von sich aus melden.

Sozialpsychiatrisches Handeln bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen freiem Willen, Erwartungen des sozialen Umfelds und Schutz des Individuums (Fremd- und Eigengefährdung). Sie sind paternalistisch, schränken die Freiheit zwar aus guten Gründen ein, aber es ist nicht ideal.

Als Stolpersteine sieht sie den erheblichen Schaden, der bedeutenden Rechtsgüter anderer gegenübersteht. Sie fragt sich, wo die Grenzen sind. Die medizinische und die juristische Sprache verstehen sich nicht immer ideal: es ist ein stetiges Ringen.

Sie legt einen Exkurs zu Ethikfragen in der Psychotherapie ein. Psychotherapie muss die Patientenautonomie wahren, denn es darf keine Abhängigkeitsbeziehung entstehen. Es kommt auf die Wahl der richtigen Therapiemethode an, nicht jede Therapiemethode hilft jedem Patienten. Es geht darum, Schaden zu vermeiden: Verstöße gegen den Berufsethos, Aufklärung über Nebenwirkungen. Jeder hat das gleiche Recht auf einen Psychotherapieplatz. Die, die es am meisten brauchen kriegen häufig keinen Platz, wie z.B. schwer psychisch Kranke oder Menschen mit Migrationshintergrund. Der Zugang zu Psychotherapie für schwer psychisch kranke Menschen ist wichtig und hierfür muss sich viel ändern.

Bei der durch das PsychKG vorgegebenen Zusammenarbeit sieht sie ebenfalls Stolpersteine: Sie ist zwar verpflichtet mit anderen zusammenarbeiten, darf aufgrund der Schweigepflicht aber nichts sagen. Das ist nicht realitätsnah und erschwert die Arbeit. Außerdem sind die Wartezeit bei Behandlern gegen die Motivation von Patienten.

Als Stolperstein bei der Suizidprävention sieht sie, dass die Patientenselbstbestimmung der Selbstbestimmungsfähigkeit gegenübersteht. Also eine frei verantwortliche vs. einer krankhaft determinierten Entscheidung. Das Thema Suizidprävention findet allgemein noch zu wenig Beachtung. Es geht um Früherkennung und effektives Management. Das sind die Schlüssel dafür, dass Betroffenen die Hilfe erhalten, die sie benötigen. Düsseldorf versucht, den Zugang zum Versorgungssystem zu verbessern, eine gute Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Angeboten aufzubauen und eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung zu fördern.

Abschließend berichtet Melville-Drewes von Fallbeispielen: So zum Beispiel eine obdachlose Frau, die am Flughafen Düsseldorf gelebt hat. Irgendwann wurde sie mehrfach nach PsychKG in die Klinik gebracht, aber immer wieder entlassen. Aktuell ist sie verschollen. Außer den drei Einweisungen haben sie nichts erreicht.

Oder von einem krebserkrankten Mann, der die Krebsbehandlung abgebrochen und zudem eine Psychose ohne Behandlungseinsicht hat. Sie selbst hat es geschafft, ihn zu einer weiteren Behandlung zu überzeugen. Während sie ihn zu all seinen Terminen begleitet hat, hat sie festgestellt, wie anstrengend das ganze Behandlungsprozedere ist. Mit Warte- und Wegezeiten. Nach vier Monaten, kurz vor der OP, kam die Frage auf, ob er überhaupt einwilligungsfähig ist und wurde an das betreute Wohnen angebunden – mit gesetzlicher Betreuung.

Laut ihrer Auffassung brauchen wir mehr ambulante Behandlung. Es tut Patienten nicht gut, aus dem häuslichen Umfeld zu ziehen. Ambulante Versorgung braucht eine neue Ausrichtung, um unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden. Ursachen können möglicherweise falsche finanzielle Anreize innerhalb des Gesundheitssystems sein. Sie fordert neue Wege durch Kooperation. Wir wollen raus aus der Psychiatriedrehtür, beispielsweise mit einem Community Mental Health Center. Die Leitlinien sprechen für eine wohnortnahe Versorgung. Hometreatment ist sicherlich nicht für jeden geeignet, aber es stellt sich die Frage, ob wir in Deutschland den richtigen Weg gehen. Es braucht eine gesundheitliche Vorausplanung, also eine Vorausplanung für psychiatrische Behandlungen bei psychischen Krisen mit Verlust der Einwilligungsfähigkeit.

Abschließend wünscht sie allen viel Erfolg auf der Gratwanderung zwischen Autonomie und Hilfe.

Nach einer 10-minütigen Pause leitet Frau Butgereit die Diskussion ein. Zum Thema Ethik gehört auch auf welcher Ebene man sich begegnet, nämlich auf Augenhöhe. Die Fragen wurden während der Vorträge auf Karten gesammelt, die nun an die Pinnwand geheftet werden.

Ein Teilnehmer stellt die Frage, inwieweit berücksichtigt wird, dass Kurzzeitplätze auch eine Lösung sein könnten. Und ob das jemand in seiner Arbeit berücksichtigt. Melville-Drewes berichtet, dass es in Düsseldorf so etwas nicht im psychiatrischen Bereich gibt, auch keine Krisenbetten. In Bochum gibt es wohl die Ideen der Nachtkliniken. In Stuttgart beginnt Hometreatment und im betreuten Wohnen halten sie ein Krisenzimmer vor, damit keine Klinikeinweisung notwendig ist. In Baden-Württemberg sind flächendeckende Krisendienste stärker in Diskussion. Die Fragestellerin sieht einen Bedarf an Krisenplätzen. Eine Zuhörerin berichtet, dass es in Frankenthal einen Ableger des Windhorse-Projekts für psychisch Kranke gibt. Aber die Kostenklärung sei schwierig. Die integrierte Versorgung sei in Deutschland nur sehr rudimentär ausgebildet.

Eine Teilnehmerin berichtet, dass sie beim Sozialdienst in Mainz in den letzten zwei Jahren so viele stationäre Behandlungsplätze gesucht hat wie noch nie. Sie fragt sich, woran das liegt. Dr. Obert berichtet, dass die meisten Patienten nach §1906 außerhalb in geschlossenen Wohnheimplätzen untergebracht worden sind. Wenn man mehr sozialverträgliche Wohnplätze finden würde, könnte man einige dort unterbringen, um geschlossene Unterbringung zu vermeiden. Melville-Drewes sieht das ähnlich, sie würde aber viel früher beginnen und schauen, dass die Krankheiten gar nicht erst chronifizieren.

Zur Lösung des ethischen Dilemmas von Dr. Gather: Die PatVerFü regelt nicht die Rechte Dritter, man kann trotzdem wegen Fremdgefährdung eingewiesen werden. Sie suggeriert, dass man sich dem psychiatrischen System komplett entziehen könne. Es kam zu einer Unterbringung nach PsychKG wegen akuten Fremdgefährdung. Zweifel an der Frage, ob der Patient einwilligungsfähig war und ob er sich der Konsequenzen bewusst war (Unterbringung ohne Behandlung). Man muss vorher investieren und Probleme vorher erörtern.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine Zwangseinweisung im Nachhinein besprochen wird? Melville-Drewes sagt, dass jede Zwangsmaßnahme besprochen werden müsste. Man muss sich die Zeit dafür nehmen und es kann nicht zwischen Tür und Angel besprochen werden. Dr. Obert ergänzt, dass es nicht zwingend in der Klinik passieren muss. Wenn der SpDi eine Zwangseinweisung einleitet, ist es ein Kunstfehler, wenn sie nicht nachbesprochen wird. In der Regel hat der Patient im Nachhinein Einsicht.

Wann und wo sollte man ein Nachgespräch mit einem paranoid schizophrenen Klienten sprechen? Dr. Gather antwortet, dann man einen Klienten nicht dazu zwingen kann, aber es wichtig ist, es dennoch zu tun. In der Vergangenheit wäre dies zu wenig passiert. Den Patienten müsse die Möglichkeit geben werden, zu artikulieren, wie sie sich gefühlt haben. Und man selbst müsse dem Patienten klar machen, wie schwer man sich mit der Entscheidung getan und sie abgewogen hat. Man gewinnt viel für das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Frau Butgereit fasst zusammen, dass es Ethikberatungen gibt, sie aber nicht genutzt werden. Was bräuchte es, damit sie genutzt werden und in den Alltag einfließen? Dr. Gather berichtet, dass die Zeitressource natürlich ein Problem ist, dies aber keine Ausrede sein kann. Man muss Prioritäten setzen. Die Gespräche dauern nicht so lange, wie viele befürchten. Auch in den Organisation ist es eine Frage der Prioritätensetzung. Konfessionelle Einrichtungen sind hier weit voraus. Hauptsächlich durch persönlichem Engagement, die Träger müssen Prioritäten setzen.

Dr. Ober fügt an, dass die Arbeit nicht nur darin besteht, mit den Betroffenen zu arbeiten, sondern auch mit dem Umfeld (z.B. Nachbarn). Für Melville-Drewes ist dies ein schwieriges Thema. Ihrer Erfahrung nach wollen die Nachbarn, dass der Nachbar, der vielleicht laut ist, mitgenommen wird und sind dann frustriert.

Gibt es eine Ausbildung, eine Qualifikation, um sich bestimmten Fragestellungen ethischen Dilemmata zu stellen? Warum finden sie keinen Eingang in Teamsupervision? Laut Dr. Gather plädieren Experten dafür, die beiden Bereiche zu trennen. Teamsupervisionen kommen aus dem psychotherapeutischen Hintergrund. Es gibt Überschneidungen, aber eben auch deutliche Unterschiede. Daher sollte man beide Bereiche trennen und separate ethische Beratungsangebote machen. Man muss das Thema Ethik bei Veranstaltungen wie heute zum Thema machen. Und Bewusstsein schaffen, es in die Medien bringen, um so Einfluss zu nehmen. Dr. Ober ergänzt, dass bei Ihnen Mitarbeiter, die Interesse an klinischer Ethikberatung haben, bewusst in Fortbildungen gehen und dann schließlich Zeit zur Beratung abgerufen werden kann.

Eine weitere Frage ist, was man tun kann, wenn ein Patient die Dialyse verweigert bzw. wie man sich dem annehmen kann? Melville-Drewes sagt, dass es ein Ringen ist – auch bei der Anhörung mit dem Richter. Nur weil jemand psychisch krank ist, heißt das nicht, dass er keinen freien Willen hat. Man muss auch achten, dass jemand eine andere Meinung hat. Es kommt die Nachfrage auf, was ist, wenn sich niemand zuständig fühlt? Laut Melville-Drewes sollte man dann über einen Eilantrag eine gesetzliche Betreuung beantragen. Man müsse zumindest alles versucht haben. Dr. Oberst ergänzt, dass sich der SpDi nicht aus der Verantwortung stehlen könne. Heißt, sie müssen letztendlich weiteres Vorgehen in die Wege leiten. Dr. Gather fügt hinzu, dass man nicht automatisch darauf schließen kann, dass eine Zwangsunterbringung notwendig ist und damit eine Zwangsdialyse. Das wäre eine gute Situation für eine ambulante Ethikberatung.

Dr. Ober stellt die Frage in den Raum, ob es nicht eine Idee wäre, eine unabhängige Ethikkommission für psychisch Kranke einzusetzen, die nicht nur mit Involvierten besetzt sind. Dr. Gather findet das eine gute Idee. Er wüsste jedoch nicht, dass das in Deutschland gibt, kennt es nur aus den Niederlanden.

Auf die Frage, ob Angehörige in Ethikberatungen miteingeschlossen werden antwortet Dr. Gather, dass das individuell gehandhabt wird. Grundsätzlich ist es zwar angedacht, aber es kommt darauf an, ob der Patient das auch möchte. Es wird noch zu selten von Angehörigen gefordert. Man hat das Recht, ein klinisches Ethikkomitee anzufragen. Ob auch der gemeindepsychiatrische Verbund das Ethikkomitee anfragen kann, kann Dr. Gather nicht generell sagen. Es wäre hilfreich nachzufragen.

Frau Butgereit stellt die Frage, welche Rolle einer ethischen Edukation zukäme? Ob sie nicht proaktiv auf Einrichtungen zugehen müssten. Laut Dr. Gather kommt dem eine wichtige Rolle zu. Viele Ethikkomitees in Kliniken bieten Fort- und Weiterbildungen wie Ethiktage an, Ethikvisiten oder ethische Liaisondienste. An Ideen mangelt es nicht, eher an der Umsetzung in der Breite. Frau Butgereit hakt nach, wer das Angebot nutzt und ob es Selbstmarketing geben darf. Laut Dr. Gather kann man das nicht pauschal beantworten. Man kann Flyer und Veranstaltungen zu den Ethikberatungsangeboten machen.

Ein Teilnehmer merkt an, dass man ausreichend Informationen braucht, um überhaupt eine ethische Entscheidung treffen zu können. Melville-Drewes sagt, dass man in der Nachbarschaft recherchieren kann. Sie hat nur zwei mal in ihrer Karriere eine Tür öffnen lassen. Das ist häufig ein schweres Ringen und immer eine Gratwanderung.

Welche Rolle würde im Bezug zum Ethikkomitee die Besuchskommissionen geben, die ja auch oft mit ethischen Fragestellungen haben. Dr. Gather betont, dass eine Unterbringung ein Eingriff in die Grundrechte ist, er befürwortet Besuchskommissionen. Trotzdem sind es für ihn zwei unterschiedliche Institutionen. Eine Teilnehmerin wirft ein, dass Besuchskommissionen

häufig nicht bekannt sind und dass gezielt Gespräche geführt werden. Bei ihrer Besuchskommission haben Flyer auslegen, dass Patienten sich kontinuierlich an sie wenden können. Es sei aber auch schwierig, Teilnehmer für die Besuchskommission zu finden. Daher stellt sie die Frage, ob es möglich ist, dass die Besuchskommission auch Funktionen des Ethikkomitees übernimmt. Melville-Drewes berichtet eher von dem Problem, dass sie keine Beschwerden bekommen. Ein Teilnehmer gibt sich als stellvertretender Leiter eines Ethikkomitees zu erkennen. Er berichtet, dass die Ethikbesprechung Fallbezogen ist. Sie nehmen auch Anfragen von Externen an, wenn der Patient zustimmt. Marketing ist auf der Homepage unter der Rubrik ‚Ethikkomitee‘ mit allen wichtigen Informationen zum Ablauf.

Eine Teilnehmerin will wissen, ob die Hürden wirklich da sein müssen und ob die Zustimmung wirklich notwendig ist. Dr. Obert betont, dass der Datenschutz und die Schweigepflicht schwierige Themen sind.

Auf die Frage, ob es Beschwerdestellen schon lange gibt und wo sie angesiedelt ist antwortet Melville-Drewes, dass die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Träger der unabhängigen Beschwerdestelle ist. Man braucht vermutlich einen langen Atem und Geduld bis sich so etwas etabliert.

Frau Odenwald berichtet, dass Kliniken überprüfen, ob es Behandlungsvereinbarungen gibt bzw. sie einzuführen. Diese sollen Drehtürpatienten erreichen, um festzulegen, was sie das nächste mal wollen und was sich ändern soll. In einem Rahmen, in dem sie in gesunden Zeiten reflektieren können. Sie möchte Werbung dafür machen, dass die Behandlungsvereinbarungen besser angenommen wird. Sie lassen die Patientenverfügung überflüssig werden.

Da keine Fragen aus dem Plenum mehr kommen, zieht Frau Zindorf ein Fazit der Veranstaltung. Der heutige Tag bestätigt sie, dass die Veranstaltung wichtig und notwendig war. Man kann das Wort Ethik jetzt souveräner in den Mund nehmen. Sie bekommt zustimmenden Beifall von den Teilnehmern. Die Moderatorin lädt alle Teilnehmer zum kurzen Abschlussaustausch mit dem Sitznachbarn ein.