

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Bachelor of Arts (B.A.) im Studienfach Soziale Arbeit

**Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der
Sozialpsychiatrie am Beispiel der Arbeit des
Sozialpsychiatrischen Dienstes**

Vorgelegt von: Madeleine Dierfeld

Erstprüfer: Prof. Dr. Albrecht Rohrmann
Zweitprüferin: Dr. phil. Birgit Papke
Ort: Siegen – Weidenau

Abgabetermin: 17. Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle	8
2.1 Hilfe	8
2.2 Kontrolle	9
2.3 Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der Sozialarbeit	10
3. Die Sozialpsychiatrie	14
3.1 Die Psychiatrie allgemein	14
3.2 Die Sozialpsychiatrie	14
3.3 Differenzierung: offene und geschlossene Psychiatrie	17
4. Exkurs: Gefährdete Menschenrechte im Alltag der Psychiatrie	19
4.1 Das Recht auf Schutz der Menschenwürde	19
4.1.1 Rechtsnormen	19
4.1.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie	20
4.2 Das Recht auf Selbstbestimmung	21
4.2.1 Rechtsnormen	21
4.2.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie	21
4.3 Das Recht auf Freiheit	23
4.3.1 Rechtsnormen	23
4.3.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie	24
4.4 Das Recht auf körperliche Unversehrtheit	24
4.4.1 Rechtsnormen	24
4.4.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie	25
5. Der Sozialpsychiatrische Dienst	26
5.1 Organisation und rechtliche Grundlagen	26
5.2 Aufgaben	27
6. Zwangsunterbringungen als Intervention in psychosozialen Krisen	29
6.1 Krisenintervention allgemein	29
6.1.1 Definition: Krise	29
6.1.2 Merkmale einer Krisenintervention	32
6.2 Zwangsunterbringung: Definition und Durchführung	33
6.3 Rechtliche Grundlagen: die öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung nach dem PsychKG	35

6.4 Zwangsmaßnahmen – eine Gratwanderung bezüglich der Wahrung der Menschenrechte	39
7. Theoretische Grundannahmen und Handlungsansätze der Sozialpsychiatrie	44
7.1 Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln	44
7.2 Das biopsychosoziale Modell	47
7.3 Handlungsansätze sozialpsychiatrischer Arbeit	51
7.3.1 Sozialpsychiatrische Beratung	51
7.3.2 Salutogenese	54
7.3.3 Empowerment	55
7.3.4 Recovery	57
7.3.5 Case-Management	58
8. Vorstellung verschiedener ambulanter Hilfsangebote	60
9. Wie äußert sich die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes?	67
10. Fazit	76
11. Literaturverzeichnis	80

Abkürzungsverzeichnis

AEMR	= Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
Art.	= Artikel
BGB	= Bürgerliches Gesetzbuch
FamFG	= Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	= Grundgesetz
ICD-10	= International Classification of Diseases bzw. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	= International Classification of Functioning, Disability and Health bzw. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
NRW	= Nordrhein-Westfalen
PIA	= Psychiatrische Institutsambulanz
PsychKG	= Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten oder Psychisch-Kranken-Gesetz
SpDi	= Sozialpsychiatrischer Dienst
SGB	= Sozialgesetzbuch
StGB	= Strafgesetzbuch
UN-BRK	= UN-Behindertenrechtskonvention

1. Einleitung

Handeln und Struktur der Sozialen Arbeit sind – so die zentrale Grundannahme – stets von einer Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle geprägt, weshalb dieser scheinbare Widerspruch immer wieder aufgegriffen und diskutiert wird. Dabei scheinen bestimmte Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit besonders maßgeblich von dieser Dichotomie beeinflusst zu sein, unter anderem die in der Psychiatrie.

In Abgrenzung zur allgemeinen Psychiatrie befasst sich die vorliegende Arbeit allerdings mit der Sozialpsychiatrie. Kennzeichnend für das sozialpsychiatrische Denken ist die ganzheitliche Betrachtungs- und Denkweise, ebenso wie der Grundsatz, ambulante Maßnahmen den stationären vorzuziehen. So soll dem Menschen eine Behandlung in seinem sozialen Umfeld ermöglicht und eine Inklusion angestrebt werden.

Eine bedeutende Rolle spielen hierbei die Sozialpsychiatrischen Dienste, die in ganz Deutschland zur psychiatrischen Grundversorgung gehören. Zu ihren wichtigsten Aufgaben gehören die Beratung von Menschen mit psychischen oder sozialen Problemen und deren Angehörigen sowie die Krisenintervention. Im Rahmen dieser Arbeit soll die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle – besonders in Bezug auf Zwangsunterbringungen als Krisenintervention – näher untersucht werden, unter anderem im Hinblick auf die Behandlung sowohl im ambulanten als auch stationären Setting.

Zunächst werden die Begriffe Hilfe und Kontrolle bestimmt sowie das Spannungsfeld in der Sozialen Arbeit generell näher beleuchtet, um eine gemeinsame Basis für die folgenden Überlegungen zu schaffen. Nach einer kurzen Einführung zur allgemeinen Psychiatrie wird dann die Sozialpsychiatrie erläutert und kurz zwischen der offenen und geschlossenen Stationsführung in der Psychiatrie unterschieden.

Weil Zwangsmaßnahmen eine Gratwanderung bezüglich der Wahrung der Menschenrechte darstellen, werden im folgenden Kapitel vier elementare Menschen- und Grundrechte – nämlich die Rechte auf Menschenwürde,

Selbstbestimmung, Freiheit und körperliche Unversehrtheit – aufgeführt und dahingehend erläutert, inwieweit sie in der Psychiatrie gefährdet sind.

Darauffolgend werden Struktur und Aufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste skizziert. Bevor die Zwangsunterbringung als Intervention in psychosozialen Krisen ebenfalls definiert wird und die rechtlichen Grundlagen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten bzw. Psychisch-Kranken-Gesetz am Beispiel von Nordrhein-Westfalen erläutert werden, werden zunächst die Krisenintervention allgemein vorgestellt und Krise und ihre Erscheinungsformen definiert.

Weil eine Zwangsunterbringung oft mit einer Zwangsbehandlung einhergeht, folgt anschließend die Diskussion über die Gratwanderung bezüglich der Wahrung der Menschenrechte bei Zwangsmaßnahmen im Allgemeinen. Neben der Verletzung elementarer Grundrechte stellt sich zudem immer auch die Frage, ob der Einsatz von Zwangsmaßnahmen die Tatbestände einer Freiheitsberaubung oder Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuches erfüllt. Deshalb wird dieser Aspekt genauer beleuchtet, auch hinsichtlich der Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um diese Rechtseingriffe – sowohl im moralischen als auch im juristischen Sinne – zu rechtfertigen.

Dann werden die theoretischen Grundannahmen und Handlungsansätze der Sozialpsychiatrie erklärt. Da das biopsychosoziale Modell und seine ganzheitliche Betrachtung die Grundlage für sozialpsychiatrisches Denken bilden, wird dies ausführlich herausgearbeitet. Konzepte und Ziele sozialpsychiatrischer Beratung werden nachfolgend dargestellt, ebenso wie ihre Besonderheit in der Sozialpsychiatrie. Als weitere zentrale Elemente sozialpsychiatrischen Arbeitens werden sowohl die Idee der Salutogenese als auch die Konzepte von Empowerment und Recovery vorgestellt. Da der Aufgabenbereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch die Koordination der verschiedenen Hilfsangebote umfasst, wird das Modell veranschaulicht, mit dem dies in der Praxis durchgeführt wird: das Case-Management.

Anschließend erfolgt die Diskussion bezüglich der Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle am Beispiel der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes, auch im Hinblick darauf, welche Rolle die psychiatrische Behandlung im Kliniksetting einnimmt und welche Möglichkeiten die Ansätze der Sozialpsychiatrie bieten, um den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Zuletzt werden dann die wichtigsten Aspekte der Arbeit im Fazit kurz zusammengefasst.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen ausschließlich die männliche Form verwendet, allerdings sind immer beide Geschlechter mit eingeschlossen.

2. Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle

2.1 Hilfe

Der Begriff Hilfe gehört gerade im Bereich der Sozialen Arbeit zum alltäglichen Sprachgebrauch, doch aufgrund seiner Bedeutungsvielfalt ist es schwer, ihn präzise zu definieren. Er beschreibt einerseits die altruistischen, also auf Selbstlosigkeit, oder die auf dem Gefühl der Verpflichtung beruhenden Formen alltäglichen Beistandes, andererseits kennzeichnet er professionelle soziale Interventionen, wie z. B. Beratung oder materielle Unterstützung. Im Rahmen dieser Arbeit ist Hilfe als berufliche Handlungskompetenz zu verstehen, die über den Einsatz verschiedener Methoden auf eine „professionell bestimmte Hilfsbedürftigkeit reagiert“ (Bauer 1996, S. 938).

In seiner anthropologischen Gegebenheit ist der Mensch „zur Erfüllung seiner Existenz auf Hilfe angewiesen, aber auch zur Hilfeleistung aufgefordert“ (Kreft & Mielenz 2008, S. 426). Die Soziale Arbeit befasst sich demnach folglich mit Angelegenheiten, die alle betreffen oder betreffen sollten, und wird damit gleichzeitig zur „bedingungslosen moralischen Aufgabe“ (ebd.). „Der Gebrauch von 'Hilfe' repräsentiert das 'Gute' in der Sozialpädagogik – und dies um den allerdings hohen Preis, dass dieses 'Gute' sehr vage und inhaltlich unbestimmt bleibt“ (Thiersch 2005, S. 783). Dieses Zitat verdeutlicht die Diffusität des Begriffes der Hilfe, wirft jedoch gleichzeitig die Frage auf, ob die Soziale Arbeit sich nicht überfordert, wenn „sie sich selbst für das fehlende 'Gute' im mitmenschlichen und gesellschaftlichen Umgang allumfassend zuständig erklärt“ (Kreft & Mielenz 2008, S. 426).

Gerade in der Sozialen Arbeit hat Hilfe nicht nur den fürsorglichen oder solidarischen Standpunkt, sondern muss sich an Leitgedanken wie Empowerment, Partizipation und Autonomie orientieren. Doch in der Neuzeit und gerade mit der Etablierung der Sozialpädagogik als Disziplin sind Formen der Hilfe entstanden, die als „gesellschaftliche Aufgabe betrachtet,

staatlich organisiert und von eigens dafür ausgebildetem professionellem Personal durchgeführt werden“ (vgl. Gängler 2005, S. 676).

2.2 Kontrolle

Mit Kontrolle bezeichnet man im allgemeinen Sprachgebrauch eine (andauernde) Überwachung oder Gewalt bzw. Macht, der jemand oder etwas unterliegt. Man differenziert zwischen Selbst- und Fremdkontrolle:

Unter *Selbstkontrolle* versteht man die menschliche Fähigkeit, innere Impulse zu lenken, um so das eigene Verhalten zu kontrollieren. Im psychologischen Sinne bedeutet dies, dass Gedanken und Gefühle zumindest dahingehend gesteuert werden können, positive oder negative Gefühlszustände herzustellen, aufrechtzuerhalten oder wieder aufzugeben, z. B. durch die Wahl des Umfelds oder durch das Meiden negativer Einflüsse. Dies spielt auch für das Funktionieren in einer Gemeinschaft eine zentrale Rolle, da durch diese Selbstregulation unangemessene Reaktionen unterdrückt bzw. kompensiert werden (vgl. Stangl 2017, Stichwort Selbstkontrolle). Das Gegenstück zur Selbstkontrolle bildet die *Fremdkontrolle*. Diese beschreibt die Überprüfung, Kontrolle und Veränderung einer Leistung oder eines spezifischen Verhaltens durch eine Drittperson.

Als *soziale Kontrolle* bezeichnet man „eine Form (intentionalen) sozialen Handelns, das auf die Herstellung von Konformität der Gesellschaftsmitglieder zielt“ (Flösser & Wohlgemuth 2015, S. 1474) – zum einen in Form der Internalisierung von gesellschaftlichen Normen und Werten, v. a. durch Erziehung und Sozialisation, zum anderen durch Sanktionierung erwünschten oder abweichenden Verhaltens mittels Lob oder Strafe (vgl. ebd.). Folglich bezeichnet man mit sozialer Kontrolle Handlungen, die darauf abzielen, Devianz in einem sozialen System zu verhindern.

Sie steh[t] im Einklang mit den Vorstellungen einer Bezugsgruppe, die über die Angemessenheit der Handlung wacht und die die Macht hat, diesen Vorstellungen Geltung zu verschaffen.
(Peters 2012, S. 115)

Soziale Kontrolle kann nochmals in formelle und informelle soziale Kontrolle unterschieden werden. Als formell gelten hierbei alle Formen institutionalisierter Kontrolle, z. B. durch staatliche Instanzen wie die Polizei oder das Jugendamt, aber auch nicht-staatlicher Kontrolle wie beispielsweise kommerzielle Sicherheitsdienste. Informelle Kontrolle erfolgt dagegen durch Primärgruppen (Familie, Nachbarschaft, Peergroup) oder Sekundärgruppen (in Schulen, Betrieben, Parteien etc.). Die Soziale Arbeit kann teilweise in den Bereich der formellen sozialen Kontrolle eingeordnet werden und ist stets geprägt von der Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle (vgl. Menzel & Wehrheim 2010, S. 511).

2.3 Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der Sozialarbeit

Es besteht die zentrale Grundannahme, dass die Soziale Arbeit durch einen scheinbar unauflösbaren Widerspruch von Hilfe und Kontrolle gekennzeichnet ist, weshalb sich immer wieder mit dieser Thematik auseinandergesetzt wird. Dieter Kreft und Ingrid Mielenz führen hierzu zur Verdeutlichung das Modell der modernen Dienstleistung auf, welches daraus besteht, dass sich zwei gleichberechtigte Partner – der Experte und der Klient – darum bemühen, eine den Klienten betreffende Sache in Ordnung zu bringen (vgl. Kreft & Mielenz 2008, S. 427). Als problematisch gestaltet sich dies, wenn der Klient

a) unfähig oder unwillig ist, seine Rolle als Kunde einer Expertendienstleistung angemessen zu spielen und wo er b) eben deshalb immer auch selbst zum Gegenstand der Bearbeitung durch den Experten wird.
(ebd.)

Deshalb muss die Soziale Arbeit dafür sorgen, dass die Autonomie des Klienten nicht verloren geht bzw. (wieder)hergestellt wird. Was hierbei

allerdings als hilfreich empfunden wird, ist subjektiv und wird vom Klienten entschieden.

Im Kern handelt die Dichotomie von Hilfe und Kontrolle davon,

zwischen dem Recht jedes Klienten, seine/ihre Sicht der Welt zur Geltung zu bringen und der Pflicht der [Sozialarbeit] nach bestem Wissen und Gewissen realitätsgerechte nützliche Dienstleistungen anzubieten, aber auch Schutz- und Kontrollaufgaben zu bewältigen.
(ebd., S. 428)

Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht also folglich darin, anstelle der Klienten zu handeln, sodass diese zwar in ihrer Handlungsfreiheit spezifisch beschränkt sind, allerdings mit dem Ziel, eben diese Freiheit wieder aufzubauen bzw. zu erhöhen. Die hierbei zu bewältigende Herausforderung ist, der Situation nach entsprechend zu bestimmen, inwieweit und in welchem Grad dieses stellvertretende Deuten und Handeln angemessen ist (vgl. ebd.).

Michael Bommes und Albert Scherr dagegen beschreiben als Aufgabe der Sozialen Arbeit, dass „soziale Kontrolle möglichst präventiv mittels Anleitens von 'Hilfen' zu bewirken“ ist (Bommes & Scherr 2000, S. 45), um so den Einsatz von Zwangsmaßnahmen „auf das unvermeidbare Minimum [zu] beschränk[en]“ (ebd.). Da die Soziale Arbeit an normative Vorgaben gebunden ist, kann sie dementsprechend Hilfen nur in einem Rahmen anbieten, in denen diese nicht mit bestehenden Gesetzen kollidieren. Kontrolle und ggf. auch Sanktionen als Reaktion auf Devianz sind darin mit eingeschlossen, ebenso, welche Gründe für das Empfangen von Hilfe zulässig sind und in welchem Umfang diese stattfindet. Somit steht Hilfe nicht im Widerspruch zu Kontrolle, sondern schließt diese stattdessen mit ein. Der Auftrag der Sozialen Arbeit ist es – gerade in Tätigkeitsfeldern, in denen sie sich mit Menschen mit normabweichenden Verhalten befasst – Hilfe zur Anpassung an gesellschaftliche Normen und Werte zu leisten, was gleichzeitig mit einschließt, auch den Erfolg dieser Hilfe zu kontrollieren (vgl. ebd.).

Allgemein lässt sich in Bezug auf Kontrolle festhalten, dass Fremdkontrolle immer dann nötig ist, wenn ein Mensch sich nicht ausreichend selbst kontrollieren kann (vgl. Wolf 2003, S. 4). Wichtig ist jedoch, diese nur als

Ultima Ratio und so kurz wie möglich anzuwenden, da immer das Risiko besteht, dass Menschen, denen langfristig eigentlich zu einem selbstbestimmten Leben verholfen werden soll, im Verlauf der Maßnahme eine sogenannte erlernte Hilflosigkeit entwickeln und glauben, allein nichts erreichen zu können und ihren Lebensumständen ausgeliefert zu sein (vgl. ebd., S. 5). Ziel der Intervention ist stattdessen, diese Menschen zu ermutigen und ihnen zu helfen, ihre Selbstkontrolle zurückzuerlangen oder überhaupt erst auszubilden. Mithilfe der Schaffung und Strukturierung bewältigbarer Aufgaben und Teilziele durch gewisse Vorgaben soll also die ausgeübte Fremdkontrolle eigene Kontrollerfahrungen ermöglichen und die Selbstkontrolle immer weiter stärken (vgl. ebd., S. 7).

Bei der Akzeptanz der Fremdkontrolle durch den Klienten scheinen verschiedene Aspekte eine Rolle zu spielen. So scheinen sie diese leichter annehmen zu können, wenn diese Kontrolle durch einen bekannten, akzeptierten und als wohlwollend erlebten Menschen durchgeführt wird. Zudem ist die Dosierung von großer Bedeutung, da partielle Kontrolle mit explizit kontrollfreien Bereichen ebenfalls eher zu einer Zustimmung seitens des Klienten führt, vor allem, wenn mit der Zeit eine Reduktion der Fremdkontrolle erfolgt und der Klient in die Planung und den Verlauf der Hilfsmaßnahmen so weit wie möglich miteinbezogen wird, um das Gefühl der Abhängigkeit zu vermeiden (vgl. ebd., S. 8).

Faktisch ist es zwar so, dass die Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Klient asymmetrisch ist – einerseits aufgrund der fachlichen Kompetenz des Professionellen, andererseits wegen der höheren Abhängigkeit des Klienten vom Sozialarbeiter als anders herum –, doch ein weiteres Ziel ist es, diesen Machtüberhang in der Realisierung der Hilfe immer weiter abzubauen, sodass der Klient letztendlich seine Autonomie zurückerlangt (vgl. ebd., S.2). Im Allgemeinen scheint es allerdings die Alternative zu geben, die Definitionskompetenz der Frage nach der Hilfsbedürftigkeit und Hilfeerbringung an diejenigen zu delegieren, die diese Hilfe empfangen sollen (vgl. Bommers & Scherr 2000, S. 46). Dies setzt jedoch ein Bewusstsein des Klienten darüber voraus, ob und in welchem Umfang er

Hilfe benötigt, was gerade bei psychischen Erkrankungen oft nicht gegeben ist. Außerdem gestaltet es sich schwierig, nur solche Leistungen als Hilfe zu werten, deren Ziele von den Adressaten gänzlich selbst definiert wurden, da in manchen Fällen zunächst gar nicht offensichtlich ist, wer genau der Adressat ist. So bedeutet beispielsweise die Inobhutnahme eines vernachlässigten Kindes durch das Jugendamt für das Kind eigentlich Hilfe, für die Eltern stellt dies allerdings einen gravierenden kontrollierenden Eingriff dar. Komplizierter wird dies nochmals, wenn die Hilfe gegen den Willen einer Person durchgeführt werden soll. Diese Hilfe fungiert als Hilfe zu der Hilfe, die sie begünstigen soll, ist jedoch vielmehr im Bereich der Kontrolle einzuordnen, die zum Ziel hat, den Kontrollierten zu unterstützen (vgl. Kraus 2016, S. 124).

Kurz aufzuführen ist hier in dieser Hinsicht auch das sogenannte *doppelte Mandat* der Sozialen Arbeit, welches das Spannungsfeld zwischen den der einzelnen Person bereitgestellten Hilfen und den gesellschaftlichen Kontrollfunktionen beschreibt. Hier handelt die Soziale Arbeit sowohl im Bemühen um das Wohl des Klienten als auch im Auftrag des Gemeinwohls, wodurch ein gewisser Loyalitätskonflikt entsteht. Der Sozialarbeiter ist durchgehend dazu angehalten,

ein stets gefährdetes Gleichgewicht zwischen den Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen des Klienten einerseits und den jeweils verfolgten sozialen Kontrollinteressen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen andererseits aufrechtzuerhalten.
(Böhnisch & Lösch 1973, S. 27).

3. Die Sozialpsychiatrie

3.1 Die Psychiatrie allgemein

Als Psychiatrie wird eine medizinische Disziplin bezeichnet, nämlich die Wissenschaft der Seelenkunde. Sie beschäftigt sich mit seelischen Erkrankungen, die sich im psychischen Bereich (Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Affektivität, Antrieb oder Verhalten) in Symptomen äußern. Die Institution, die auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist, wird ebenfalls Psychiatrie genannt und die Bandbreite der dort behandelten Erkrankungen reicht von affektiven oder psychotischen Störungsbildern bis hin zu Suchterkrankungen. Diese können hierbei sowohl auf somatischen als auch psychosozialen Faktoren beruhen (vgl. Schmidt, Bayerlein, Mattern, & Ostermann, J. 2011, S. 203).

Schwerpunkt der Darstellung der Psychiatrie liegt – gerade in Lehrbüchern – meist noch auf der „Darstellung psychischer Krankheiten, ihrer psychopathologischen Einordnung sowie ihrer somatischen Behandlung, ergänzt durch psychotherapeutische Verfahren“ (Clausen & Eichenbrenner 2010, S.9). Doch auch die soziale Begleitung, Unterstützung und Eingliederung psychisch Erkrankter außerhalb der Klinik wie auch die Möglichkeiten der Prävention spielen eine bedeutende Rolle (vgl. ebd.).

3.2 Die Sozialpsychiatrie

Ihre Anfänge nahm die Sozialpsychiatrie im Jahr 1970, als der Bundestag im Rahmen der Psychiatriereform eine Untersuchung zur Lage der Psychiatrien durchführte und die *Psychiatrie-Enquete* die vorherrschende Brutalität und die menschenunwürdige Behandlung psychisch Kranker in den Anstalten

beschrieb (vgl. Stange 2015, S. 34). Daraufhin kamen in Mannheim erstmals Psychiatrie-Mitarbeiter aller Berufsgruppen zusammen, um sich über diese Verhältnisse auszutauschen und mögliche Reformen anzustoßen. Es entstand der *Mannheimer Kreis*, „die Keimzelle der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland“ (Bosshard, Ebert & Lazarus 2007, S. 38), aus welcher sich später die *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* entwickelte, der sich der Leidenszustände und Bedürfnisse der Betroffenen annehmen wollte (vgl. ebd.).

Die Sozialpsychiatrie kann als eine spezifische Betrachtungs- und Arbeitsweise der Psychiatrie verstanden werden (vgl. Stange 2015, S. 33), auch wenn es Gegenstimmen gibt, die die Sozialpsychiatrie nicht als Teilgebiet der Psychiatrie ansehen. Klaus Dörner schreibt dazu: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie oder sie ist keine Psychiatrie“ (Dörner 1972/1995, S. 84).

Der Begriff bezeichnet sowohl ein entsprechendes, theoretisch-empirisches Wissenschaftsverständnis wie auch eine therapeutische Praxis, die sich vom biologisch-reduktionistischen, individuellen Körperkrankheitskonzept der traditionellen Psychiatrie abgrenzt und eine dialogische, partnerschaftliche Begleitung Betroffener, Partizipation und Empowerment realisieren will.
(Stange 2015, S. 33)

Kennzeichnend für die Sozialpsychiatrie ist die Haltung, den Menschen als „biopsychosoziale Einheit im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und sozialen Bedingungen“ (Walther 2017, S. 32) zu verstehen. Das bedeutet, dass die Krankheit immer im Kontext der psychosozialen Situation zu betrachten ist, die sowohl Mitauslöser als auch Konsequenz der Erkrankung darstellt (vgl. ebd.). Die naturwissenschaftlich-medizinischen und psychodynamischen Konzepte in der psychiatrischen Behandlung sind nicht ausreichend, um ein umfassendes Verständnis von psychischen Erkrankungen und ihrer Entstehung sowie ihren Bewältigungsversuchen zu erlangen, sondern gerade auch die Analyse und Reflektion der psychosozialen Umstände sind von Bedeutung, um bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen für Menschen in Notlagen konzipieren zu können. Zudem werden, wenn es darum geht, Konzepte, Hilfeformen und Einrichtungen zu entwickeln, sogenannte Psychiatrie-Erfahrene

hinzugezogen, die selbst auf Erfahrungen mit psychischen Krisen und deren Behandlung zurückgreifen können (vgl. Clausen & Eichenbrenner 2010, S. 10).

Basis für sozialpsychiatrisches Handeln sind ein Verständnis der Lebenswelten, der individuellen Möglichkeiten, das Leben zu gestalten, aber auch die Grenzen der Erträglichkeit. Inmitten des Spannungsfeldes „zwischen individuellem psychischen Leiden einerseits und Erwartungen und Toleranzen des gesellschaftlichen Umfeldes andererseits“ (ebd., S. 11) bemüht sich die Sozialpsychiatrie um eine angemessene Position der Hilfe, Begleitung und Versorgung psychisch Erkrankter. Ein ethischer und sozialpolitischer Aspekt prägt besonders das sozialpsychiatrische Denken und Handeln: das Streben nach gesellschaftlicher Gleichstellung und Gleichbehandlung chronisch psychisch Kranker mit physisch Erkrankten (vgl. ebd.).

Dadurch, dass psychische Krankheiten nicht mehr als rein organisches Defizit gesehen werden, sondern stattdessen der Mensch ganzheitlich betrachtet wird, verändern sich auch die Behandlungsziele. Entgegen dem „eher regressiven und verantwortungsentziehenden, defizitorientierten Paradigma“ (Obert 2001, S. 101) soll an die individuellen intra- und interpersonellen Ressourcen angeknüpft werden, um so die Selbsthilfefähigkeiten der Betroffenen zu stärken. Beziehung, Kontinuität und Vertrauen spielen hierbei eine bedeutende Rolle. „Die Umgebung ist als stabilisierender und gesundheitsfördernder Faktor in die Hilfe mit einzubeziehen [...], [um] Ausgrenzung und Stigmatisierung zu verringern“ (ebd.).

Diese Haltung zeigt sich schließlich in der Gemeindepsychiatrie – ein Begriff, der häufig fälschlicherweise synonym gebraucht wird. Die Gemeindepsychiatrie beschreibt die Auslagerung der primären psychischen Versorgung aus der Klinik heraus in sozialraum- und lebensweltorientierte sowie multiprofessionelle Angebote in die Gemeinde, wie Wohn-, Kontakt-, Beratungs-, Rehabilitations- und Beschäftigungsmöglichkeiten (vgl. Walther 2017, S. 33). Diese Verlagerung der therapeutischen Begleitung aus einer

medizinischen Einrichtung heraus soll den Klienten ermöglichen, in ihrem sozialen Umfeld zu bleiben und dort ambulant behandelt zu werden, um eine sogenannte Hospitalisierung zu vermeiden. Durch die soziale Deprivation psychisch Kranker können diese in ihrer Entwicklung erheblich beeinträchtigt werden und Auffälligkeiten zeigen, die nicht aus der psychischen Erkrankung selbst resultieren, sondern stattdessen darauf zurückzuführen sind, dass sie lange Zeit in totalen Institutionen wie Psychiatrien ein- und damit aus der Gesellschaft ausgeschlossen wurden. Stattdessen sollen die Betroffenen in ihre soziale Realität zurückgeführt und integriert werden (vgl. Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein 2016, S. 88).

In Kapitel 7 wird sozialpsychiatrisches Handeln und Denken sowie die Rolle der Klinischen Sozialarbeit mit ihren handlungsspezifischen Methoden nochmals näher ausgeführt.

3.3 Differenzierung: offene und geschlossene Psychiatrie

In psychiatrischen Kliniken unterscheidet man zwischen der offenen, der teiloffenen und der geschlossenen Stationsführung. Diese Arbeit befasst sich insbesondere mit der geschlossenen oder auch geschützten Psychiatrie, die strengen gesetzlichen Regeln unterliegt. Indikationen für eine Unterbringung dort – freiwillig oder unter Zwang – sind unter anderem konkrete Suizidalität, akute psychotische Symptome mit Selbst- oder Fremdgefährdung ohne Krankheitseinsicht, expansive manische Symptome oder psychosoziale Krisensituationen (vgl. ebd., S. 211).

Die geschlossene Psychiatrie unterscheidet sich insoweit von den anderen beiden Konzepten, dass tatsächlich die Türen und die Fenster – wie der Name schon sagt – verschlossen sind, wodurch gesichert werden soll, dass Patienten die Station nicht ohne gesonderte Erlaubnis verlassen können.

Unter anderem werden zusätzliche Maßnahmen ergriffen, damit Patienten weder sich noch andere gefährden können, wie z. B. das Verbot von scharfen oder spitzen Gegenständen sowie Gürteln oder Seilen, eine mögliche Isolierung oder eine Sicherung mithilfe von mechanischen Vorrichtungen wie die Fixierung. Auch gibt es oft einen oder mehrere Räume, in denen die Patienten permanent durch ein Fenster oder mittels Kameras vom Behandlungsteam beobachtet werden können, um ebenfalls eine Selbstgefährdung zu verhindern. Wie sich der Alltag auf einer solchen Station jedoch tatsächlich in seinen Vorgaben gestaltet, kann von Psychiatrie zu Psychiatrie variieren. Abhängig ist dies von verschiedenen Konzepten der Psychiatrien und der Personaldichte bzw. Schulung des Personals.

Hierbei unterscheiden sich auch Art und Umfang der sozialpädagogischen Arbeit mit den Erkrankten im Kliniksetting, die darauf abzielt, die psychosoziale Situation der Patienten bzw. Klienten zu verbessern. Häufig sind hier jedoch noch Mängel festzustellen (vgl. Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e.V. (LAG NRW) 2012, S. 2) und auf geschlossenen Stationen gibt es immer noch Tendenzen, psychisch Erkrankte sozusagen „zu verwahren“. Diese Arbeit befasst sich mit eben jenen, auf denen die Klinische Sozialarbeit weiter ausgebaut werden kann und muss.

4. Exkurs: Gefährdete Menschenrechte im Alltag der Psychiatrie

Das Prinzip der Menschenrechte spricht jedem Menschen von Geburt an das unantastbare und unveräußerliche Recht zu, als Individuum sowohl in Bezug auf die physische als auch die psychische Unversehrtheit vor jeder willkürlichen Behandlung geschützt zu sein. Doch gerade im Alltag von Psychiatrien kollidieren unter gewissen Umständen verschiedene Menschenrechte mit der dort stattfindenden Behandlung. Im Folgenden werden einzelne Rechte, die verletzt werden könnten, anhand von einzelnen Artikeln des *Grundgesetzes (GG)* Deutschlands, der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR)*, welche jedoch nur eine Empfehlung darstellt und nicht einklagbar ist, sowie der *UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)* oder im Englischen *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* aufgezeigt und näher erläutert. Letztere ist deshalb von Bedeutung, da gemäß Artikel (Art.) 1 Satz 2 UN-BRK im Sinne dieses Übereinkommens alle Menschen mit eingeschlossen sind, welche langfristige körperliche, seelische oder geistige Beeinträchtigungen haben, die sie an der vollen Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Der zu gewährleistende Schutz der Menschenrechte resultiert aus den Art. 1 Nr. 2 GG, Art. 1 AEMR und Art. 4 lit. c und lit. d UN-BRK.

4.1 Das Recht auf Schutz der Menschenwürde

4.1.1 Rechtsnormen

Art. 2 Nr. 1 GG:

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Art. 1 AEMR (Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit):

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen.

Art. 3 lit. a UN-BRK (Allgemeine Grundsätze):

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit [...]

4.1.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie

Gerade der Begriff der Menschenwürde taucht in vielen Grundsatzklärungen und Verfassungen auf und beschreibt den „unverlierbare[n], geistig-sittliche[n] Wert eines jeden Menschen um seiner selbst willen“ (Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) 2017a). Nach einer Formulierung des Bundesverfassungsgerichts ist mit ihr der soziale Wert- und Achtungsanspruch des Menschen verbunden, der es verbietet, den Menschen „zum bloßen Objekt des Staates [oder anderweitig Dritter] zu machen oder ihn einer Behandlung auszusetzen, die seine Subjektqualität prinzipiell infrage stellt“ (ebd.). Eine Missachtung der Menschenwürde stellt jede Behandlung dar, die erniedrigend ist oder in welcher der Mensch als bloßes Objekt gesehen wird, wie z. B. Folter. Sowohl die Grundrechte in Deutschland als auch die Idee der Menschenrechte basieren auf der Menschenwürde und deren Achtung.

In diesem grundlegenden Sinne spielt die Frage der Würde des Menschen in den heutigen Psychiatrien keine Rolle mehr, sondern vielmehr in Bezug darauf, dass Patienten der gleiche moralische Status ohne Diskriminierung und Stigmatisierung zugesprochen wird (vgl. Stoecker 2013, S. 575). Besonders die Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins stellen ein zentrales Element der Würdelosigkeit dar und kennzeichnen bis heute einen wichtigen Aspekt des Verhältnisses zwischen der Menschenwürde und der Psychiatrie (vgl. ebd., S. 577). Entstehen können diese Gefühle der

Hilflosigkeit durch Behandlungen, die gegen den Willen der Patienten und auch teilweise ohne patientenseitiges Verständnis für die Situation sind, wenn jemand aufgrund seiner Krankheit nicht einsichtsfähig ist und seine Lage nicht mehr richtig einschätzen kann.

4.2 Das Recht auf Selbstbestimmung

4.2.1 Rechtsnormen

Art. 2 Nr. 1 GG:

Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

Art. 12 AEMR (Freiheitssphäre des Einzelnen):

Niemand darf willkürlichen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden. Jeder hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.

Art. 3 lit. a UN-BRK: s. 3.1.1

4.2.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie

Der autonomieorientierte Ansatz geht davon aus, dass jeder Mensch auf ethischer Ebene das Recht auf seine menschliche Autonomie und auf rechtlicher Ebene das Recht auf Selbstbestimmung hat – mit Betonung auf Eigenverantwortlichkeit. Da der Mensch jedoch Teil einer Gemeinschaft ist, deren andere Mitglieder ebenfalls über diese Rechte verfügen, gilt es, auch diese sowie die öffentlichen Interessen zu berücksichtigen (vgl. Pichler 1992, S. 76). Unter Selbstbestimmung, welche aus der Würde des Menschen

resultiert, versteht man hierbei die Freiheit des Einzelnen, ihn selbst betreffende Entscheidungen ohne Einflussnahme Dritter treffen zu können, unabhängig vom Gesundheitszustand bzw. Krankheitsbild des Patienten (vgl. ebd., S. 77).

Schon Kant beschreibt 1785 in seinem Werk „*Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*“ die Autonomie als den „Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“. Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich in der medizinischen Ethik eben jene Ansicht durchgesetzt, „dass der zentrale Grundsatz medizinischen Handelns im Respekt vor der Autonomie der Patienten liegt“ (Stoecker 2013, S. 579), weshalb medizinische Maßnahmen grundsätzlich nur mit der informierten Einwilligung der Patienten zulässig sind. Um Zwangshandlungen einer moralischen Bewertung unterziehen zu können, ist es deshalb unumgänglich, die Bedeutung von Patientenautonomie und ihre Beziehung zur Einwilligung in Behandlungen genauer zu betrachten (vgl. ebd.).

Eine bedeutende Rolle spielt hierbei Gerald Dworkin, der 1982 in seinem Aufsatz „*Autonomy and informed consent*“ die Autonomie als die Fähigkeit zur kritisch selbstbewussten Reflexion über die eigenen Wünsche und Ambitionen beschreibt, „auf der unsere individuelle Personalität beruht“ (Dworkin 1988, S. 108 ff.). Diese bildet die Grundlage dafür, weshalb wir uns als wertvoll betrachten und behandeln sollten (vgl. ebd.).

Tom Beauchamp und James Childress ergänzen hierzu in ihrem medizinethischem Standardwerk „*Principles of Biomedical Ethics*“, dass der Wert der Autonomie nicht nur eine negative Verpflichtung impliziert, die Entscheidungen anderer nicht nur zu achten, sondern auch die positive, andere Menschen in ihrer Entwicklung und Aufrechterhaltung ihrer Autonomie zu befördern (vgl. Beauchamp & Childress 2009, S. 108 ff.).

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Autonomie und Menschenwürde sich nur schwer trennen lassen und die Selbstbestimmung vielmehr einen Teilaspekt der Würde darstellt, der im Alltag der Psychiatrie gefährdet ist. Durch Handlungen, die gegen den Willen und unter Zwang an einer Person

vollzogen werden – wie bereits erwähnt auch oft ohne Verständnis für die Situation seitens der Patienten – wird diese nicht selten als demütigend erlebt, weil ein Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht entsteht. Wenn Patienten nicht mehr selbst über sich und ihren Körper bestimmen können, weil sie aufgrund der psychischen Erkrankung nicht mehr in vernünftigem Maße dazu in der Lage sind, wird ihnen durch diese Fremdbestimmung möglicherweise das Gefühl vermittelt, dass etwas mit ihnen gemacht werden kann, worauf sie keinen oder nur bedingten Einfluss haben, was mit dem Konzept der Menschenwürde an sich unvereinbar ist und unter anderem Traumatisierungen nach sich ziehen kann.

4.3 Das Recht auf Freiheit

4.3.1 Rechtsnormen

Art. 2 Nr. 2 GG:

Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Art. 3 AEMR (Recht auf Leben und Freiheit):

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Art. 13 Nr. 1 AEMR (Freizügigkeit und Auswanderungsfreiheit):

Jeder hat das Recht, sich innerhalb eines Staates frei zu bewegen und seinen Aufenthaltsort frei zu wählen.

Art. 3 lit. a UN-BRK: s. 3.1.1

Art. 14 Nr. 1 lit. a, b UN-BRK: Freiheit und Sicherheit der Person:

Die Vertragsstaaten gewährleisten,

a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das

*Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.*

4.3.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie

Hier könnte man die Frage stellen, ab wann ein Mensch wirklich frei ist. Grundsätzlich ist man immer dann frei, wenn kein Zwang herrscht (vgl. bpb 2017b). Die Freiheit schließt also die Autonomie mit ein, sodass man selbst bestimmen kann, wie und wo man lebt und was mit einem selbst und dem eigenen Körper passiert. Auf die körperliche Unversehrtheit wird im folgenden Unterkapitel 4.4 genauer eingegangen.

Gerade im Rahmen von Zwangsunterbringungen spielt das Recht auf Freiheit eine bedeutende Rolle, indem diese den Patienten vorübergehend entzogen wird, sei es durch die Unterbringung an sich oder durch weitere sichernde Maßnahmen wie die Fixierung. Dies stellt einen gravierenden Eingriff in die Rechte der Person dar und muss deshalb stets einer strengen Prüfung unterzogen werden. Kapitel 6 befasst sich genauer mit Zwangsunterbringungen als Form der Intervention in psychosozialen Krisen.

4.4 Das Recht auf körperliche Unversehrtheit

4.4.1 Rechtsnormen

Art. 2 Nr. 2 GG: s. 3.3.1

Art. 5 AEMR (Verbot der Folter):

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Art. 15 Nr. 1 UN-BRK (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe):

Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.

Art. 17 UN-BRK (Schutz der Unversehrtheit der Person):

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

4.4.2 Begriffserläuterung sowie die Problematik in der Psychiatrie

Unter der körperlichen Unversehrtheit versteht man vor allem die Gesundheit, das physische Wohlbefinden und die körperliche Integrität. Nicht mit inbegriffen ist dagegen das psychische Wohlbefinden. Ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit ist folglich immer dann gegeben, wenn äußere Einwirkungen stattfinden, die die menschliche Gesundheit im biologisch-physiologischen Sinne beeinträchtigen, also Schmerzen oder Verletzungen verursachen (vgl. Jura Individuell 2017). Einen gravierenden Eingriff in diese stellt z. B. Folter dar.

Aber auch in der Medizin und speziell in der Psychiatrie spielt diese Begrifflichkeit eine bedeutende Rolle, da medizinische Hilfsmaßnahmen unter den Tatbestand der Körperverletzung fallen, weshalb diese ohne wirksame Einwilligung rechtswidrig sind (vgl. Stoecker 2013, S. 583). Bezogen auf Art. 5 AEMR sowie die UN-Antifolterkonvention ist jede Handlung als Folter zu werten, bei der einer Person „vorsätzlich große körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden“ (Bundesgesetzblatt 1990, S. 247). Die körperliche Unversehrtheit ist folglich

hauptsächlich durch die Gabe von Psychopharmaka gegen den Willen des Patienten gefährdet, aber auch durch das Hervorrufen von Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie den daraus resultierenden Traumatisierungen, die eine solche Zwangsbehandlung mit sich bringen kann.

5. Der Sozialpsychiatrische Dienst

5.1 Organisation und rechtliche Grundlagen

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) gehören in ganz Deutschland zum Standard in der psychiatrischen Versorgung. Sie setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen: Ärzte, Sozialarbeiter, Verwaltungskräfte und manchmal Pflegekräfte und Psychologen (vgl. Eichenbrenner 2017, S. 124). Der Begriff suggeriert, dass es sich um ein institutionelles Hilfsangebot mit den Anfängen in der sozialpsychiatrischen Reformbewegung in den 70er Jahren handelt, allerdings gab es bereits vorher schon verschiedene Ansätze zum Ausbau offener ambulanter Hilfen für psychisch Kranke. Die Psychiatrie-Enquete forderte zwar eine ambulante Versorgung zur Krisenintervention und nachfolgender Behandlung, jedoch zählte der SpDi nicht „als institutioneller 'Baustein' gemeindepsychiatrischer Versorgung“ (Brill 1993, S. 100), weshalb die Entwicklung und der Aufbau der SpDis länderspezifisch ohne einheitlichen rechtlichen Rahmen erfolgte und die einzelnen Bundesländer deshalb verschiedene Organisationsstrukturen und Aufgaben des SpDi aufweisen (vgl. ebd.).

In Bayern und Baden-Württemberg steht der SpDi vorrangig unter der freien Trägerschaft der Wohlfahrtspflege, wird jedoch aus Steuermitteln finanziert und steht allen kostenlos zur Verfügung. In den anderen Bundesländern ist er dagegen als eine dem Gesundheitsamt angegliederte Stelle Bestandteil der

Gesundheitsversorgung der Kommunen und somit auch des öffentlichen Gesundheitswesens. Er wird ebenfalls aus Steuermitteln finanziert und stellt daher ein kostenloses Angebot dar (vgl. Psychiatrienetz 2017a).

Dadurch, dass der Arbeit des SpDi kein einheitlicher rechtlicher Rahmen zugrunde liegt, verteilen sich die Zuständigkeiten für Fragen der psychiatrischen Versorgung in einem „komplexen Gefüge von Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie den Sozialleistungsträgern“ (Brill 1993, S. 105). Die wichtigen normativen Regelungen, die für die Arbeit des SpDi den Grundstein bilden, fallen entsprechend des Art. 30 GG folglich in die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer und sind im Rahmen von *Gesetzen für Hilfen und Schutzmaßnahmen* bzw. *Psychisch-Kranken-Gesetz*, kurz PsychKG, geregelt (vgl. ebd.).

5.2 Aufgaben

Die Arbeit der SpDi lässt sich in fünf Kernaufgaben einteilen: Eine der wichtigsten Aufgaben ist hierbei die Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen und sozialen Problemen, deren Angehörigen und allgemein von Bürgern, die um jemandes Wohlergehen besorgt sind. Einerseits dient eine kurzfristige Beratung ohne Wartezeit dazu, komplexe gesundheitliche Beeinträchtigungen und prekäre Lebenslagen zu klären und Betroffene anschließend in geeignete Unterstützungsangebote zu vermitteln, andererseits kann auch eine längerfristige multidisziplinäre Betreuung und Unterstützung notwendig sein. Das ist dann der Fall, wenn Betroffene trotz der Notwendigkeit noch nicht oder nicht mehr von anderen Hilfsangeboten erreicht werden (vgl. Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste 2012, S. 1). Ebenso soll sich der SpDi an der Prävention psychischer Krankheiten beteiligen und betreut in manchen Regionen auch Tagesstätten

oder sogenannte Teestuben, in denen sich Betroffene begegnen können.

Eine weitere Aufgabe ist die Krisenintervention. In manchen Fällen geraten psychisch Erkrankte – einmalig oder im Verlauf chronisch verlaufender Krankheiten auch wiederholt – in so starke psychosoziale Krisen, dass eine Selbst- oder Fremdgefährdung droht. Dann muss eine multidisziplinär besetzte Notfallbereitschaft verfügbar sein, um gefährliche Situationen sofort und ggf. vor Ort zu klären. Wenn dies nicht mittels ambulanter Maßnahmen möglich ist, erfolgt nicht selten im Rahmen dessen auch eine Zwangsunterbringung in der nächstgelegenen geeigneten Klinik nach PsychKG, auch gegen den Willen von Betroffenen. Um solche Situationen fachgerecht beurteilen zu können, ist eine hohe fachliche Kompetenz und ethische Grundhaltung zwingend notwendig.

Neben Belastungsfähigkeit ist auch Einfühlungsvermögen nötig, neben Entscheidungsfreude auch das Zulassen von Zweifel, neben Konzentration auf das Vordringliche und Wichtige auch der Blick auf Kontextfaktoren und Folgewirkungen der Krisenintervention.
(ebd.)

Da Menschen mit schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen nicht selten einen komplexen Hilfebedarf haben und Unterstützung in verschiedenen Bereichen ihres Lebens benötigen, ist eine weitere Aufgabe des SpDis, den individuellen Hilfebedarf sachgerecht festzustellen, zu planen und die verschiedenen Hilfsangebote zu koordinieren. Ebenso sorgt der SpDi im regionalen Verbund für eine Vernetzung der verschiedenen Akteure, ist hierbei jedoch davon abhängig, dass Leistungserbringer, Kostenträger, kommunale soziale Dienste sowie Selbsthilfe-Initiativen von Betroffenen und Angehörigen gemeinsam kooperieren (vgl. ebd., S. 2).

„Um die Qualität der Hilfeleistungen wirksam zu sichern und nachhaltig zu verbessern, müssen ihre ethischen bzw. fachlichen Standards regelmäßig überprüft werden“ (ebd.). Diese Aufgabe fällt ebenfalls in den Tätigkeitsbereich des SpDi, welcher somit als „unabhängige Beschwerdestelle für alle Dienste und Einrichtungen des regionalen Verbunds“ (ebd.) fungiert.

6. Zwangsunterbringungen als Intervention in psychosozialen Krisen

6.1 Krisenintervention allgemein

6.1.1 Definition: Krise

Im alltäglichen Sprachgebrauch bezeichnet man mit Krise eine gefährliche Entwicklung, Zuspitzung oder Verschärfung einer Situation, etymologisch ist der Begriff jedoch auf das griechische Wort *krisis* zurückzuführen und steht für Entscheidung bzw. entscheidende Wendung. Er beschreibt im Allgemeinen eine schwierige Lage, Situation oder Zeit, „die den Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt“ (Duden 2017), im medizinischen Sinne einen entscheidenden Wendepunkt bei einem Krankheitsverlauf (vgl. ebd.). Den Weg in den psychologischen Sprachgebrauch fand er erst später durch Erich Lindemann, welcher Angehörige von Opfern nach einem Großbrand in Boston 1943 hinsichtlich depressiver Reaktionen untersuchte. In der Vielzahl von Definitionen werden je nach therapeutischer Schule verschiedene Aspekte hervorgehoben:

Eine weit verbreitete Definition geht auf Gerald Caplan zurück. Sie besagt, dass eine Krise dann entsteht, „wenn ein Mensch sich auf dem Weg zu wichtigen Lebenszielen einem Hindernis gegenüber sieht, das mit den üblichen Problemlösungsmethoden nicht bewältigt werden kann“ (Keitel & Thorwart 1993, S. 214). Eine solche Krise kann nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn die üblichen Verhaltensmuster durch neue ausgetauscht werden. Scheitert die Bewältigung, kann dies zu „vermehrter Angst und Desorganisation der Persönlichkeit“ (ebd.) führen.

Nach Verena Kast spricht man dann von einer Krise, „wenn ein für den Kriselnden belastendes Ungleichgewicht zwischen der subjektiven Bedeutung des Problems und den Bewältigungsmöglichkeiten, die ihm zur Verfügung stehen, entstanden ist“ (Kast 1987, S. 16). Aus dem Gefühl der Bedrohung seiner Identität und Kompetenz, sein Leben zu gestalten,

resultiert bei Betroffenen oftmals das Gefühl der Angst. Wird letztendlich keine Bewältigungsstrategie gefunden, so entwickelt sich die Angst zu einer existenziellen Gefährdung (vgl. Keitel & Thorwart 1993, S. 215).

Thea Bauriedl definiert Krise im Rahmen des Konzepts der systemischen Familientherapie wie folgt: „In einer Krisensituation befinden sich ein oder mehrere Individuen im Zustand eines unausgetragenen Konflikts, der danach drängt, ausgetragen zu werden“ (Bauriedl 1985, S. 115). Um die Krise zu lösen, muss entschieden werden, ob alles so bleiben soll, wie es vor der Krise war, oder ob und inwieweit sich etwas verändern darf und muss (vgl. Keitel & Thorwart 1993, S. 215).

Für Klaus Dörner und Ursula Plög stellt dagegen jeder akute Zustand in der Psychiatrie eine Krise dar. Sie beschreiben eine solche Zuspitzung zwar „als Zusammenbruch der bisherigen Abwehr- und Bewältigungsstrategie[n] mit Zunahme der Angst sowie zugleich der Selbst- und Fremdgefährdung“ (Dörner & Plög 1978, S. 169), sehen in ihr jedoch aufgrund der „Offenheit, Schutzlosigkeit und Bereitschaft zur Neuorientierung“ (ebd.) ein Chance auf Veränderung. Allen Definitionen gemein ist, dass Krisen immer im Zusammenhang mit emotional belastenden Ereignissen oder bedeutsamen Veränderungen der Lebensumstände einhergehen, jedoch stets einen zeitlich begrenzten Zustand beschreiben, der von Betroffenen als existenziell bedrohlich erlebt wird und die eigenen Bewältigungsstrategien überfordert (vgl. D'Amelio 2010, S. 1f.).

Allgemein lässt sich zwischen traumatischen und Lebensveränderungskrisen unterscheiden: Während eine *traumatische Krise* nach plötzlichen und unerwarteten Ereignissen wie Unfällen, Gewaltverbrechen, Katastrophen, Krankheit oder Verlust auftritt, werden *Lebensveränderungskrisen* z. B. durch die Pubertät oder Pensionierung ausgelöst. Um Krisen zu bewältigen, mobilisiert der Mensch inter- und intrapersonelle Ressourcen, um sogenannte Coping-Strategien zu entwickeln. Sind diese zur Krisenbewältigung geeignet und tragen zu einer langfristigen Lösung bei, so sind sie funktional. Andere, wie beispielsweise selbstschädigendes

Verhalten, sind dagegen dysfunktional und auf Dauer sogar schädlich (vgl. Clausen & Eichenbrenner 2010, S. 132). Können diese kritischen Lebensereignisse nicht mithilfe der bisherigen Problembewältigungsstrategien gelöst werden, führen sie bei den Betroffenen „zu einer erhöhten psychischen Labilität, Suggestibilität und somatischen Reaktionsbereitschaft bis hin zu manifesten psychopathologischen Symptomen“ (D’Amelio 2010, S. 3). Als Folge treten die verschiedensten Symptome auf,

bspw. erhöhte Anspannung, innere Unruhe, Schlaflosigkeit, Unsicherheit, Angst
Hilflosigkeit, Irritation und Aggressivität, Verwirrtheit, Depersonalisations- und
Derealisationserlebnisse, wahnhaftige Projektionen und Halluzinationen sowie
psychosomatische Beschwerden.
(ebd.)

Neben der akuten Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung aus einer mangelnden Impulskontrolle heraus können sich die Symptome bei fehlender oder unzureichender Bearbeitung der Krise in psychischen Krankheiten oder psychosomatischen Symptomen manifestieren (vgl. ebd., S. 8).

Wie Dörner und Plog schon angeführt haben, bietet eine Krise jedoch auch eine Chance. Aufgrund des entstehenden Gefühls der Hilflosigkeit sind Betroffene oftmals bereit, Hilfe von außen anzunehmen und an ihren psychosozialen Problemen zu arbeiten. Bei chronisch psychischen Krankheiten besteht allerdings die Gefahr sogenannter chronischer Krisen oder Dauerkrisen, in denen Erkrankte das Hilfesystem zwar alarmieren, sich jedoch gleichzeitig nicht auf die Hilfsangebote einlassen können, um effektiv an ihrer Situation zu arbeiten (vgl. Clausen & Eichenbrenner 2010., S. 133).

Zuletzt lässt sich festhalten, dass eine Krise für sich allein kein eigenes Krankheitsbild darstellt, da sie ursprünglich als emotionaler Ausnahmezustand verstanden wurde, welcher bei vorher psychisch unauffälligen Menschen durch psychosoziale Belastungen hervorgerufen wurde. Daher kodiert man sie im ICD-10, der *International Classification of Diseases* bzw. *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* als akute Belastungsreaktion oder auch Anpassungsstörung (vgl. D’Amelio 2010, S. 4 f.).

6.1.2 Merkmale einer Krisenintervention

Eine Krise ist stets geprägt von intensiven Emotionen und erfordert deshalb einen schnellen Beginn der Intervention, um Betroffenen und ihrem Umfeld Sicherheit zu gewährleisten. Es ist jedoch wichtig, hierbei immer den Ablauf für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar zu gestalten, um Unsicherheiten zu vermeiden. Hierfür ist eine klare und andauernde Kommunikation elementar und während des gesamten Prozesses müssen Rückfragen möglich sein. Der Fokus des therapeutischen Vorgehens liegt dabei auf der akuten Situation und den akuten internen und externen Auslösern der Krise, um Stabilität und Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen wiederherzustellen. Ziel ist folglich nicht, die psychosozialen Probleme sofort endgültig zu lösen, sondern stattdessen, erste Bewältigungsschritte zu finden, weshalb die Krisenintervention nicht mit einer klassischen Psychotherapie gleichzusetzen ist. Allerdings kann eine solche als Nachsorge im Rahmen der Krisenintervention besprochen und organisiert werden, da eine Krisenintervention immer eine zeitlich limitierte Maßnahme darstellt und eine Weiterbehandlung meist notwendig ist, um die Krise längerfristig zu lösen (vgl. D'Amelio 2010, S. 9 f.).

In Bezug auf die therapeutische Haltung während einer solchen Intervention gilt prinzipiell:

Je schwerer die Krise und je „kopflöser“ oder „gelähmter“ der Patient, desto mehr ist ein aktives und - falls erforderlich - direktives therapeutisches Handeln gefordert. Je mehr der Patient im emotionalen Gleichgewicht ist und deshalb aktiv an der Bewältigung der Krise mitarbeiten kann, desto mehr kann der Therapeut die Haltung eines empathischen, aktiven Zuhörers einnehmen.
(ebd., S. 12)

Da aber seitens des Klienten oder dessen Umfeldes starke Gefühlsausbrüche möglich sind, ist es für den Mitarbeiter des SpDi zwingend notwendig, die professionelle Distanz zu wahren. Als Reaktion auf den Klienten oder die Situation besteht immer die Gefahr einer sogenannten Übertragung oder einer Überidentifizierung mit dem Schicksal des Klienten,

weshalb es wichtig ist, das Hier und Jetzt und nicht die vergangene Biografie des Klienten zu fokussieren (vgl. Neumann 2017, S. 242). Dadurch sollen die Ressourcen des Klienten reaktiviert werden. Das gleichzeitige Ermöglichen einer kontrollierten Verbalisierung der Gefühle sorgt für eine akute emotionale Entlastung (vgl. D'Amelio 2010, S. 12 f.).

Spitzt sich die Situation allerdings zu und eine Selbst- oder Fremdgefährdung ist nicht mehr auszuschließen, spricht man von einer psychiatrischen Notfallintervention. Hier besteht unmittelbarer Handlungszwang. Unter Umständen, falls keine Absprache oder einvernehmliches Handeln mehr möglich sind, kann es deshalb notwendig werden, auch gegen den Willen des Betroffenen zu handeln und, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind, ihn in eine geeignete psychiatrische Klinik einzuweisen (vgl. ebd., S. 15).

6.2 Zwangsunterbringung: Definition und Durchführung

In der Psychiatrie wird zwischen verschiedenen Zwangsmaßnahmen unterschieden. Grundsätzlich liegt *Zwang* nicht nur bei psychischer Gewalt vor, sondern in jedem Falle, in dem gegen den Willen von Patienten gehandelt wird. Dabei ist unerheblich, ob der entgegenstehende Wille verbal oder nonverbal geäußert wird und ob bei der betreffenden Person eine Einwilligungsfähigkeit besteht (vgl. Zentrale Ethikkommission 2013, A 1335). Eine der vorherrschenden Zwangsmaßnahmen ist die *Zwangsunterbringung* – bei Gefahr im Verzug auch eine sofortige – im Zuge einer Zwangseinweisung. Sie liegt dann vor,

wenn Betroffene gegen ihren Willen [...] oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) eingewiesen werden und dort verbleiben.

(§ 10 PsychKG NRW)

Die genauen rechtlichen Bestimmungen werden in Kapitel 6.3 genauer erläutert.

Die Krankenhäuser haben dann durch geeignete Maßnahmen dafür zu sorgen, dass sich Betroffene nicht der Unterbringung entziehen. Zu solchen *freiheitsentziehenden Maßnahmen* zählen vor allem verschlossene Türen, aber auch Fixiergurte oder sedierende Medikamente. Zu betonen ist hierbei jedoch, dass diese ausdrücklich genehmigungspflichtig sind, was nachfolgend ebenfalls näher erläutert wird.

Eine *Zwangsbehandlung* liegt dagegen vor, sobald eine medizinische Behandlung gegen den natürlichen Willen stattfindet, in der Regel in Form der Gabe von Psychopharmaka. Dem natürlichen Willen entspricht hierbei die Willensäußerung eines Menschen unabhängig seines psychischen Zustandes, dem freien Willen ausschließlich dem psychisch gesunder Menschen (vgl. Höflacher 2016, S. 53).

Zuständig für alle Fragen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung, folglich auch für die Durchführung, ist der SpDi. Unterbringungen erfolgen im Zusammenwirken von eben diesem mit dem Gesundheitsamt, der kommunalen Ordnungsbehörde, psychiatrischen Kliniken, dem Gericht, aber auch der Polizei oder Feuerwehr. Oft wird der SpDi gerufen, um „einen 'merkwürdigen', 'gefährdet oder gefährlich erscheinenden Bürger' aufzusuchen“ (Brosey & Osterfeld 2017, S. 153). Meist sind es dann Sozialarbeiter, die den ersten Kontakt herstellen und die Situation einschätzen. Gelingt es ihnen, eine Beziehung aufzubauen und die akute Lage zu regeln, kann im Einvernehmen eine ambulante oder stationäre Behandlung besprochen und eingeleitet werden (vgl. ebd.). Falls Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung oder Störung vorliegt, kann der Betroffene auch gemäß § 9 PsychKG NRW dazu aufgefordert werden, die Sprechstunde des SpDi aufzusuchen bzw. sich in ärztliche Behandlung zu begeben. Kommt der Betroffene dieser Aufforderung allerdings nicht nach, kann ein Hausbesuch durchgeführt werden (vgl. Bosshard et al. 2007, S. 157).

Gelingt eine Klärung der Situation nicht und eine Zwangseinweisung kann – bei Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen – nicht vermieden werden, wird diese auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde vom zuständigen

Amtsgericht angeordnet. Die meisten Verfahren – nämlich dann, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen –, beginnen aber zunächst mit einer vorläufigen Einweisung, die zur sofortigen Unterbringung mit nachträglicher richterlicher Anordnung führt. Diese Anordnung ist dann binnen 24 Stunden einzuholen (vgl. ebd.).

Doch auch wenn der Fall der Zwangsunterbringung eintritt, ist es für den SpDi weiterhin wichtig, den Kontakt zu den Betroffenen zu halten, da auch die Nachsorge häufig in dessen Aufgabenbereich und Verantwortung fällt. Zudem werden Sozialarbeiter von Betroffenen meist als weniger bedrohlich erlebt als Ärzte und Pfleger, welche die unangenehmen Entscheidungen treffen bzw. durchführen. Sie können daher mit den Betroffenen zu einem späteren Zeitpunkt die Zwangseinweisung und künftiges Vorgehen als Prophylaxe bei erneuter Gefährdung besprechen, z. B. im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung (vgl. Brosey & Osterfeld 2017, S. 153).

6.3 Rechtliche Grundlage: die öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung nach dem PsychKG

Es gibt zwei verschiedene Arten der Zwangsunterbringung, welche beide ihre Grundlage in den §§ 312 ff. im *Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)* haben: die öffentlich-rechtliche Unterbringung und die Unterbringung im Rahmen des Betreuungsverfahrens bzw. durch Bevollmächtigte. Letztere wird allerdings im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt, da für den SpDi vorrangig die öffentlich-rechtliche Unterbringung von Bedeutung ist.

Die sogenannte öffentlich-rechtliche Zwangsunterbringung und -behandlung – ursprünglich aus dem Polizeirecht – wird in der Bundesrepublik Deutschland über die jeweiligen Ländergesetze geregelt und in den meisten Bundesländern, so etwa auch in Nordrhein-Westfalen (NRW), an dessen Beispiel das Verfahren im Folgenden erläutert wird, *Gesetz über Hilfen und*

Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten oder *Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)*, genannt (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. (die-BPE) 2017, S. 7). Allen gemeinsam ist hierbei die Voraussetzung der Selbst- oder Fremdgefährdung aufgrund psychischer Krankheit (vgl. § 1 PsychKG NRW).

Eine Zwangsunterbringung Betroffener ist nur dann zulässig,

wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
(§ 11 Abs. 1 PsychKG NRW)

Von einer gegenwärtigen Gefahr ist dann auszugehen,

wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.
(§ 11 Abs. 2 PsychKG NRW)

Die öffentliche Sicherheit und Ordnung muss durch das von der Krankheit geprägte Verhalten erheblich gefährdet sein, damit eine Verhältnismäßigkeit gegeben ist. Dies ist z. B. bei Drohungen der Fall, doch allein die verbale Äußerung ist nicht ausreichend. Es muss die konkrete Gefahr bestehen, dass diese in die Tat umgesetzt werden, was an Tatsachen nachgewiesen werden kann, wenn z. B. bereits gefährliche Handlungen vorgenommen wurden. Zudem müssen die Taten in der Krankheit begründet sein und dürfen nicht von krimineller Veranlagung abstammen (vgl. Schmidt et al. 2011, S. 125f.).

Problematisch kann die Zwangsunterbringung dann sein, wenn sie aufgrund von Selbstgefährdung erfolgen soll, da jeder Mensch die Freiheit hat, sich gesundheitlich zu ruinieren. „Voraussetzung der Unterbringung ist daher, dass aufgrund der psychischen Erkrankung die Selbstbestimmung erheblich beeinträchtigt ist“ (ebd., S. 126). Besteht allerdings die Gefahr des Suizides, so gestaltet sich die Zwangsunterbringung weitestgehend unproblematisch, da der Staat „psychisch Kranke oder Gestörte vor sich selbst in Schutz nehmen [darf], weil ihre Handlungen keine freiverantwortliche Ausübung von Grundrechten sind“ (ebd.).

Den Antrag auf öffentlich-rechtliche Unterbringung stellt hierbei die örtliche Ordnungsbehörde im Einvernehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des zuständigen Amtsgerichts, wobei ein Gutachten eines Sachverständigen, also eines Psychiaters, eingeholt werden muss (vgl. § 12 PsychKG NRW). Gemäß § 17 PsychKG NRW ist der Betroffene bei der Aufnahme mündlich und schriftlich über seine Rechte und Pflichten zu informieren, ebenso über den richterlichen Beschluss, sobald dieser vorliegt. Zur Wahrung dieser Rechte wird Betroffenen regelmäßig ein Verfahrenspfleger zur Seite gestellt, der ihre Wünsche und Interessen vertritt. Zudem ist der Betroffene auch persönlich durch das Gericht anzuhören. Der Betroffene hat das Recht, gegen die Entscheidung des Amtsgerichts Beschwerde einzulegen (vgl. Brosey & Osterfeld 2017, S. 155). Außerdem normiert § 17 PsychKG NRW, dass der Betroffene nach der Aufnahme sofort ärztlich zu untersuchen und die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung täglich zu überprüfen, zu begründen und zu dokumentieren ist.

Im Rahmen der Unterbringung werden Betroffene nicht nur verwahrt, sondern auch behandelt, weshalb die Unterbringungsgesetze die Möglichkeit der Zwangsbehandlung ebenfalls vorsehen. Im Beispiel von NRW normiert § 18 PsychKG NRW den gesetzlichen Rahmen. So ist vorgeschrieben, dass gemeinsam mit den Betroffenen unverzüglich nach der Aufnahme ein individueller Behandlungsplan erstellt wird (vgl. § 18 Abs. 2 PsychKG NRW). Die notwendige Behandlung darf dann ohne Einwilligung vorgenommen werden,

wenn die Betroffenen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können und ohne Behandlung Lebensgefahr oder erhebliche Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Person oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen.
(§ 18 Abs. 4 PsychKG NRW)

Unmittelbarer Zwang darf dann angewandt werden, wenn weniger eingreifende Maßnahmen aussichtslos sind und die bevorstehenden Zwangsmaßnahmen rechtzeitig den Betroffenen angekündigt wurden, damit diese die Möglichkeit des Ersuchens von Rechtsschutz haben. Zudem muss der zu erwartende Nutzen aus Sicht der Betroffenen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen, der ernsthafte und ohne Druck

ausgeübte Versuch, die auf Vertrauen gegründete Einwilligung der Betroffenen zu erlangen, muss vorangegangen sein und die Maßnahme muss der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dienen, soweit dies möglich ist (vgl. § 18 Abs. 5).

Die Behandlungsmaßnahmen müssen durch die ärztliche Leitung angeordnet und genauestens dokumentiert werden – einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchführung sowie ihrer Wirkungsüberwachung (vgl. ebd.). Eine solche Zwangsbehandlung bedarf der vorherigen Zustimmung durch das zuständige Gericht und muss im Antrag begründet werden. Sie kann nur unter bestimmten Umständen vor der Einholung der richterlichen Entscheidung durchgeführt werden, wenn diese nicht rechtzeitig erreichbar ist, „eine besondere Sicherungsmaßnahme nicht geeignet oder nicht ausreichend ist, um die akute Gefährdung zu überwinden“ (§ 18 Abs. 6 PsychKG NRW) oder die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme „zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter Personen erforderlich ist“ (ebd.).

Besondere Sicherungsmaßnahmen wie die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die gesonderte Unterbringung oder die Fixierung in Form von Festhalten oder durch mechanische Hilfsmittel und deren Voraussetzungen sind in § 20 PsychKG NRW normiert. Diese dürfen ebenfalls nur nach richterlicher Anordnung angewandt werden, da es sich um freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß § 1906 Abs. 4 *Bürgerliches Gesetzbuch* (BGB) handelt. Ausschließlich zur Abwendung akuter Gefahr kann ein kurzfristiger Freiheitsentzug durch ärztliche Anordnung erfolgen, allerdings ist die Entscheidung des Gerichts unverzüglich nachzuholen, vor allem, wenn absehbar ist, dass diese Maßnahme länger oder häufiger angewandt werden muss (vgl. Clausen & Eichenbrenner 2010, S. 65).

6.4 Zwangsmaßnahmen – eine Gratwanderung bezüglich der Wahrung der Menschenrechte

Wie in Kapitel 4 schon näher erläutert, besteht in der Psychiatrie, besonders in Bezug auf die Zwangsunterbringung und -behandlung, immer die Gefahr, die Rechte der Betroffenen zu verletzen. Zudem würden beide Zwangsmaßnahmen nach StGB, dem *Strafgesetzbuch*, jeweils den Tatbestand zweier Straftaten erfüllen, sofern die notwendigen Voraussetzungen für ihre Durchführung nicht gegeben sind.

In Bezug auf die Zwangsunterbringung stellt sich die Frage, ob diese den Tatbestand der Freiheitsberaubung nach §239 StGB erfüllen könnte. Sowohl die Zwangsunterbringung als auch die -behandlung und die ihr zugrundeliegenden Gesetze sind unvereinbar mit Art. 14 der UN-BRK, welcher besagt, „dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (Art. 14 Abs. 1 lit. b UN-BRK). Die deutschen PsychKGs erfüllen weitgehendst die rechtsstaatlichen Anforderungen an die Regelung einer Freiheitsentziehung und in Deutschland herrscht die Auffassung vor, dass das Vorliegen einer Behinderung in Form einer psychischen Erkrankung allein die Freiheitsentziehung nicht rechtfertigt. Zunächst bedeutet dies also, dass eine erzwungene Unterbringung in der Psychiatrie den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen würde, doch zieht man das Kriterium der Selbst- oder Fremdgefährdung hinzu, so ist sie bei strenger Betrachtung der Verhältnismäßigkeit doch zulässig (vgl. Marschner 2013, S. 213). Voraussetzung ist hierbei jedoch das Vorliegen einer konkreten Gefahr und allein die abstrakte Ableitung, dass aus der psychischen Erkrankung eine Gefahr resultieren könnte, ist unzulässig (vgl. ebd.). Liegen also z. B. konkrete Androhungen vor, dass jemand sich oder anderen etwas antun will, so ist die Unterbringung nicht rechtswidrig und stellt keine Straftat dar.

Die Unterbringung nach PsychKG selbst ist in der Regel nur für wenige Tage notwendig, bis sich das Krankheitsbild der Patienten so weit verbessert hat, dass sie selbst einwilligen können, untergebracht oder behandelt zu werden.

Nach dieser Akutphase sind die Betroffenen meist dankbar, dass vom Umfeld gehandelt wurde, auch wenn Handlungen gegen den Willen von Patienten immer ein erhebliches Belastungsrisiko in Bezug auf die therapeutische Beziehung darstellen (vgl. Hohagen 2003, S. 201).

Eine besondere Form der möglichen Freiheitsberaubung sind Fixierungen. Auch diese werden gesetzlich streng geregelt und müssen vom Arzt angeordnet sowie genaustens dokumentiert werden (vgl. Hohagen 2003, S. 201), damit sie nicht den Tatbestand der Freiheitsberaubung erfüllen. Zu beachten ist jedoch, dass dieser Eingriff für Patienten ein traumatisches Erlebnis darstellen kann, wenn diese in einem ohnehin schon erregten, verwirrten Zustand hilflos einer Bewegungsunfähigkeit unterliegen – teilweise einhergehend mit heftigen Befreiungsversuchen (vgl. Höflacher 2016, S. 57). In Bezug auf diesen Aspekt stellt sich gleichzeitig die Frage, ob diese Maßnahme mithilfe einer Gabe von Psychopharmaka, also einer Zwangsbehandlung, humaner gestaltet werden kann (vgl. ebd.).

§ 18 PsychKG NRW sieht vor, dass im Rahmen einer Zwangsunterbringung eine Zwangsbehandlung ebenfalls zulässig sein kann, weshalb diese Zwangsmaßnahmen nicht selten miteinander einhergehen. Psychische Erkrankungen können die Wahrnehmungs-, Urteils- und Willensfähigkeit der Patienten so umfassend einschränken, dass diese nicht für sich selbst entscheiden und somit auch nicht ihre Einwilligung zur Behandlung geben können (vgl. Hohagen 2003, S. 200). Dennoch sind medikamentöse Zwangshandlungen außerhalb von Notfällen nicht allein damit gerechtfertigt, dass Patienten nur über eine getrübe Urteilsfähigkeit verfügen, sondern sind stets in Relation zu einerseits vorhersehbaren Folgen des Zwangs, andererseits zu vorhersehbaren Folgen des Behandlungsverzichts abzuwägen (vgl. Ernst 1999, S. 309). Zudem ist eine Medikation gegen den Willen der Patienten erst nach rechtskräftigem Beschluss durch das Amtsgericht zulässig (vgl. Hohagen 2003, S. 201).

Durch eine Zwangsbehandlung entsteht jedoch neben der Problematik einer möglichen Körperverletzung nach § 223 StGB ein weiteres Dilemma, denn dem Recht psychisch Kranker auf Behandlung steht gleichzeitig die „*Freiheit*

zur Krankheit“ (Bundesverfassungsgericht (BverfGE) 58, 208 (225)) gegenüber. Demnach steht es Patienten aufgrund ihrer Patientenautonomie grundsätzlich erst einmal frei, angebotene medizinische Maßnahmen abzulehnen, auch dann, wenn dies medizinisch unvernünftig erscheint. Die Ausübung dieser Freiheit gilt es sowohl gesellschaftlich zu respektieren als auch staatlich zu gewährleisten (vgl. Aichele 2016, S. 22).

Medizinische Maßnahmen greifen in den Intimbereich des Menschen ein, welcher den „Kern des Würdeschutzes jedes Menschen“ (Stoecker 2013, S. 584) bildet und selbst schmerzlose Eingriffe können als besonders herabwürdigend und erniedrigend erlebt werden, wenn sie gegen den Willen der Patienten geschehen. Durch das Übergehen der Wünsche und des eigenen Willens können bei Patienten Gefühle von Hilflosigkeit und Kontrollverlust entstehen und die Behandlung wird unter Umständen als gewaltsam erlebt. Daraus resultieren wiederum Gefühle der Demütigung und des Ausgeliefertseins, besonders dann, wenn aufgrund der psychischen Erkrankung das Geschehene nicht verstanden werden kann (vgl. ebd., S. 585).

Auch Menschen, die nicht zu einer aufgeklärten Einladung in der Lage sind, haben einen Anspruch darauf, nicht durch Eingriffe in ihrer Menschenwürde missachtet zu werden, jedoch sind sie gleichzeitig unfähig, autonome Handlungsentscheidungen zu treffen und die Ärzte wirksam zu autorisieren. Deshalb sorgen bestimmte Umstände, wie z. B. die Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit, dafür, dass sich Zwangsbehandlungen nicht immer vermeiden lassen. Die Aufgabe besteht daher darin, die Rahmenbedingungen z. B. in Form einer Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung einzugrenzen (vgl. ebd., S. 586).

Art. 12 der UN-BRK dagegen befasst sich genauer mit dem Diskriminierungsverbot für den Bereich der Rechts- und Handlungsfähigkeit und somit auch der Einwilligungsfähigkeit bezüglich Behandlungen, auch dann, wenn Zwang nicht unmittelbar thematisiert wird (vgl. Marschner 2013, S. 220). Die Anerkennung der Rechts- und Handlungsfähigkeit behinderter Menschen gleichberechtigt mit anderen bedeutet jedoch, dass diese ebenso

– unabhängig von Art und Ausprägung der Behinderung – selbst über ihren Aufenthaltsort und ihre Behandlung entscheiden können.

Nach überkommener Rechtsauffassung sind zwar Rechtseingriffe bei einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung zulässig, [doch die] Grenzen sind [...] unter Berücksichtigung der Vorgaben der UN-BRK zu bestimmen. (ebd., S. 221)

Es ist vonnöten, Zugang zu der Unterstützung zu schaffen, die behinderte Menschen bei der Ausübung dieser Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen, jedoch nicht im Sinne einer Fremdbestimmung, sondern in Form einer Assistenzleistung und Hilfestellung bei der Erkundung und Formulierung des eigenen Willens. „Die Autonomie der Willensentscheidung ist immer zu respektieren, soweit keine krankhafte Verzerrung des Wertesystems des betroffenen Menschen vorliegt“ (ebd.) und zwar bezogen auf das subjektive Wertesystem der Betroffenen und nicht auf ein objektives, vernünftiges. Deshalb verlangt Art. 12 Abs. 3 UN-BRK, Patienten die Abfassung einer Patientenverfügung oder einer Behandlungsvereinbarung anzubieten.

Dennoch ist eine Fremdbestimmung nicht auszuschließen, wenn Unterstützung nicht greift, doch nach den Vorgaben der UN-BRK wird es zukünftig nur dann zulässig sein, in die Rechte behinderter Menschen einzugreifen, „wenn kollidierende (höherwertige) Rechtsgüter gefährdet sind, die ihrerseits in der UN-BRK geschützt sind“ (ebd.), was auch den Vorgaben des BGBs entspricht.

Neben Art. 12 UN-BRK spielt auch Art. 17 UN-BRK, welcher den Schutz der Unversehrtheit der Person konkretisiert, eine bedeutende Rolle bezüglich der Frage, ob eine Zwangsbehandlung eine Körperverletzung darstellt.

Anders als Artikel 14 UN-BRK enthält Artikel 17 UN-BRK [...] keinen immanenten Vorbehalt dahingehend, dass ein Rechtseingriff wie bei nicht behinderten Menschen zulässig sein kann. Ein Eingriff kann daher nur zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter (insbesondere des Lebens oder wiederum der körperlichen und seelischen Unversehrtheit) in Betracht kommen. (ebd., S. 222)

Somit ist im Ausnahmefall ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit damit begründbar, dass dadurch die seelische Unversehrtheit wiederhergestellt werden soll.

Ebenfalls zu berücksichtigen gilt es, ob Patienten durch zwangsweise

durchgeführte Eingriffe Schmerz oder physisches Leid zugefügt wird oder ob die Gefahr negativer oder irreversibler Folgen für den Gesundheitszustand besteht, wie z. B. durch die Zwangsbehandlung mit Neuroleptika. In Einzelfällen kann dies je nach Umständen eine Form der Folter oder Misshandlung im Sinne des Art. 15 UN-BRK darstellen (vgl. ebd., S. 224 f.). Dass Patienten im Rahmen einer Zwangsbehandlung unter Schmerzen leiden, ist unumstritten, doch der Wortlaut der Vorsätzlichkeit erweist sich als problematisch. Schließlich wollen die Behandelnden zum Patientenwohl handeln, auch wenn „ein subjektiv gesehen ehrenwertes Motiv nicht automatisch Zwangsbehandlung [rechtfertigt]“ (vgl. Höflacher 2016, S. 59), weshalb diese Thematik weiterhin ein „ethisch schwieriges, polarisierendes Thema“ (ebd.) ist.

Zwangsbehandlung psychischer Erkrankungen darf also nur mit dem Ziel erfolgen, Patienten wieder in den Zustand des selbstbestimmten Entscheidens zu verhelfen oder um Selbstschädigung abzuwehren. Drohende Fremdschädigung rechtfertigt dagegen nicht die Zwangsbehandlung, da diese in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen ausreichend abgewendet werden kann (vgl. Zentrale Ethikkommission 2013, A 1336).

7. Theoretische Grundannahmen und Handlungsansätze der Sozialpsychiatrie

7.1 Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln

Die soziale Dimension spielt bei psychischen Erkrankungen eine bedeutende Rolle und man geht von einer „strukturellen Koppelung“ aus, also davon, dass sich soziale und psychische Prozesse gegenseitig beeinflussen (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S. 7). Soziale Faktoren sind maßgeblich für die Entstehung psychischer Erkrankungen, welche wiederum häufig Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse sind, die sich ihrerseits auf die Krankheit und die Lebenswelt Erkrankter auswirken. Die Soziale Arbeit befasst sich mit der Arbeit an der Lebenssituation ihrer Klienten und in den Bereich der Klinischen Sozialarbeit fallen sämtliche Interventionen auf der sozialen Ebene, die auf die Behandlung psychischer Erkrankungen abzielen (vgl. ebd., S. 8). Die Ansätze der Sozialpsychiatrie bieten hierbei eine gute Möglichkeit, die soziale Dimension in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu integrieren. Deren Leitlinien und Ansätze decken sich wiederum mit den Maximen des *alltags- und lebensweltorientierten Ansatzes* sozialer Arbeit.

Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist, dass jeder Mensch einen Alltag hat, in dem er sich bewegt, handelt, kommuniziert, denkt und fühlt (vgl. Obert 2001, S. 123). Der Mensch muss dabei über Kompetenzen verfügen, Aufgaben, Konflikte und Probleme zu bewältigen, die der Alltag mit sich bringt. Während der Alltag auf der einen Seite durch das Vertraute, Wiederholungen bzw. „Routine in der gewohnten Lebenswelt von Raum, Zeit“ (ebd., S. 124) und einem sozialen Gefüge geprägt ist, welches dem Menschen Vertrauen und Sicherheit bieten kann, ist Alltäglichkeit andererseits widersprüchlich, wenn dieses Vertraute durcheinandergebracht wird. Daraus resultieren letztendlich die zu bewältigenden Aufgaben, da das Neue und Unvertraute immer wieder in den eigenen Lebensentwurf integriert werden muss (vgl. ebd., S. 125).

Daraus entsteht eine dynamische, prozesshafte Gratwanderung und Weiterentwicklung von Identität, die angewiesen ist einerseits auf die Auseinandersetzung mit 'Aufgegebenem und Neuem' im Kontext der je eigenen Lebenswelt und andererseits auf die Bewältigung dieser Aufgabe.
(ebd.)

Lebenswelten beschreiben hierbei „Erfahrungs- und Handlungsräume, die als pragmatisch orientierter, überschaubarer Zusammenhang in gemeinsamer verbindlicher Verständigung erfahren werden“ (Thiersch 1986, S. 21) und beinhalten konkrete Verständigungs- und Handlungsmuster, wie Routinen, Typisierungen und Ausgrenzung, die eine räumliche und zeitliche Struktur und damit eine Überschaubarkeit für die Mitglieder der jeweiligen Lebenswelt herstellen (vgl. Obert 2001, S. 125). Sie konstituieren sich zudem über die Verfügbarkeit von Ressourcen, den sozialen Status und damit verbunden auch das Ansehen in anderen Lebenswelten. Gelingt diese dynamische Balance zwischen Individuum und Umwelt allerdings nicht und es stehen keine adäquaten Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung, können Spannungen und letztendlich Umstände entstehen, die krankheitsrelevant sind (vgl. Obert 2015, S. 50). Dem lässt sich hinzufügen, dass dieses Sichere und Vertraute im Alltag häufig allerdings aus der Struktur der Krankheit resultiert und nicht die eigentlichen Vorstellungen repräsentieren muss. Dennoch ist es für viele psychisch Kranke oft einfacher, sich auf dieses schmerzhaft Bekannte zu stützen und alte kranke Verhaltensmuster beizubehalten.

In der alltagsorientierten Sozialpädagogik wie auch im sozialpsychiatrischen Denken steht der Mensch stets als Ganzes im sozialen Feld und seiner Lebenswelt im Mittelpunkt des Handelns. Eine weitere Grundlage bildet der Respekt vor dem anderen wie auch dem Anderssein, die Akzeptanz und die Förderung der Autonomie des Klienten. Der Alltag, also der normale Kontext, soll bei beiden Ansätzen wiederhergestellt werden, indem sich einerseits an den Ressourcen, andererseits an der Lebenswelt orientiert wird und Alltagskompetenzen zur Strukturierung von Raum, Zeit und sozialem Gefüge vermittelt werden. Ziel ist praktisch eine Partizipation im Alltag. Gleichzeitig soll die Gemeinde befähigt werden, psychisch Kranke als Bestandteil der Gemeinde und als Personen wahrzunehmen (vgl. Obert 2001, S. 134).

Eine wichtige Rolle spielt hierbei auch eine genauere Betrachtung der materiellen und sozialen Existenzbedingungen und eine Unterstützung des Klienten dahingehend, diese Lebensbedingungen zu erhalten oder überhaupt erst zu erlangen. Während zunächst die Verantwortung vom Sozialarbeiter übernommen wird, um den Klienten zu entlasten oder der Klient in der Ausübung seiner Eigenverantwortung eingeschränkt werden muss, um eine Gefährdung zu vermeiden, zielt das sozialpsychiatrische Handeln darauf ab, diese im Verlauf und nach Absprache immer weiter zurückzugeben, um schließlich eine Autonomie des psychisch Kranken bezüglich seiner Lebensführung herzustellen (vgl. ebd., S. 135).

Letztendlich beruht alltagsorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln auf einer Grundhaltung, „welche die verschiedenen Facetten und Dimensionen abhängig vom Einzelfall in unterschiedlicher Intensität kombiniert und zur Anwendung bringt“ (Obert 2016, S. 58f.). Das umfasst neben Biografiearbeit beispielsweise alltagspraktische und sozialanwaltliche Tätigkeiten, aber auch Beratung, Arbeit mit dem sozialen Umfeld und im Gemeinwesen, Kooperation, Vernetzung sowie sozialpolitische Aktivitäten (vgl. ebd.). Sozialarbeiter, die in der Sozialpsychiatrie arbeiten, müssen über ein Wissen bezüglich verschiedener medizinischer, psychotherapeutischer und philosophischer Ansätze verfügen, wie z. B. über die Entstehung, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen. Daneben sind detaillierte Kenntnisse über die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen zwingend notwendig (vgl. Ortmann & Röh 2008, S. 213), um Klienten bei der Einleitung und Durchführung medizinisch orientierter Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen und bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. der Arbeitssuche, Umschulungen, Wiedereingliederungen oder der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises) zu unterstützen.

Außerdem beraten Sozialarbeiter hinsichtlich möglicher Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, beispielsweise die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder anderen materiellen Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII (vgl. Stange 2015, S. 40f.). Des Weiteren müssen sie in der Lage

sein, professionelle Beziehungen auch unter erschwerten Bedingungen aufzubauen und mit den Betroffenen wie auch den Angehörigen angemessen zu kommunizieren.

Neben der Kompetenz, eine angemessene Anamnese erheben und eine psychosoziale Diagnostik durchführen zu können, ist auch die Analyse komplexerer Fälle und schließlich die Organisation der geeigneten Hilfen im Rahmen des Case-Managements von großer Bedeutung (vgl. Ortmann & Röh, S. 214). Zudem gehört die Entwicklung sozialraumorientierter Projekte und die Vernetzung verschiedener Versorgungseinrichtungen wie etwa den Rehabilitations- und Sozialhilfeträgern, psychosozialen Beratungsstellen, SpDis und Selbsthilfegruppen sowie die Kooperation untereinander zum Aufgabengebiet der Sozialarbeiter. Gerade in der Selbsthilfebewegung spielt auch die dialogische Begleitung eine bedeutende Rolle, denn nicht nur der Austausch Betroffener untereinander zeigt heilsame Effekte auf den Verlauf der psychischen Erkrankung, sondern auch die Begegnung mit ehemals Betroffenen, wie Psychiatrie-Erfahrenen. Sogenannte EX-Ins werden durch spezielle Weiterbildungen für den Umgang geschult und diese Peer-Beratung gewinnt immer mehr an Bedeutung. Es entsteht ein Dialog zwischen Betroffenen und Angehörigen, Erfahrenen und den professionellen Helfern. Die methodisch-fachlichen Konzepte in der Sozialpsychiatrie sollten zudem ebenfalls Evaluations- und Qualitätssicherungsinstrumente beinhalten, auch zur Selbstkontrolle bzw. Selbstevaluation (vgl. Stange 2015, S. 42).

7.2 Das biopsychosoziale Modell

Die in den 1950er Jahren beginnende Risikoforschung, in der soziale und psychologische Faktoren und ihre Relation in Bezug auf Krankheitsgeschehen untersucht wurden, bildet einen wichtigen Wegbereiter für die Anfänge des psychosozialen Denkens, neben Pierre Janet, der dieses multidimensionale Denkschema schon 1924 vor dem Entwurf der

Begrifflichkeit als solche entwickelt hat (vgl. Egger 2015, S. 56). Eine bedeutende Rolle spielte auch die Entstehung der *Allgemeinen Systemtheorie*, der *General System Theory*, nach Ludwig von Bertalanffy. Sie verstand bereits „Betrachtungsgegenstände oder Phänomene (Systeme) [...] im Kontext der komplexen wechselseitigen Beziehungen der ihnen verknüpften Elemente [...] bzw. im Kontext der Organisation oder Umgebung, deren Teil sie sind“ (Pauls 2013, S. 17). Ferner war zudem das *allgemeine Adaptationssyndrom* aus der Stressforschung von Hans Selye „als eine unspezifische physiologische Antwort des Organismus auf eine Vielzahl von Stress auslösenden Reizen“ (ebd.) von Bedeutung.

Darauf aufbauend formulierte George L. Engel das biopsychosoziale Krankheitsmodell, gekennzeichnet durch die Ablehnung des reduktionistischen biomedizinischen Modells (vgl. ebd.). Den Kern der Überlegungen des Modells bildet die Annahme, dass „die Natur auf einem Kontinuum hierarchisch geordnet ist, wobei die komplexeren, größeren Einheiten jeweils über den weniger komplexen, kleineren Einheiten aufgebaut sind“ (Egger 2015, S. 57). Das Modell beschreibt folglich die Natur „als eine hierarchische Ordnung von Systemen“ (ebd.), wobei jede Stufe für sich ein eigenes „organisiertes dynamisches System“ (ebd.) repräsentiert, welches jeweils Qualitäten und Beziehungen aufweist, die für diese Stufe typisch sind. Dadurch, dass all diese Ebenen miteinander verbunden sind und nicht für sich isoliert existieren, resultiert aus jeder Änderung einer dieser Ebenen immer auch eine Veränderung der anderen (vgl. ebd.). Ein Ereignis verläuft aufgrund der „vertikalen und horizontalen Vernetzung“ (ebd., S. 58) nach dem „Prinzip der parallelen Verschaltung“ (ebd.) also immer gleichzeitig auf den verschiedenen Dimensionen ab.

Das System Person wird hierbei folglich in seiner Ganzheitlichkeit gesehen, also in ihrem physischen Erscheinen, aber auch in ihrem Verhalten und Erleben. Seinerseits besteht dieses System zudem aus weiteren Subsystemen, den Organen, wovon eins das Nervensystem ist. Ein zentraler Begriff ist hier die *Emergenz*, d. h. das Erzeugen von Phänomenen, die auf der darunterliegenden Systemebene nicht vorhanden sind, weshalb auf

dieser keine Erklärungsgrundlage für dieses Phänomen zu finden ist (vgl. ebd., S. 59).

Die größten Anstrengungen auf neurologischer oder biochemischer Ebene werden es nicht schaffen, die Erlebens- und Verhaltensphänomene (das 'weite Land der Seele') aufzuklären und vice versa - und zwar aus prinzipiellen Gründen, da das jeweils höher liegende System Phänomene produziert, die auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren.
(ebd., S. 60).

Folglich lassen sich psychologische Konstrukte nicht auf einer physiologischen Ebene finden, sondern stattdessen nur neurologische Erregungsmuster, welche für sich allein nicht in ihrer psychologischen Tragweite verstanden werden können (vgl. ebd.).

Unter Gesundheit wird hierbei im biopsychosozialen Modell nicht das gänzliche Fehlen von Störungen oder Auffälligkeiten verstanden, sondern stattdessen die Fähigkeit, diese vorhandenen pathogenen Faktoren ausreichend zu kontrollieren und zu bewältigen. Krankheit bedeutet folglich in diesem Sinne das Fehlen dieser Kompetenz. Krankheit und Gesundheit bilden demnach keinen Zustand an sich, sondern vielmehr ein dynamisches Wechselspiel, indem „Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens 'geschaffen' werden [muss]“ (ebd., S. 61).

Für die Wahrnehmung der Krankheit entscheidend ist also die Person in ihrer Ganzheitlichkeit und für deren Behandlung, den Umgang mit Krisen und deren Verlauf neben medizinischen Faktoren auch die interpersonelle, familiäre und gesellschaftliche Ebene, da diese bereits die Wahrnehmung und Inanspruchnahme geeigneter Hilfen maßgeblich beeinflussen. Engels Modell förderte daher „die patientenzentrierte Orientierung, dialogisches und beziehungsorientiertes Vorgehen und die Beachtung des sozialen Milieus der Menschen“ (Pauls 2013, S. 18) und wurde von der Psychologie und der Sozialen Arbeit aufgegriffen.

Es entwickelte sich das *Person-in-Environment-Konzept*, welches auf Jane Addams und Mary Richmond zurückzuführen ist. Hier wird der Umweltfaktor sehr weit gefasst und schließt soziale, wirtschaftliche, politische, historische, religiöse, physische, kulturelle und familiäre Dimensionen mit ein. Weil der Mensch und seine Umwelt stets interagieren und sich gegenseitig

beeinflussen, muss die Soziale Arbeit doppelt fokussieren und auf beiden Ebenen intervenieren. Verschiedene Einzelfallhilfen nehmen beispielsweise direkt Bezug auf dieses Konzept, wie die Arbeit mit Genogrammen oder Eco-Maps (vgl. Walther & Deimel 2017, S. 43). Der Erfolg der Behandlung ist letztendlich von einer „funktionierenden integrierten biopsychosozialen Gesamtkonzeption“ (Pauls 2013, S. 19) abhängig, also auch von den sozialen-emotionalen Ressourcen der Betroffenen und ihrem Umfeld.

Auch wenn das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis die Grundlage der Klinischen Sozialarbeit und der Sozialpsychiatrie bildet, ist es in Bezug auf die wissenschaftliche Beweisführung in die Kritik geraten und die biologisch-naturwissenschaftlichen Erklärungsmodelle dominieren weiterhin. Der Kritik zufolge ist das Modell in seiner Theorie noch nicht dahingehend ausreichend untermauert, dass sowohl die biologische, die psychologische als auch die soziale Ebene integriert sind.

Um als kohärentes „wissenschaftliches Modell“ gelten zu können, fehle es BPS an Aussagen zu spezifischen Relationen zwischen den beteiligten Komponenten sowie an spezifizierten, operationalisierten Variablen, die es ermöglichen würden, empirisch testbare Hypothesen zu entwickeln.
(Pauls 2013, S. 19)

Zudem kommt es zwischen den beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen noch nicht zu einem Konsens, welcher in allgemeine Theorien münden könnte, stattdessen herrschen Differenzen vor, in welchem Verhältnis sich die verschiedenen Faktoren wechselseitig beeinflussen. Hier stellt sich die Frage, ob dies in einer mangelnden Forschung begründet liegt oder aber darin, dass eine Verallgemeinerung aufgrund der Individualität des Menschen und der unterschiedlichen Betrachtungsweise dieser im Zusammenhang des jeweiligen Faches nur schwer möglich ist.

Während die Psychotherapeuten den Anspruch der Neurobiologie ablehnen,

grundsätzliche Erklärungen für alle seelischen Phänomene und das Bewusstsein [...] [zu] bieten [und alle] psychische[n] Prozesse allein in Begrifflichkeiten der Neurologie fassen zu können [...], finden wir [in der Psychotherapie] teils einen Verlust der sozialen Perspektive, weil viele Fachvertreter die psychosozialen Ursprünge durch die Konzepte der 'Störungsspezifität' und 'dosierbarer' Therapieapplikationen aufgeben und die Psychotherapie 'medikalisieren'.
(ebd., S. 20).

Die Soziale Arbeit dagegen nimmt besonders stark Bezug auf das

biopsychosoziale Modell, lehnt jedoch häufig die Einbeziehung der biologischen und psychologischen Ebene ab (vgl. ebd.).

Auf die Kritik bezugnehmend, dass die verschiedenen Ebenen des Modells mehr nebeneinander als miteinander verbunden behandelt werden, hat die World Health Organisation (WHO) eine Weiterentwicklung angeregt, aus der das *Modell der funktionalen Gesundheit* und die *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* bzw. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* hervorgegangen sind. Diese Klassifikation greift – im Gegensatz zum ICD-10 – ebenfalls die Dimension der Umwelt- und personenbezogenen Faktoren mit auf. Allerdings steht dieses System noch sehr in der Kritik, da gerade die zentralen Wechselwirkungen zwischen den Ebenen noch nicht im Fokus der Betrachtung liegen. Stattdessen verstärkt der „uferlose Katalog von Kriterien, Items und Teildiagnosen“ (Sommerfeld et al. 2016, S. 95) die Trennung der Ebenen und die Konzentration auf einzelne Faktoren. Um dem „Anspruch der ganzheitlichen und differenzierten Klassifikation und Diagnostik der funktionalen Gesundheit“ (ebd.) gerecht zu werden, muss die ICF deshalb weiter angepasst werden.

7.3 Handlungsansätze sozialpsychiatrischer Arbeit

7.3.1 Sozialpsychiatrische Beratung

In der Sozialpsychiatrie bildet die Beratung ein zentrales Element eines breiten und integrierten Behandlungskonzeptes im gemeindepsychiatrischen Verbund und überschneidet sich teilweise mit anderen sozialpsychiatrischen und psychosozialen Handlungsformen, wie z. B. der Krisenintervention, Begleitung oder den Fragen zur Lebensführung. Ziel der sozialpsychiatrischen Beratung besteht darin, Betroffenen und ihren

Angehörigen Kompetenzen zu vermitteln, mit denen das Leben mit der psychischen Erkrankung bewältigt werden kann, um sie in ihrer Entscheidungsfähigkeit und Selbstbestimmung bezüglich ihrer Lebensgestaltung zu stärken, sie bei der Erschließung ihrer Ressourcen zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen Handlungsalternativen aufzubauen (vgl. von Kardorff 2007, S. 1097 f.). Schwerpunkte in der Arbeit mit chronisch psychisch Kranken liegt zudem darin, ihnen zu helfen, ihre eigene Identität wieder neu zu bestimmen und sich (wieder) in ihrem sozialen Umfeld zu integrieren. Eine Besonderheit der sozialpsychiatrischen Beratung ergibt sich aus dem Doppelcharakter psychischer Erkrankungen als

psychophysische Beeinträchtigung und Bedrohung individuellen Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, Erlebens, Aktivitätspotentials und Handelns einerseits und als fundamentale Störung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen und damit als Irritation der eingelebten alltäglichen sozialen Ordnung und der in ihr geltenden Normalitätserwartungen andererseits.
(ebd., S. 1098)

Zusätzlich ergeben sich spezielle Anforderungen aus den einzelnen Störungsbildern. Die Sozialpsychiatrie muss sich mit den meist chronifizierten und nur begrenzt vorhersehbaren Krankheitsverläufen der Betroffenen und deren Auswirkungen auf die gesamte Lebensführung und das Sozialleben beschäftigen. Häufig erfolgt die Beratung Betroffener zusätzlich nur bedingt freiwillig, sondern vielmehr durch Angehörige oder gar eine zwangseinweisende, gesetzlich begründete Zuweisung zum psychiatrischen Behandlungssystem, mit der zudem die Sicherstellung und Wahrung der Grund- und Menschenrechte verbunden ist. Außerdem hat die Sozialpsychiatrie nach wie vor mit der von gesellschaftlichen Vorurteilen geprägten Stellung und Stigmatisierung psychisch Kranker und ihrer häufig benachteiligten Lebenslage zu tun (vgl. ebd., S. 1099).

Eine methodische Grundlage, auf der die sozialpsychiatrische Beratung basiert, ist die *Personen- bzw. Klientenzentrierte Beratung* nach Carl Rogers. Im Zentrum stehen hier die Erfahrungen, Erlebenszusammenhänge und Entwicklungen der einzelnen Person zu sich selbst, der Person in ihren zwischenmenschlichen Interaktionen und der Person „in den interaktionell geprägten, sich laufend verändernden Verhältnissen von Ökologie,

Technologie, Wirtschaft und Staat“ (Straumann 2007, S. 641). Der Ansatz geht davon aus, dass der Mensch direkt auf Impulse des eigenen Organismus und der Umgebung reagiert. Zugleich wird das menschliche Verhalten „durch den zielgerichteten Versuch des Organismus, seine Bedürfnisse, wie sie in dem so wahrgenommenen Feld erfahrbar wurden, zu befriedigen“ (ebd.) geprägt. Aus der Interaktion mit der Umgebung und der Interaktion mit anderen resultiert dann die Struktur des Selbst. Folglich setzt die Personenzentrierte Beratung direkt an der Schnittstelle Person und Umwelt an. Zudem bietet dieses Beratungskonzept in den Hilfen zur Selbsthilfe eine Orientierung, da es sich an den personalen und sozialen Kompetenzen und Ressourcen orientiert und sich auf die ganzheitliche Entwicklung, also sowohl die der Person als auch die ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen und ihrer Umwelt konzentriert. „Sie schließt somit eine existenziell-materielle, körper-, natur- und letztendlich gesellschaftsbezogene Beratung mit ein“ (ebd., S. 642). Hier stellt sich allerdings die Frage, ob ein derart umfassender Anspruch nicht zu hoch angesetzt ist und aufgrund mangelnder Kapazitäten Überforderung mit sich bringt und daher nicht erfüllt werden kann.

Ein weiterer Beratungsansatz, der in der sozialpsychiatrischen Beratung eine Rolle spielt, ist die *Systemische Beratung* bzw. Familientherapie. Die zentrale Idee ist hierbei, dass das Problem eines Familienmitgliedes nicht isoliert, sondern im System der Familie als Ganzes zu betrachten und die Familie deshalb, wenn möglich, miteinzubeziehen ist (vgl. Brunner 2007, S. 655). Zudem werden auch andere „Personen-Netzwerke mit hohem persönlichen Verbindlichkeitsgrad“ (ebd., S. 656) berücksichtigt.

Im Sinn der Konzepte der Allgemeinen Systemtheorie kann jedes (soziale) System definiert werden als ein Insgesamt an Beziehungseinheiten (Elementen), die miteinander verknüpft sind; soziale Systeme bestehen nicht nur aus einem Ensemble von Personen, sondern auch aus dem Netz von Beziehungen, das sie miteinander bilden.
(ebd.)

Berücksichtigt werden hierbei nicht nur real existierende Personensysteme, sondern auch wahrgenommene, weshalb ebenfalls von Bedeutung ist, inwieweit sich Menschen als zusammengehörig empfinden und wie sie ihre Beziehung untereinander wahrnehmen und definieren. Diese Frage nach der

„Konstruktion der unmittelbaren sozialen Welt (sozusagen der sozialen 'Nah-Welt') ist konstitutiv für systemisches Denken und Arbeiten“ (ebd.), weshalb „die moderne Form der Systemischen Beratung auch als 'systemisch-konstruktivistisch' bezeichnet wird“ (ebd.). In der ganzheitlichen Beratung hat die systemische Betrachtungsweise den Vorteil, dass ein Problem adäquater erfasst werden kann, wenn die Gesamtheit mitsamt der zwischenmenschlichen Zusammenhänge in ihrer Komplexität beachtet wird, was eine Multi-Perspektivität mit sich bringt (vgl. ebd., S. 656 f.).

7.3.2 Salutogenese

Das Konzept der *Salutogenese* wurde von Aaron Antonovsky als Gegenentwurf zur Pathogenese entwickelt und fokussiert statt ausschließlich die krankmachenden Faktoren auch jene, die für den Erhalt von Gesundheit von Bedeutung sind. Er beschreibt Gesundheit und Krankheit hierbei als zwei Pole auf einem Kontinuum und stellt Krankheit nicht als Abweichung von der Norm, sondern vielmehr als Bestandteil des Lebens dar. Für die Bewältigung von Krankheit spielt das Kohärenzgefühl eine bedeutende Rolle. „Kohärenz ist das Ausmaß der persönlichen Überzeugung, belastende Lebenssituationen meistern zu können“ (Walther & Deimel 2017, S. 43). Dieses Kohärenzgefühl beeinflusst die individuelle Position auf diesem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und setzt sich aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen (vgl. ebd.).

Verstehbarkeit steht hierbei dafür, inwieweit ein Mensch sowohl externe als auch interne Reize als „kognitiv sinnvoll (ebd., S. 44) wahrnimmt, also strukturiert und konsistent und nicht als Irritation oder Chaos. Mit Handhabbarkeit ist gemeint, dass jeder Mensch Ressourcen zur Verfügung hat, um Krisen zu bewältigen und deshalb auch in der Lage ist, sein Leben aktiv selbst zu gestalten. Bedeutsamkeit beschreibt dagegen das Maß, „in dem ein Mensch sein Leben als sinnvoll empfindet“ (ebd.). Diese

Bedeutsamkeit bildet den „motivationalen Teil des Kohärenzgefühls“ (ebd.). Das Kohärenzgefühl selbst entwickelt der Mensch über seine gesamte Lebensspanne und benötigt deshalb

wiederkehrende Erfahrungen von Konsistenz (in Abläufen, Strukturen und Beziehungen), von angemessenen Herausforderungen (ohne dauerhafte Über- oder Unterforderungen) sowie von Partizipation, also der Erfahrung, dass man Einfluss auf seine Umwelt hat und diese mitgestalten kann.
(ebd.)

Im Konzept der Salutogenese werden Krisen nicht als pathologisch angesehen, sondern als entwicklungsfördernd, weshalb Stressoren auch zunächst als Impulsgeber für Veränderungen zu verstehen sind. Ein bedeutender Aspekt – gerade im Bereich der Krisenintervention – ist zudem der, dass kein Mensch ausschließlich krank ist. Stattdessen gibt es immer auch gesunde Anteile und Ressourcen, die es zu entdecken und zu nutzen gilt (vgl. Neumann 2017, S. 248).

7.3.3 Empowerment

Der Begriff Empowerment wird oftmals im Sinne von Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung verwendet, während er aus politischer Perspektive mit Hilfe zur Selbsthilfe gleichgesetzt wird. Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen durch diesen Ansatz bei der „Rückgewinnung ihrer Entscheidungs- und Wahlfreiheit wie bei einer autonomen Lebensgestaltung“ (Gruber, Böhm, Wallner & Koren 2018, S. 52) unterstützt werden. Als Grundsätze lassen sich Ressourcen- und Kompetenzorientierung sowie Salutogenese, Selbstorganisation von Betroffenen, Möglichkeiten für den Aufbau von Ressourcen und Räume für gemeinschaftliches Handeln zusammenfassen. Im Bereich der psychiatrischen Praxis bedeutet dies, dass Bevormundungen vermieden werden sollen, auch um der Entstehung der erlernten Hilflosigkeit entgegenzuwirken und Traumatisierungen zu vermeiden. Stattdessen sollen die Selbsthilfe und vor allem auch gemeinschaftliches Empowerment gefördert werden, z. B. im Hinblick auf

Selbsthilfegruppen oder die Peer-Beratung (vgl. ebd.).

Empowerment ist eine professionelle Haltung, Klienten nicht als gestörte Individuen, sondern als Menschen mit Problemen und Ressourcen im Kontext ihrer sozialen Lebens wahrzunehmen und bezeichnet den Prozess, der Menschen befähigt, vorhandene Ressourcen für die eigene Gesundheit einzusetzen (vgl. (Quindel 2004, S. 190).

Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln heißt auch, einem Menschen eine größere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen zu ermöglichen, die seine Gesundheit beeinflussen. Dabei gilt als ein Ziel die Stärkung des Selbstbewusstseins, wo die Gefühle der Machtlosigkeit, Hilflosigkeit und des Kontrollverlusts abgebaut werden sollen. (Cordshagen 2003, S. 73f.)

Der Betroffene gilt als Experte in eigener Sache und wird als Subjekt wahrgenommen, welches selbstverantwortlich und kompetent die eigenen Interessen vertreten kann. Der Sozialarbeiter setzt hierbei seine Kompetenzen ein, um Klienten die Ressourcen zugänglich zu machen, die zu einer autonomen Lebensführung benötigt werden. Die Selbstbemächtigung gewinnt dann eine Eigendynamik: „Je selbstständiger die Klienten ihr Leben regeln, desto selbstbewusster werden sie, umso mehr Ideen und Kompetenzen entwickeln sie“ (Quindel 2004, S. 190). Während dieses Prozesses verringert sich die Abhängigkeit der Klienten von der professionellen Unterstützung, bis der Zugang zu Ressourcen letztendlich ohne diese gelingt (vgl. ebd., S. 190). Die Aufgabe der Sozialarbeiter besteht somit darin, die Klienten bei der Entdeckung ihrer Fähigkeiten und Stärken zu unterstützen, weshalb es wichtig ist, dass dabei nicht deren Defizite, sondern ihre Ressourcen im Blickfeld stehen. Gleichzeitig bietet Empowerment die Möglichkeit, auch die sozialen Netzwerke und die soziale Situation Betroffener zu verbessern und die Stigmatisierung zu reduzieren (vgl. Gruber et al. 2018, S. 53).

7.3.4 Recovery

Der Recovery-Ansatz – ursprünglich aus dem englischsprachigen Raum – erlangte durch Michaela Amering und Margit Schmolke auch in Deutschland immer mehr Bekanntheit (vgl. Utschakowski 2017, S. 296). Er ist eng mit dem Empowerment-Konzept verbunden und beschreibt zum einen den Versuch, zum Normalzustand zurückzukehren, wobei sich diese Rückkehr nicht auf den damaligen Zustand, sondern vielmehr auf einen angestrebten zukünftigen bezieht. Durch die aktive Gestaltung der Betroffenen soll die Kontrolle über das eigene Leben wiederhergestellt werden. Recovery ist folglich ein Prozess von persönlichem Wachstum und der Entwicklung, in der die sozialen und gesellschaftlichen Folgen der psychischen Erkrankung überwunden und die Selbstbestimmung zurückerlangt werden sollen (vgl. Gruber et al. 2018, S. 50).

Gleichzeitig ist Recovery auf den konstruktiven und kreativen Umgang mit der Erkrankung und den persönlichen Stärken und Schwächen ausgerichtet, um diese letztendlich in die eigene Identität zu integrieren. Somit geht es nicht rein um die Genesung, sondern vielmehr um die Erlangung von Autonomie und Lebensqualität – trotz der Erkrankung (vgl. ebd.).

Gesundheit beinhaltet oft eine Verwandlung seiner selbst, wobei man sowohl die eigenen Grenzen akzeptiert als auch eine neue Welt von Möglichkeiten entdeckt. Das ist das Paradoxe an Gesundheit, dass wir, indem wir akzeptieren, was wir nicht können oder nicht sind, entdecken, wer wir sein können und was wir tun können.
(Deegan 1996, S. 13)

Ziel ist hierbei nicht, der Erkrankung passiv zu begegnen und sie als gegeben hinzunehmen, sondern aktiv ein Umgang mit ihr zu erlernen, der ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht.

Voraussetzung und ebenfalls ein wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery ist die Hoffnung. Amering und Schmolke fassen Recovery mit einem Satz zusammen: „Hoffnung macht Sinn“ (Utschakowski 2017, S. 296). Dazu zählt nicht nur die eigene Hoffnung, dass das Leben besser werden kann, sondern auch die stellvertretende Hoffnung von Menschen, die an einen glauben. Der Satz beschreibt zugleich auch die drei Kernelemente: zuallererst die

Hoffnung, die auf den Erfahrungen Psychiatrie-Erfahrener beruht, die beweisen, dass ein Mensch das Potenzial zur Genesung hat, weshalb der Peer-Support auch in der Sozialpsychiatrie so eine bedeutende Rolle spielt.

Dann die Macht, dass jeder Mensch für sich weiß, was ihm gut tut, und dass jeder Verantwortung übernehmen kann. Die Forschung zur erlernten Hilflosigkeit hat allerdings gezeigt, dass nicht jeder, der die Verantwortung zurückerlangt hat, diese auch nutzen kann, weshalb es die Aufgabe der Sozialarbeiter ist, „Verantwortungsübernahme immer wieder anzubieten und anzuregen und nicht gleich kompensierend einzuspringen“ (ebd.).

Zuletzt die Bedeutung der Sinnhaftigkeit, deren Bedeutung gerade bei Krisen schon Antonovsky aufgezeigt hat. Die Einordnung der Symptome und der mit der seelischen Belastung verbundenen Phänomene beinhaltet, „die Erfahrung verständlich zu machen, um sie dann ablegen zu können: als Teil der Person, aber nicht als die Person als Ganzes“ (Slade 2009, S. 5). Voraussetzung für die eigene Lebensgestaltung ist allerdings, dass Betroffenen das Recht zugestanden wird, eigene Entscheidungen auch bezüglich ihrer Behandlung zu treffen und dass aktive Bereiche gefunden werden, in denen der Klient die Kontrolle selbst ausüben kann. Gerade im Recovery-Ansatz und der Salutogenese wird deutlich, dass Krisen Möglichkeiten für Genesungsprozesse bieten, auch wenn Chance und Gefahr eng beieinander liegen (vgl. Neumann 2017, S. 249).

7.3.5 Case-Management

Das Case-Management – auch Unterstützungsmodell genannt – beschreibt ein integratives Modell, mit dem verschiedene Maßnahmen und Interventionen in einem systemischen Zusammenhang gestellt werden können, welcher für die konkrete Fallarbeit von Nutzen ist (vgl. Sommerfeld et al. 2016, S. 217). Mit *Fall* ist hierbei allerdings nicht ausschließlich der

Mensch gemeint, sondern vielmehr die zu bewältigende komplexe Problemlage (vgl. Schreieder 2017, S. 274).

Die klassische Aufgabe des Case Managements besteht dem entsprechend [sic!] darin, die in der Umwelt vorfindbaren formellen und informellen Ressourcen möglichst optimal miteinander zu vernetzen und so einen koordinierten Hilfeprozess zu implementieren und in seinem Verlauf zu überwachen und zu evaluieren.
(Sommerfeld et al. 2016, S. 218)

Das Case-Management besteht aus zwei Ebenen: der Handlungs- und der Systemebene. Mit Handlungsebene ist in erster Linie das Fallmanagement gemeint, also die Optimierung der Hilfe für eine bestimmte Person. Die Systemebene dagegen beschreibt die Bemühungen, die Versorgungsstrukturen zu optimieren und zu koordinieren (vgl. Schreieder 2017, S. 274). Der eigentliche Prozess besteht aus mehreren Ebenen.

In der Kontaktaufnahme – oder dem *Engagement* – erfolgt ein Kennenlernen, auch vor dem Hintergrund, Erwartungen und Informationen über den Hilfeprozess zu besprechen, allerdings ohne konkrete Ziele oder Planungen. Danach folgt die Einschätzung, auch *Assessment* genannt. Hier werden die Ausgangslage und insbesondere die individuellen und sozialen Bedürfnissen im Hinblick auf eine psychosoziale Diagnostik genauer betrachtet und die zu bearbeitende Problemstellung eingegrenzt. Von großer Bedeutung ist hierbei auch die Einbindung und Zustimmung des Betroffenen sowie die Erfassung der Ressourcen.

In der darauffolgenden Hilfeplanung, dem *Planning*, werden dann anhand der festgestellten Problemlagen Ziele formuliert und geeignete Unterstützungsmöglichkeiten festgelegt (vgl. ebd., S. 276). Diese Zielfestlegung erfolgt sowohl mit den Betroffenen als auch mit allen zu diesem Zeitpunkt beteiligten Personen und Einrichtungen. Zur Dokumentation, die später eine „strukturierte Durchführung und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme“ (ebd.) ermöglichen soll, wird ein Hilfeplan erstellt. Zudem kann es sinnvoll sein, die Angehörigen und das soziale Umfeld bereits zu diesem frühen Zeitpunkt miteinzubeziehen.

Danach erfolgt die Durchführung bzw. *Intervention* (vgl. ebd.). In der Phase der Kontrolle, dem *Monitoring*, wird dann von Klient und Casemanager immer

wieder gemeinsam überprüft, ob die Umsetzung der Maßnahmen gelingt und inwieweit die Planung, die Zielvorgaben oder die getroffenen Maßnahmen angepasst werden müssen. Schließlich folgt die Entpflichtung oder auch *Evaluation*. In dieser letzten Phase der Bewertung wird die Ablösung eingeleitet, sofern sich die Lebenssituation des Klienten stabilisiert hat. Falls allerdings weitere Unterstützung notwendig ist, kann eine Fallübergabe an eine weiterbehandelnde Klinik oder Einrichtung eingeleitet werden. Die Folgen einer Beendigung sind allerdings stets sorgfältig abzuwägen, weil in der Regel von langen Alltagsbegleitungen ausgegangen wird. Ist eine Entpflichtung dagegen therapeutisch sinnvoll, sollte diese erfolgen, da sonst die Gefahr der Verhinderung der Selbstständigkeit und der Autonomie besteht. „Wird der Beziehungsabbruch jedoch zu schnell initiiert, kann der Erfolg vieler Jahre Sozialer Arbeit binnen kurzer Zeit zunichte gemacht werden“ (ebd., S. 277).

8. Vorstellung verschiedener ambulanter Hilfsangebote

Neben den SpDis, die psychisch Erkrankten und ihren Angehörigen flächendeckend als Anlaufstelle bei akuten Krisen dienen, gibt es noch verschiedene andere ambulante Hilfsangebote. Dadurch, dass die Zeiten, die Betroffene stationär in psychiatrischen Kliniken verbringen, immer weiter verkürzt werden und der Großteil der Behandlung – wie von der Sozialpsychiatrie gefordert – ins ambulante Setting ausgelagert wird, sind diese ambulanten Angebote von großer Bedeutung (vgl. Schleuning 2013, S. 31).

Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden, haben die Grenzen ihrer emotionalen Belastbarkeit erreicht, weshalb eine zeitnahe Hilfe notwendig ist. Grundsätzlich muss ein Krisendienst eine zuverlässige erste Anlaufstelle für

Menschen in akuten psychosozialen Notlagen sein, der den Hilfsbedürftigen an geeignete regionale Angebote weitervermitteln kann. Deshalb ist eine Vernetzung der vorhandenen Versorgungsstruktur besonders wichtig (vgl. ebd., S. 40).

Eine mit dem somatischen Erste-Hilfe-System vergleichbare Krisenhilfe für seelische Notfälle müsste wie folgt aussehen: eine telefonische, möglichst rund um die Uhr erreichbare Anlaufstelle dient einer ersten Klärung der vorliegenden Probleme. Auf Basis des so gewonnenen Eindrucks erfolgt eine Beratung sowie eine Empfehlung und Weitervermittlung an geeignete Stellen. Diese ist idealerweise sowohl telefonisch als auch ambulant persönlich in einer Dienststelle erreichbar und kann im Notfall zudem mobil aufsuchend, also beim Klienten vor Ort, eine Krisenintervention leisten sowie bei Bedarf eine stationäre Krisenbehandlung einleiten (vgl. ebd., S. 44).

Ambulante Hilfsangebote werden zwar immer weiter ausgebaut, allerdings variieren sie regional doch noch sehr stark hinsichtlich der Verfügbarkeit und Dichte. Nachfolgend sollen einige verschiedene Hilfsmöglichkeiten vorgestellt werden.

Eine Möglichkeit sind **Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)**, die psychiatrischen Kliniken oder Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung angegliedert sind. Da das Behandlungsteam neben Ärzten unter anderem auch aus Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten besteht, ist das angebotene Leistungsspektrum breiter als bei niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern und bietet neben der medizinischen Behandlung die Erweiterung um psychosoziale Betreuungsangebote.

PIAs haben vorrangig den Auftrag, chronisch psychisch Kranke zu betreuen, die durch niedergelassene Ärzte nicht oder nur unzureichend versorgt werden. Sie bieten häufig ebenfalls eine Krisenintervention an, eignen sich jedoch nur bedingt als Anlaufstelle in akuten Krisen, da sie nur zu bestimmten Zeiten und nicht rund um die Uhr geöffnet sind (vgl. Psychiatrienetz 2017b). Außerhalb der Öffnungszeiten bietet die Notfallhilfe

der regulären Notaufnahme der psychiatrischen Kliniken eine Möglichkeit, fachlich fundierte Hilfe zu erhalten. Häufig ist damit jedoch direkt eine stationäre Aufnahme verbunden, auch, wenn diese nicht immer zwingend notwendig ist (vgl. Schleuning 2013, S. 32), was die Hemmschwelle erhöht.

Manche PIAs vernetzen sich sogar vor Ort mit den dort zuständigen SpDis und bieten Außensprechstunden oder gemeinsame Hausbesuche an. Dies kann den Zugang psychisch Kranker zu Betreuung und Behandlung erleichtern, wenn sie sich nur schwer auf Termine in Praxen oder eine psychiatrische Behandlung allgemein einlassen können (vgl. Psychiatrienetz 2017b).

Grundsätzlich sind für die ambulante psychiatrische Versorgung, also auch für die Akut-, Krisen- und Notfallversorgung, laut Gesetz die **niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater** zuständig und verpflichtet, diese zu leisten. Sie sind die Fachärzte für den Bereich der Psychiatrie und behandeln pathologische Veränderungen und Störungen der Gefühle, des Gedächtnisses oder Erlebens und Verstehens. Dabei geht es einerseits um das psychologische Verständnis, andererseits aber auch die somatische Betrachtung von ursächlich körperlichen Erkrankungen, die sich auf das seelische Erleben auswirken (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz 2017a).

Viele Psychiater haben ebenfalls eine psychotherapeutische Ausbildung und sind sogenannte **niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten**, die – im Gegensatz zu nicht-ärztlichen – auch Medikamente wie z. B. Antidepressiva verschreiben können. Eine flächendeckende ambulante Krisenversorgung ist allerdings aufgrund struktureller und budgetbedingter Einschränkungen nicht möglich und die Verteilung dieser Arztgruppe geht am Bedarf der Patienten an vielen Orten vorbei (vgl. Schleuning 2013, S. 32). Besonders auffällig an dieser Bedarfsplanung ist das Stadt-Land-Gefälle. So kommen in ländlichen Regionen mehr Menschen auf einen Arzt als in Städten. In der neuen Bedarfsplanung weicht die geplante Ärztedichte zudem immer noch 79,2% vom Versorgungsbedarf ab (vgl. Bertelsmann 2015, S. 18). Für Betroffene

bedeutet dies neben eingeschränkten Öffnungszeiten folglich weiterhin Wartezeiten bis zum Termin beim Facharzt, weshalb eine akute Krisenintervention nicht realisierbar ist.

Eine weitere Anlaufstelle bei psychischen Beschwerden sind **niedergelassene nicht-ärztliche Psychotherapeuten**. Eine Psychotherapie ist immer dann vonnöten, wenn ein Mensch unter Beschwerden leidet, die seelische Ursachen haben. Diese Beschwerden können sich in psychischen oder (psycho)somatischen Symptomen, aber auch in zwischenmenschlichen Beziehungen äußern. Mittels verbaler und nonverbaler Kommunikation, einer therapeutisch gestalteten Beziehung zwischen Therapeut und Patient sowie praktischen Übungen (vgl. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BptK) 2017) sollen psychische Leiden gelindert werden, indem Patienten Strategien zur Bewältigung von Problemen aufgezeigt werden, Handlungskompetenz vermittelt und Selbstvertrauen aufgebaut wird (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz 2017b). Doch auch hier weicht in der neuen Bedarfsplanung die Psychotherapeutendichte 77,6% vom relativen Bedarf ab (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015, S. 24), was in der Praxis Wartezeiten bedeutet.

Die psychotherapeutische Versorgung wurde allerdings zum 1. April 2017 neu strukturiert. Neben vielen Erneuerungen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter vertieft werden, ist eine für die Krisenintervention von größerer Bedeutung: die Einführung der Akutbehandlung. Diese soll eine schnelle Intervention bei akuten Krisen bieten und kann in bis zu 24 Therapieeinheiten à 25 Minuten als Einzeltherapie durchgeführt werden. Die Krankenkasse muss hierbei zwar informiert werden, allerdings ist die Akutbehandlung nicht genehmigungspflichtig. Sie bietet also eine Möglichkeit der Krisenintervention, jedoch ebenfalls nicht in der akuten Situation, da Betroffene an Öffnungszeiten und Sprechstunden gebunden sind und Wartezeiten dennoch bestehen können (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2017, S. 4).

Eine weitere Möglichkeit für psychisch Kranke ist das **Ambulante Betreute**

Wohnen. Das bedeutet, dass Betroffene in ihrer eigenen Wohnung darin unterstützt werden, ihren Alltag zu bewältigen. Anstatt sie in Einrichtungen in ihrer Selbstständigkeit einzuschränken, können Betroffene in ihrem sozialen Umfeld bleiben und die Betreuer können sich direkt anknüpfend an den aktuellen Lebenslagen und Bedürfnissen orientieren, also eine „Personenorientierung entgegen der Logik der Institution“ (Psychiatrienetz 2017c). Die Bezugsperson koordiniert alle notwendigen Hilfen, die zur Alltagsbegleitung und Teilhabe am Leben und an Arbeit vonnöten sind. Wie diese Wohnform finanziert wird, ist unterschiedlich (vgl. ebd.). Als Akuthilfe in einer Krise eignet sie sich allerdings nicht, aber der SpDi kann Betroffene hinsichtlich der Organisation – auch die der Finanzierung – unterstützen. Betroffene können dort konstant mithilfe einer Bezugsperson daran arbeiten, Krisen bereits in der Entstehung zu vermeiden.

Neben Beratungsstellen des SpDis gibt es auch regionale **Beratungsstellen** freier Träger, z. B. der Kommunen oder der Kirche. Diese bieten in den unterschiedlichsten Lebensbereichen ihre Hilfe und Unterstützung, aber auch Angebote zur Prävention an und sind häufig auf bestimmte Themen spezialisiert, z. B. auf die Paar-, Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Sucht-, Schwangerschaftskonflikts- oder die Beratung für Betroffene von (sexualisierter) Gewalt, aber spezialisierte Stellen für Krisenintervention sind verfügbar. Dadurch, dass sie jedermann kostenlos zur Verfügung stehen und Betroffene sich auch anonym Hilfe holen können, bieten sie einen niedrighwelligeren Zugang als der Weg zum Facharzt oder Psychotherapeuten. Zudem werden oft offene Sprechstunden angeboten, wodurch die erste Hürde, um einen Termin zu bitten, wegfällt. Allerdings eignen sie sich nur bedingt als Anlaufstelle bei akuten Krisen, da auch diese nur zu bestimmten Öffnungszeiten erreichbar sind.

Eine Möglichkeit, sich mit Betroffenen, ehemaligen Betroffenen und Angehörigen auszutauschen, bieten **Selbsthilfegruppen**, welche es zu vielen verschiedenen Themen gibt, also auch zu den unterschiedlichsten psychischen Erkrankungen. Die Teilnehmer können sich einerseits gegenseitig unterstützen, andererseits vertreten Selbsthilfegruppen häufig

zudem die Interessen ihrer Mitglieder nach außen und leisten damit Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. „Selbsthilfegruppen entstehen meistens dort, wo die professionelle Hilfe oder Betreuung endet bzw. wo bestehende Institutionen nicht zuständig sind“ (Neurologen und Psychiater im Netz 2017c), auch wenn manche mit professionellen Helfern zusammenarbeiten.

Durch die eigenen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen sind Verständnis und Toleranz gegenüber Problemen groß, weshalb Selbsthilfegruppen Hilfestellungen zur Bewältigung des Alltags, aber auch von Krisen bieten können. Außerdem ergibt sich infolge der regelmäßigen Treffen die Möglichkeit, Kontakte und Freundschaften zu knüpfen, was besonders dann von Bedeutung ist, wenn Betroffene ihr soziales Umfeld durch die Erkrankung verloren haben (vgl. ebd.) oder sich ihr bisheriges Umfeld negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt und ein neues aufgebaut werden sollte. Auch wenn Selbsthilfegruppen keine akute Krisenintervention leisten können, tragen sie dennoch dazu bei, dass insbesondere chronisch psychisch Erkrankte Krisen besser bewältigen und dramatische Zuspitzungen von Krisensituationen verringert werden können.

Eine weitere Form der Selbsthilfe ermöglicht das Internet, mal seriös, mal – und leider ist das häufig nicht einfach zu unterscheiden – unseriös (vgl. Clausen & Eichenbrenner 2010, S. 115). Auf verschiedenen **Webseiten** können sich Betroffene über ihre Erkrankung und verschiedene Hilfsangebote informieren. **Internetforen**, wie z. B. www.seelenkummer.de, bieten hingegen sowohl den Erfahrungs- als auch den Informationsaustausch und dadurch, dass die sogenannten User mithilfe von Pseudonymen anonym bleiben können, ist die Hemmschwelle oft geringer. Betroffene können, ähnlich wie an einem schwarzen Brett, ihre Anfrage niederschreiben und die anderen User des Forums antworten. Das Ganze fungiert im Prinzip als eine Art Selbsthilfe unter Betroffenen und es entsteht zudem die Chance, Kontakte zu knüpfen (vgl. ebd.). Da das Internet rund um die Uhr zur Verfügung steht, können Foren in akuten Krisen zumindest bedingt eine Hilfe sein, wenn Betroffene sich mitteilen und dadurch bis zu einem gewissen

Grad emotional entlasten können. Sollte eine akute Selbstgefährdung erkennbar sein, haben Betreiber der Foren die Möglichkeit, die Polizei einzuschalten. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass diese Art der Mitteilung oft nur temporär zu einer emotionalen Entlastung führt und Betroffene zwar kurzfristig immer wieder stabilisiert werden, jedoch langfristig gesehen keine professionelle Hilfe ersetzt werden kann.

Manche Internetseiten, wie www.telefonseelsorge.de, bieten zudem eine **Mailberatung** an, allerdings kann es ein paar Tage dauern, bis E-Mails beantwortet werden. In der **Chatberatung** besteht zwar ebenfalls kein face-to-face-Kontakt, doch Frage und Antwort werden in Echtzeit übertragen (vgl. ebd.), weshalb der Ratsuchende direkt Resonanz erhält. Allerdings finden die Chats meist nur zu bestimmten Zeiten statt, weshalb sie sich nicht als Intervention in akuten Krisensituationen eignen. Stattdessen können sich Betroffene jedoch – manchmal auch erstmals – einer anderen, geschulten Person mitteilen und mit ihr das mögliche weitere Vorgehen besprechen.

Ein weiteres Angebot der bundesweiten TelefonSeelsorge ist die **Telefonberatung**. Hier können Menschen in seelischen Notlagen rund um die Uhr kostenfrei und anonym anrufen und werden von ehrenamtlichen, speziell geschulten Helfern angehört. Träger dieser Organisation sind sowohl die evangelische als auch die katholische Kirche. Diese Option kann in einer akuten Krise auf jeden Fall eine Stütze sein, da auch hier Betroffene die Möglichkeit haben, sich und ihre Emotionen mitzuteilen. Außerdem können Berater die Betroffenen ermutigen, sich vor Ort Hilfe zu suchen und sie bei der Suche nach Angeboten unterstützen, da eine solche Beratung keinesfalls eine Therapie ersetzt.

9. Wie äußert sich die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes?

Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle in der Arbeit des SpDi äußert sich besonders in der Krisenintervention, denn der erste Kontrollauftrag liegt direkt dann vor, wenn der SpDi von Dritten zu einem Bürger gerufen wird. Seine Aufgabe ist es dann, die Situation einzuschätzen und so zu intervenieren, dass sich die Lage beruhigt und wieder unter Kontrolle ist. Eine mögliche Form der Intervention ist die Zwangsunterbringung, jedoch nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Sie stellt eine ausgeprägte Gratwanderung bezüglich der Einhaltung der Grund- und Menschenrechte dar, weshalb sie nur als letztes Mittel angewandt werden darf, wenn keine weniger eingreifenden Maßnahmen mehr ausreichen.

Eine akute Krise stellt für Betroffene immer einen bedrohlichen Zustand dar, in dem sie an ihre emotionalen Grenzen stoßen und häufig in einer Spirale aus Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit gefangen sind. Daraus und aus psychischen Erkrankungen resultierend können sowohl die Urteils- und Handlungsfähigkeit als auch die Willensbildung massiv beeinträchtigt sein, sodass Betroffene – besonders wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt – durch den SpDi zu ihrem eigenen Schutz fremdkontrolliert werden müssen.

Deutlich wird hier auch das doppelte Mandat des SpDi: auf der einen Seite ist er um das Klientenwohl bemüht, auf der anderen um das Gemeinwohl und es entsteht ein Spannungsfeld zwischen den der einzelnen Person bereitgestellten Hilfen und der gesellschaftlichen Kontrollfunktionen (vgl. Juhnke 2005, S. 18). Hinzu kommt das sogenannte Triplemandat, in dem die Soziale Arbeit „als eine Profession auch eine Verpflichtung gegenüber der Profession als solche hat“ (Baum 2016, S. 1). Diese Verpflichtung nimmt Bezug auf die Verwendung „wissenschaftsbasierte[r] Methoden“ (ebd.) und die Einhaltung des „(inter)nationalen Berufskodex[es]“ (ebd.), der die Wahrung der Menschenrechte mit einschließt.

Eine Zwangseinweisung kollidiert mit dem natürlichen Willen des

Betroffenen und beschränkt diesen massiv in seinem Recht auf Selbstbestimmung. Grundsätzlich ist jeder Mensch für sich und seine Entscheidungen selbst verantwortlich, ganz unabhängig von seinem Gesundheitszustand oder seinem Krankheitsbild. Laut Dworkin beinhaltet die Autonomie gleichzeitig die Fähigkeit, diese Entscheidungen auch kritisch zu reflektieren. Hier stellt sich nun die Frage, inwieweit ein Mensch in einer akuten Krise zu einer solchen kritischen Selbstreflexion in der Lage ist, was seine Wünsche, z. B. den Todeswunsch, betrifft und ab welchem Punkt davon auszugehen ist, dass er so tiefgreifend in seiner Willensbildung pathologisch gestört ist, dass man ihm diese Fähigkeit absprechen muss, auch um der Schutzfunktion gerecht zu werden.

Beauchamp und Childress ergänzen hierzu, dass Autonomie nicht nur bedeutet, die Selbstbestimmung anderer zu respektieren, sondern auch die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser zu fördern. Somit wäre es also die Aufgabe des SpDi, den Klienten dahingehend zu unterstützen, diese Autonomie aufrechtzuerhalten, was eine nicht zu erfüllende Aufgabe ist, wenn er nicht in dieser prekären Situation mittels Fremdkontrolle gegen die Gefährdung des Klienten eingreift.

Kritisch zu betrachten ist hier jedoch das Konzept der „*krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit*“.

Dieses ist ein Schlüsselkonzept, mit dem sich das System nach wie vor im Glauben wiegt, die Ungleichbehandlung beziehungsweise die Benachteiligung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen und psychiatrischen Diagnosen rechtfertigen zu können. (Aichele 2016, S. 36)

Sobald ein Mensch als nicht einsichtsfähig eingestuft wird, ist es relativ leicht, ihn in seiner Freiheit einzuschränken, indem man sie ihm, z. B. durch die Zwangsunterbringung, entzieht.

Mit der Beurteilung der Situation und der Einleitung der notwendigen Maßnahmen steht der SpDi zusätzlich noch vor der Herausforderung, zu entscheiden, ob eine Zwangsunterbringung vermeidbar ist oder nicht. Dies stellt immer eine Gratwanderung zwischen der Freiheitsberaubung und der unterlassenen Hilfeleistung dar, folglich ein juristisches Dilemma: Entscheidet sich der SpDi für eine Zwangsunterbringung, obwohl die Situation mit

weniger massiven Eingriffen in die Grundrechte des Betroffenen gelöst werden könnte oder die Selbst- oder Fremdgefährdung nicht ausreichend eindeutig gegeben ist, erfüllt die Zwangsunterbringung den Tatbestand der Freiheitsberaubung. Handelt der SpDi nicht und es kommt z. B. zu einem Suizid, kann dies eine *unterlassene Hilfeleistung* darstellen:

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
(§323c Abs. 1 StGB)

Nach der Rechtsprechung stellt einen Suizidversuch einen Unglücksfall dar, wenn sich die Person im Zustand der Hilfsbedürftigkeit befindet. Diese liegt dann vor, sobald der Mensch handlungsunfähig ist (vgl. Hefendehl 2009, KK 501f.). Daraus ergibt sich die Frage, ob diese Handlungsunfähigkeit auch durch eine psychische Erkrankung bedingt sein kann. Zudem sind gerade Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal verpflichtet, Hilfestellung zu leisten. Die gesetzlichen Vorgaben liefern hier keine genaue Anleitung über das Vorgehen, sondern eröffnen vielmehr einen Handlungsspielraum, in dem der SpDi die Krisensituation subjektiv aufgrund bisheriger Erfahrungen einschätzen und abwägen muss. Situationen, in denen das Ausmaß der Gefährdung nicht eindeutig erkennbar ist, können deshalb Unsicherheit und Überforderung erzeugen, was in Entscheidungen für eine Zwangsunterbringung münden kann, weil sie die sicherere Alternative bietet (vgl. Ballerstedt 2011, S. 11). Sinnvoll wäre hier – auch als juristische Absicherung für den Sozialarbeiter und im Sinne der Transparenz – eine Art Checkliste mit Beurteilungskriterien als Hilfsmittel zur Einschätzung der Situation und der emotionalen Verfassung des Betroffenen, sowie Zusatzausbildungen für die Mitarbeiter des SpDi.

Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle der Arbeit des SpDis lässt sich auch am in Kapitel 2.3 ausgeführten modernen Modell der Dienstleistungen näher betrachten. Demnach sind sowohl der SpDi als auch der Klient gemeinsam bemüht, die Krise zu bewältigen. Allerdings – anders als im Modell – sind Mitarbeiter des SpDi und der Betroffene offensichtlich nicht gleichberechtigt, wenn der Betroffene sich in einem Zustand befindet, in dem

er nicht mehr einsichtsfähig ist und selbst bestimmen darf. Ebenso wie dort beschrieben ist der Klient nicht immer willens, sich helfen zu lassen, weshalb überhaupt erst die Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen in Betracht gezogen werden muss.

Ziel der Krisenbewältigung ist letztendlich die Wiederherstellung der Autonomie des Betroffenen, allerdings führt der Einsatz von Zwang zunächst dazu, dass sie ihm gänzlich abgesprochen wird. Die Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle wird deutlich, weil der Klient diese Art der Unterstützung zu seinem Schutz subjektiv betrachtet wahrscheinlich nicht als hilfreich, sondern als Kontrolle empfinden wird, diese augenscheinliche Kontrolle durch die Zwangsmaßnahme allerdings eigentlich als Hilfsmittel zur Hilfe fungiert. Dadurch zeigt sich anschaulich, dass sich diese Spannung nicht in einem gegenseitigen Widerspruch äußert, sondern dass Hilfe stattdessen eine gewisse Kontrolle mit einschließen muss, um die Bewältigung der Krise zu erreichen.

Ein weiterer Zwiespalt kristallisiert sich heraus, wenn man das Recht auf Behandlung dem Recht der „Freiheit zur Krankheit“ gegenüberstellt. Eine bedeutende Frage, die sich dann stellt, ist die, ob die Selbstgefährdung und die damit verbundene Verweigerung einer Behandlung überhaupt als natürlicher Wille angesehen werden kann oder ob sie vielmehr immer als ein Resultat der akuten Krise und ihren bedingten Trübung in der Entscheidungsfähigkeit zu betrachten ist. Dieses Dilemma entsteht insbesondere bei Betroffenen, deren Entschluss, sterben zu wollen, aus der Bilanzierung der Lebenssituation resultiert. Wenn die Lebensqualität durch die Erkrankung so massiv eingeschränkt ist und keine langfristigen Behandlungsversuche diese verbessern konnten, erfolgt der Suizidversuch dann meist nicht in einem Zustand, in dem Klienten aufgrund der psychischen Störung nur bedingt urteilsfähig sind. Die Schwierigkeit zeigt sich dadurch, dass die Haltung des Betroffenen einerseits nachvollzogen werden kann, andererseits aber nach der heutigen Rechtsprechung die Verpflichtung zur Hilfeleistung besteht. Anzuführen wären hier ebenfalls die Sterbehilfe-Debatte – auch, wenn aktive Sterbehilfe in Deutschland illegal ist

– bei schweren, unheilbaren körperlichen Erkrankungen. Aus dieser ergibt sich, dass der Todeswunsch nicht immer als pathologisch angesehen werden muss.

Gleichzeitig stellt sich jedoch auch die Frage, was überwiegt: ein Leben in menschlicher Würde oder in krankheitsbedingter Verelendung (vgl. Aktion Psychisch Kranker e.V. 2015, S. 5). Einerseits steht es diesem angesprochenen Recht nicht entgegen, Behandlungsangebote zu machen, um eine freiwillige Zustimmung zu erreichen, andererseits verbieten

die Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention nicht grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen. Das ergibt sich deutlich unter anderem aus dem Regelungszusammenhang des Art. 12 Abs. 4 BRK.
(Familien-Selbsthilfe Psychiatrie 2012, S. 19)

Auch aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgt eine Schutzpflicht des Staates. Es ist daher unvereinbar,

dass für Betreute, denen schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen und die die Notwendigkeit der erforderlichen ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, eine ärztliche Behandlung gegen ihren natürlichen Willen unter keinen Umständen möglich ist.
(BVerfGE 142, 313 – 353)

Zudem ergibt sich noch aus § 1 SGB I das Ziel des Sozialgesetzbuches, „ein menschenwürdiges Dasein zu sichern“ (§ 1 Abs. 1 SGB I).

Meistens sind die Betroffenen im Nachhinein dankbar, wenn zu ihrem Schutz gehandelt wurde und sich die ersten Schritte der Krisenbewältigung aus der gefühlten Ausweglosigkeit zu neuen Lebensperspektiven entwickeln. Auch hier ist die Kontrolle wieder als Hilfsmittel zur Hilfe erkennbar. Durch die mangelnde Selbstregulation sind Betroffene nicht in der Lage, sich selbst zu kontrollieren und mittels der durch den SpDi eingeleiteten Fremdkontrolle soll daran gearbeitet werden, dass sie ihre Selbstkontrolle wiedererlangen. Die Wirksamkeit dieser Hilfe ist allerdings davon abhängig, inwieweit Betroffene im weiteren Verlauf der Behandlung dahingehend unterstützt werden, zunächst auf der psychiatrischen Station selbst.

Im Kliniksetting unterscheidet sich aufgrund verschiedener Behandlungskonzepte und Ressourcen die Art und der Umfang der sozialpädagogischen Arbeit mit den Erkrankten, die darauf abzielt, die

psychosoziale Situation der Patienten bzw. Klienten zu verbessern. Im OPS-Katalog, dem sogenannten Operations- und Prozedurenschlüssel, der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von verschiedenen medizinischen Leistungen, sind zwar Codes zu finden, die die Soziale Arbeit in der Psychiatrie abbilden, doch nur unter dem Sammelbegriff „Spezialtherapeuten“, zu denen beispielsweise ebenfalls Kreativ-, Ergo- und Physiotherapeuten zählen. Dadurch ist letztendlich nicht differenzierbar, wie viele Leistungseinheiten tatsächlich mit Sozialarbeitern an den Lebensumständen der Patienten gearbeitet wurde, um das Risiko weiterer Zwangseinweisungen zu minimieren (vgl. Himmelmann 2012, S. 7).

Eine Arbeitsgrundlage stellt das biopsychosoziale Modell dar, welches in Kapitel 7.2 schon eingehend erläutert wurde. Demnach ist es zwingend notwendig, die soziale Dimension der Krise zu betrachten, weil im Sinne der Emergenz davon auszugehen ist, dass sich die biologische, die psychologische und die soziale Ebene gegenseitig beeinflussen und verändern. Eine Krise und damit verbunden auch die daraus resultierenden psychologischen Konstrukte werden deshalb in ihrer Ätiologie und der Aufrechterhaltung auch durch die soziale Ebene beeinflusst, welche wiederum ebenfalls Auswirkungen auf den Verlauf der Krise und alle damit verbundenen Konstrukte hat. Vielmehr ist hier das Person-in-Environment-Konzept anzuwenden. Es müssen in einer integrierten Gesamtkonzeption alle Ebenen betrachtet werden, um die akute Krise letztendlich bewältigen und die Gefahr weiterer Krisen minimieren zu können.

Eine weitere Herausforderung für die Sozialpsychiatrie besteht darin, dass viel mehr Geld in vielversprechende Studien zu Pharmakologie investiert wird als in solche, die sich mit der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit Sozialer Arbeit befassen. Mangelnde Ressourcen und strukturelle Probleme lassen daher das Ideal des ganzheitlichen Ansatzes derzeit noch nicht zu (vgl. ebd., S. 8f.). Auch die Stellung von Sozialarbeitern innerhalb des Versorgungssystems gestaltet sich schwierig, da sie von den anderen Disziplinen und Professionen der Gesundheitsversorgung (noch) nicht als eigenständig und gleichberechtigt wahrgenommen werden. Stattdessen

verfügt die Soziale Arbeit über wenig Autonomie und gehört oftmals nicht zum behandelnden Kernteam, sondern wird nur bei Bedarf hinzugezogen, weshalb mangels entsprechender Fachkompetenz die soziale Ebene oft außer Acht gelassen wird (vgl. Juhnke 2005, S. 14).

Da die Analyse und Bearbeitung der psychosozialen Situation zudem ein langwieriger Prozess ist, den man nicht im Rahmen einer akuten Krisenintervention lösen kann, können auf psychiatrischen Stationen selbst erst einmal nur die ersten Bewältigungsschritte geplant werden. Eine direkt anschließende und gut vernetzte Nachsorge ist also elementar, um eine langfristige Stabilisierung des Klienten zu erreichen und den sogenannten *Drehtür-Effekt* zu vermeiden. Dieser beschreibt das Phänomen, dass Betroffene bereits nach kurzer Verweildauer die psychiatrischen Kliniken wieder verlassen, ohne dass sie im erforderlichen Maße behandelt wurden. Dadurch spitzt sich die Situation im ungeschützten ambulanten Bereich wieder zu einer massiven Selbst- oder Fremdgefährdung zu, was zu einer erneuten Einweisung führen kann, die aus Sicht SpDis mit einer angemessenen Behandlung vermeidbar gewesen wäre. (LAG NRW, S. 2). Zudem stellt sich hier die Frage, ob diese wiederholten Einweisungen Betroffene nicht dahingehend demotivieren, dass sie sich selbst nicht als kompetent genug erleben, ihr Leben mit der Erkrankung zu bewältigen, sondern stattdessen in der Therapie immer wieder scheitern, woraus Versagensgefühle resultieren können.

Das Dilemma von Hilfe und Kontrolle des SpDi äußert sich hier in der Abhängigkeit von der weiteren Arbeit auf psychiatrischen Stationen. Die Ausübung von Kontrolle in Form von Zwangsunterbringungen kann nur gerechtfertigt und ein von Hilfe eingeschlossenes Mittel sein, wenn weitere Hilfe überhaupt erfolgt. Darauf hat der SpDi allerdings wenig Einfluss, was wiederum die Rechtmäßigkeit der Einschränkung der Selbstbestimmung in Frage stellt. Durch die mangelnde Behandlung auf psychiatrischen Stationen erfahren Betroffene häufig keine (ausreichende) Hilfe und verlassen die Klinik ohne die nötige Stabilität, um ambulante Angebote, z.B. Termine in Praxen, überhaupt erst wahrnehmen zu können. Infolge dessen steigt das

Risiko erneuter Zwangsmaßnahmen und damit auch erneuter Eingriffe in ihre Rechte. Dazu muss bedacht werden, dass jede Form von Zwang bei den Betroffenen Gefühle auslösen kann, die Traumatisierungen nach sich ziehen können, was letztendlich fatale Folgen für den weiteren Krankheitsverlauf haben kann. Deutlich wird hier ein Kreislauf, den der SpDi nicht alleine, sondern nur in Kooperation mit allen in den Hilfeprozess einbezogenen Stellen durchbrechen kann. Hier wäre es sinnvoll, den SpDi mit in den Behandlungsprozess auf der Station einzubeziehen, auch als eine Art Konstante im gesamten Hilfeprozess.

Um den Drehtür-Effekt bei Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu vermeiden, ist es wichtig, eine niedrigschwellige, möglichst rund um die Uhr erreichbare, flexible und auch mobile Krisenhilfe bereitzustellen (vgl. Schleuning 2013, S. 31). Der SpDi ist – wie allgemein Kriseninterventionshilfen – regional sehr unterschiedlich ausgeprägt und besonders in ländlichen Bereichen ist eine schnelle Hilfe nicht flächendeckend verfügbar. Zudem ist die personelle Ausstattung häufig unzureichend, was die Ausübung der umfangreichen Aufgaben ebenfalls erschwert (vgl. Psychiatrienetz 2017a). Die Eignung der verschiedenen ambulanten Hilfsmöglichkeiten wurde in Kapitel 8 schon näher erläutert, weshalb an dieser Stelle nicht nochmals näher darauf eingegangen wird. Allerdings ist es wichtig, anzuführen, dass mit der Inanspruchnahme von Krisenhilfen immer auch eine gewisse Hemmschwelle verbunden ist, weil Betroffene oftmals Schamgefühle entwickeln (vgl. Fiedler 2013, 268). Dies betont nochmals, wie wichtig der niedrigschwellige Zugang und die angemessene Behandlung ist. Erfahren Betroffene nicht die Hilfe, die sie benötigen, kann dieses als Scheitern erlebte Gefühl die Hemmschwelle weiter erhöhen und die weitere Inanspruchnahme von Hilfen erschweren oder verhindern.

Um den Betroffenen auch außerhalb des stationären Kontextes zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen, ist es von großer Bedeutung, den Schwerpunkt – anders als in der Psychiatrie – auf die Stärken anstatt auf die Defizite zu legen. Ein methodisches Hilfsmittel, das in der Sozialpsychiatrie

unabdingbar ist, ist die psychosoziale Beratung, in der den Betroffenen und Angehörigen vermittelt werden soll, dass ein Leben mit psychischen Erkrankungen möglich ist. Durch den gemeinsamen Prozess sollen sowohl die eigenen Fähigkeiten und Ressourcen erkannt und genutzt werden als auch die psychosoziale Situation in ihrer Ganzheitlichkeit und Komplexität erfasst und angepasst werden. Dadurch steigt Schritt für Schritt der Selbstwert der Betroffenen, und mit der stetigen Übernahme von immer mehr Kontrolle sollen Klienten wieder zu einer autonomen Lebensführung gelangen. Die Sozialarbeiter-Klienten-Beziehung, die zu Beginn noch sehr asymmetrisch ist, entwickelt sich zugleich im Verlauf der Beratung durch die schrittweise Abgabe von Kontrolle an den Klienten immer von einer abhängigen Beziehung weg hin zu der im Modell angenommenen Augenhöhe.

Neben Empowerment spielt auch die Recovery-Bewegung eine bedeutende Rolle, wenn es darum geht, Menschen zu einer Selbstbefähigung zu verhelfen. Gerade die Berichte von den sogenannten Peers vermitteln den Betroffenen Hoffnung, dass es einen Weg aus der Hoffnungslosigkeit gibt und durch den Erfahrungsaustausch können sich Betroffene gegenseitig dahingehend unterstützen, Strategien für die Bewältigung des Alltags zu entwickeln.

Eine weitere Aufgabe des SpDi ist es, die Hilfe letztendlich auch zu kontrollieren. Einen praktischen Rahmen bietet hierfür das Case-Management. Durch die Dokumentation der einzelnen Schritte, die in Kapitel 7.3.5 aufgeführt wurden, bleibt der Hilfeprozess transparent und nachvollziehbar. Da der SpDi Klienten auch an geeignete Hilfsmöglichkeiten weitervermittelt, ist es sinnvoll, diese zu koordinieren und zu vernetzen, denn besonders dann, wenn ein Mensch in mehreren Lebensbereichen eingeschränkt ist, kann es notwendig sein, dass mehrere Stellen Hand in Hand zusammenarbeiten.

10. Fazit

In der Sozialpsychiatrie wird der Mensch ganzheitlich als biopsychosoziale Einheit verstanden, was bedeutet, dass Krisen bzw. eine psychische Erkrankung immer auch im Kontext der psychosozialen Situation zu verstehen sind, um die notwendigen Hilfen konzipieren zu können. Neben der Enthospitalisierung setzt sich die Sozialpsychiatrie sowohl für Inklusion als auch für eine Auslagerung der Behandlung aus dem stationären Kontext ins ambulante Setting ein. Damit verbunden wird der Ausbau sozialraum- und lebensweltorientierter Hilfsangebote angestrebt. Eine besondere Bedeutung wird dem Erfahrungsaustausch von Betroffenen zugesprochen, weshalb Selbsthilfegruppen und Peer-Beratungen eine immer größere Rolle zukommt. Mittels Empowerment und Recovery sollen psychisch Kranke lernen, trotz ihrer Erkrankungen den Alltag zu bewältigen und den Fokus auf ihre Stärken und Ressourcen anstatt auf die Defizite zu legen.

SpDis, ein Grundstein der Sozialpsychiatrie, gehören als multidisziplinär zusammengesetzte Teams in ganz Deutschland zur psychiatrischen Grundversorgung. Auch wenn sie länderspezifisch organisiert sind und deshalb unterschiedlichen PsychKGs unterliegen, ähneln sich ihre Aufgaben. Zu den für diese Arbeit relevanten Aufgaben gehören insbesondere die Beratung und Betreuung psychisch Kranker und deren Angehöriger, die Krisenintervention und Nachsorge sowie die Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfsstellen im regionalen Verbund.

Eine Maßnahme, die im Rahmen der Krisenhilfe immer wieder ergriffen werden muss, ist die Zwangseinweisung. In der Sozialen Arbeit, besonders in Bezug auf Zwangsunterbringungen, besteht die Grundannahme, dass das Handeln von einem Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle geprägt ist. Im Rahmen dieser Arbeit wurde deutlich, dass diese Spannung in der Arbeit des SpDi genau genommen aber keinen Widerspruch darstellt, sondern vielmehr die Kontrolle in Hilfe mit eingeschlossen ist: einerseits, um als Hilfsmittel zur eigentlichen Hilfe zu dienen, andererseits um zu kontrollieren,

ob die ergriffenen Maßnahmen zur Unterstützung überhaupt geeignet sind und tatsächlich greifen. Gerade die Zwangsunterbringung als Kontrollelement zeigt diese Hilfe zur Hilfe auf, da sie letztendlich dem Schutz des Klienten dient. Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden, stoßen an die Grenzen ihrer emotionalen Belastbarkeit und sehen oft keinen Ausweg mehr. Diese psychischen Ausnahmezustände beeinträchtigen und trüben oft die Urteils- und Handlungsfähigkeit sowie die Willensbildung, weshalb Betroffene nicht in der Lage sind, ihre Lage und ihren Hilfebedarf realistisch einzuschätzen.

Für den SpDi entsteht hier allerdings ein juristischer Spagat zwischen Freiheitsberaubung, wenn die notwendigen Voraussetzungen eigentlich nicht gegeben sind und unterlassener Hilfeleistung, wenn nicht rechtzeitig gehandelt wird. Gleichzeitig wird hier die Gratwanderung bezüglich der Einhaltung der Menschenrechte deutlich, weil die Autonomie des Klienten – auch wenn die Maßnahme zu seinem eigenen Schutz erfolgt – missachtet wird. Maßnahmen, die gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt werden, führen letztendlich dazu, dass er den notwendigen Zwang nicht als Hilfe empfinden kann, sondern als entwürdigende und entmündigende Kontrolle, was ebenfalls psychische Folgen nach sich ziehen kann. Deshalb gilt immer auch das Prinzip der Verhältnismäßigkeit und das vorherige Ausschöpfen aller anderen verfügbaren Mittel, um krisenhafte Situation zu deeskalieren. Zudem sprechen Zwangsmaßnahmen Betroffenen gleichzeitig das Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ ab. Hier greifen direkt verschiedene rechtliche Normen der UN-BRK, des GG und des SGB I, die den Staat zu seiner Schutzpflicht auffordern und besagen, dass dem Menschen ein menschenwürdiges Dasein zusteht. Es stellt sich jedoch die Frage, ob durch das Unterlassen von Zwang und damit verbunden die Achtung der Autonomie die Menschenwürde anerkannt wird, wenn der Betroffene zeitgleich an seiner Krankheit zugrunde geht und verelendet.

Letztendlich scheint es also legitim, den Menschen kurzzeitig in seinen Rechten einzuschränken, wenn daraus resultiert, dass sich der Zustand des Betroffenen dahingehend verbessert, dass dieser in der Lage ist, seine

Hilfsbedürftigkeit zu erkennen und einer weiteren Behandlung zuzustimmen. Meines Erachtens nach kann diese temporäre Entmündigung im Sinne der Fürsorge allerdings nur dann gerechtfertigt sein, wenn Betroffenen nach dieser Kontrollmaßnahme auch die notwendige Hilfe zukommt. Dieses Argument veranschaulicht einerseits die Abhängigkeit der SpDis von der weiteren stationären Behandlung und deren Machtlosigkeit, weil sie kaum Einfluss auf diese haben und andererseits, wie sehr sie auf ambulante Unterstützungsmöglichkeiten angewiesen sind. Die Behandlung in geschlossenen Psychiatrien ist oft nicht ausreichend, weil Patienten nach kurzer Zeit ohne eine beginnende Klärung der psychosozialen Situation wieder entlassen werden. Aufgrund mangelnder Stabilität können diese dann häufig keine ambulanten Maßnahmen zur Nachsorge wahrnehmen. Gleichzeitig eignen sich viele ambulante Hilfsmittel nicht als akute Krisenversorgung, weil gerade in ländlichen Regionen zu wenig Anlaufstellen zur Verfügung stehen und sie oftmals aufgrund von Wartezeiten, Terminvergaben und beschränkten Öffnungszeiten mit eingeschränkter Erreichbarkeit verbunden sind. Daraus ergibt sich ein Kreislauf, in dem Betroffene zu früh und instabil entlassen werden, keine ambulanten Möglichkeiten greifen und es zu einer erneuten Zwangsunterbringung kommt, weil sich die psychosoziale Situation – und damit verbunden auch oft die Auslöser von Krisen – schließlich nicht verändert haben. Um dieses Phänomen des sogenannten Drehtür-Effekts zu verhindern, ist es also einerseits zwingend notwendig, dass die Klinische Sozialarbeit auf psychiatrischen Stationen weiter ausgebaut wird, andererseits, dass sie sich ambulant immer weiter etabliert, auch an dezentralen Standorten.

Das Case-Management – ein integratives Modell, um die verschiedenen Hilfen zu koordinieren – rückt immer mehr in den Vordergrund. Durch die Vernetzung aller behandelnden Stellen, werden verfügbaren Interventionen in einen systematischen Zusammenhang gestellt und durch die Dokumentation aller Schritte gestaltet sich der Hilfeprozess transparent. Gleichzeitig lässt sich auf diese Weise kontrollieren, ob Hilfsmaßnahmen greifen oder modifiziert werden müssen.

Zuletzt kann man allerdings noch das Ausbildungssystem kritisieren, da das Bachelor-Studium der Sozialen Arbeit eine sehr generalisierte Ausbildung darstellt und die vertiefenden Masterstudiengänge zur Klinischen Sozialarbeit an privaten Hochschulen meist mit hohen Kosten verbunden sind an öffentlichen Hochschulen mangelt es an verfügbaren Plätzen. Für Sozialarbeiter, die ihr Studium gerade erst beendet haben und über wenig Praxiserfahrung verfügen, kann sich in der Arbeit bei einem SpDi besonders die Einschätzung von krisenhaften Situationen als schwierig erweisen. Hier wäre es sinnvoll, diese Absolventen mithilfe von Weiterbildungen oder Zusatzqualifikationen entsprechend zu befähigen. Durch eine mögliche Unsicherheit bezüglich der Beurteilung kann sich die Wahrnehmung einer Spannung zwischen Hilfe und Kontrolle im eigenen Handeln des Sozialarbeiters verstärken. Der Sozialarbeiter steht in einem Zwiespalt hinsichtlich der zu ergreifenden Maßnahmen und ist sowohl einer emotionalen als auch juristischen Belastung ausgesetzt, wenn man bedenkt, dass fehlerhafte Einschätzungen Straftatbestände darstellen können.

11. Literaturverzeichnis

Aichele, V. (2016). Menschenrechte und Psychiatrie. In: M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.). *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie*. S. 18-40. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Aktion Psychisch Kranker e. V. (2015). *Autonomie oder unterlassene Hilfeleistung*. Abgerufen von: <http://docplayer.org/25704053-Autonomie-oder-unterlassene-hilfeleistung.html> [Datum des Zugriffs: 25.12.2017]

Ballerstedt, A. (2011). *Suizidalität in der Einweisungspraxis des Psychiatrischen Notdienstes und der Sozialpsychiatrischen Dienste in Hamburg*. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg.

Bauer, R. (1996). *Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens*. G-O. 2. Auflage. München/Wien: Oldenbourg Verlag.

Baum, M. (2016). *Das Doppel- und Triplemandat in der Sozialen Arbeit*. Abgerufen von: <http://puwendt.de/wp-content/uploads/2016/10/WS-2016-17-S1.3-Handout-Hilfe-und-Kontrolle.pdf> [Datum des Zugriffs: 15.01.2018]

Bauriedl, T. (1985). *Psychoanalyse ohne Couch*. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg Verlag.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. 6. Auflage. New York.

Bertelsmann Stiftung (2015). *Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen*. Gütersloh.

Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: H. Otto & S. Schneider (Hrsg.). *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit*. Bd. 2. S. 21-40. Neuwied/Berlin: Luchterhand Verlag.

Bommes, M. & Scherr, A. (2000). *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe*. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. (die-BPE) et al. (Hrsg.)(2017). *PatVerfü. Geisteskrank? Ihre eigene Entscheidung! Die schlaue Patientenverfügung für ein selbstbestimmtes Leben ohne Zwangspsychiatrie. Tipps und Hintergründe zur Nutzung der PatVerfü*. Abgerufen von: <http://www.patverfue.de/handbuch> [Datum des Zugriffs: 25.12.2017]

Bundesgesetzblatt (1990). Gesetz zu dem UN-Übereinkommen vom 10. Dezember 1984 gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Teil II. S. 246-261. Bonn.

Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (2012). *Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraum-bezogenen Psychiatrie. Thesen des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste im Anschluss an die 2. Fachtagung „Segel setzen!“ in Hannover (22.-23.03.2012).*

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)(2017).

a Definition: Menschenwürde

Abgerufen von:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22561/menschenwuerde>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

b Definition: Freiheit

Abgerufen von:

<http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/das-junge-politik-lexikon/161112/freiheit>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Brill, K. (1993). Sozialpsychiatrische Dienste: ein Überblick. In: H. Berger & U. Schirmer. *Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis* (S. 100-122). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Brose, D. & Osterfeld, M. (2017). Die Rechte von Klientinnen und Klienten. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. S. 139-157. Köln: Psychiatrie Verlag.

Brunner, E. (2007). Systemische Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder*. S. 655-661. Tübingen: dgvt-Verlag.

Clausen, J. & Eichenbrenner, I. (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Cordshagen, H. (Hrsg.)(2003). *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

D'Amelio, R. (2010). *Studienbrief: Krise und Krisenintervention*.

Abgerufen von: http://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/KriseninterventionSTUDIENBRIEF.pdf

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Deegan, P. (1996). *Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung*.

Abgerufen von:

https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Recovery_und_Peer/Veroeffentlichungen_und_Berichte/Vortrag_Patricia_Deegan_Verschwoerung.pdf

[Datum des Zugriffs: 23.12.2017]

Dörner, K. (1972/1995). Was ist Sozialpsychiatrie? In: A. Finzen & U. Hoffmann-Richter (Hrsg.). *Was ist Sozialpsychiatrie?* S. 83-90. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dörner, K. & Plog, U. (1978). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie.* Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.

Duden (2017). *Stichwort: Krise.* Duden online.
Abgerufen von: <https://www.duden.de/node/696168/revisions/1370043/view>
[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Dworkin, G. (1988). Autonomy and informed consent. In: G. Dworkin. *The Theory and Practice of Autonomy.* S. 100-120. Cambridge University Press.

Egger, J. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Eichenbrenner, I. (2017). Das psychiatrische Hilfesystem. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch.* S. 116-138. Köln: Psychiatrie Verlag.

Ernst, K. & C. (1999). Ethik in der Psychiatrie. In: A. Bondolfi & H. Müller (Hrsg.). *Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag.* S. 301-312. Bern/Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (2012). *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Von der Bevormundung zur Mündigkeit des psychisch Kranken.*
Abgerufen von: <http://docplayer.org/52911840-Zwangsmassnahmen-in-der-psychiatrie.html>
[Datum des Zugriffs: 25.12.2017]

Fiedler, G. (2013). Von der Schwierigkeit Hilfe zu suchen und zu finden. In: Aktion Psychisch Kranker e.V.. *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013 in Berlin.* S. 267-270. Bonn.

Flösser, G. & Wohlgemuth, K. (2015). Soziale Kontrolle. In: H. Otto & H. Thiersch (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik.* 5. Auflage. S.1474-1484. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gängler, H. (2015). Hilfe. In: H. Otto & H. Thiersch (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik.* 5. Auflage. S. 676-687. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M. & Koren, G. (2018). Sozialpsychiatrie: Gesellschaftstheoretische und normative Grundlagen. In: W. Schöney (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke.* S. 29-60. Springer-Verlag.

Hefendehl, R. (2009). *Vorlesung Strafrecht BT II (WS09/19):*

Abgerufen von: <https://strafrecht-online.org/lehre/ws-2009/strafrecht-bt-2/karteikarten/%C2%A7%2051%20-%20Unterlassene%20Hilfeleistung%20KK%20500-507.pdf>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Himmelmann, W. (2012). *Die Sozialpsychiatrie braucht eine starke Soziale Arbeit. Was bewegt die Soziale Arbeit in der Psychiatrie?*

Abgerufen von: http://www.dbsh-nrw.de/fileadmin/webseite/pdf/Landesfachgruppe_Psychiatrie_und_Sucht/FORUM_2012-4HimmelmannWaltraud__2_.pdf

4HimmelmannWaltraud__2_.pdf

[Datum des Zugriffs: 25.12.2017]

Höflacher, R. (2016). Zwangsmedikation: Ultima Ratio oder No-Go? In: M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.). *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie.* S. 53-62. Köln: PsychiatrieVerlag.

Hohagen, F. (2003). Ethische Probleme in der Psychiatrie. In: M. Oehmichen, H. Kaatsch H. & H. Rosenau (Hrsg.). *Praktische Ethik in der Medizin. Practical Ethics in Medicine.* S. 195-209. Lübeck: Schmidt-Roemhild.

Juhnke, P. (2005). *Spezialisierte Generalisten? Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit.* Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule Hannover. Hannover: Blumhardt-Verlag.

Jura Individuell (2017). *Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.*

Abgerufen von: <http://www.juraindividuell.de/pruefungsschemata/recht-auf-leben-und-koerperliche-unversehrtheit/>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Kardorff, E. von (2007). Sozialpsychiatrische Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder.* S. 1097-1110. Tübingen: dgvt-Verlag.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)(2017). *Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung – Wissenswertes für Therapeuten.*

Abgerufen von: http://kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Psychotherapie_Reform.pdf

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Kast, V. (1987). *Der schöpferische Sprung. Vom Umgang mit Krisen.* Olten/Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag.

Keitel, R. & Thorwart, J. (1993). Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie. In: H. Berger & U. Schirmer (Hrsg.). *Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis.* S. 213-232. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kraus, B. (2016). Macht – Hilfe – Kontrolle. Grundlegungen und Erweiterungen eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells. In: B. Kraus & W. Krieger (Hrsg.). *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung*. S. 101-130. Lage: Jacobs Verlag.

Kreft, D. & Mielenz, I. (Hrsg.)(2008). *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 6. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e.V. (LAG NRW)(2012). Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW (LAG NRW) zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012. Abgerufen von: <http://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de/images/pdf/lag%20stell.%20zwangsbehandlung%2020120926.pdf>
[Datum des Zugriffs: 12.12.2017]

Marschner, R. (2013). Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. In: V. Aichele (Hrsg.). *Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht. Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention*. S. 203-230. Baden-Baden: Nomos.

Menzel, B. & Wehrheim, J. (2010). Soziologie Sozialer Kontrolle. In: G. Kneer & M. Schroer (Hrsg.). *Handbuch Spezielle Soziologien*. S. 509-524. Wiesbaden: VS Verlag.

Neumann, O. (2017). Krisenintervention. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. S. 241-258. Köln: Psychiatrie Verlag.

Neurologen und Psychiater im Netz (2017).

a Psychiatrie.

Abgerufen von:

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychiatrie/>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

b Psychotherapie.

Abgerufen von:

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychotherapie/psychotherapie/>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

c Selbsthilfegruppen.

Abgerufen von:

<https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/selbsthilfe-angehoerige/selbsthilfe/selbsthilfegruppen/>

[Datum des Zugriffs: 26.12.2017]

Obert, K. (2001). *Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpsychiatrischen Handelns. Ein Beitrag zur sozialpsychiatrischen Methodik am Beispiel des Sozialpsychiatrischen Dienstes*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Obert, K. (2016). Alltags- und Lebenswelt orientiertes Sozialpsychiatrisches Handeln aus Sicht der Sozialen Arbeit. M. Dörr, M. (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit*. S. 49-64. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. Bd. 1 Nr. 1. S 15-31.
Abgerufen von: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>
[Datum des Zugriffs: 22.12.2017]

Peters, H. (2002). *Soziale Probleme und soziale Kontrolle*. Wiesbaden:VS Verlag.

Pichler, J. W. (1992). *Internationale Entwicklungen in den Patientenrechten*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.

Psychiatrienetz (2017).

a Sozialpsychiatrische Dienste.

Abgerufen von:

<https://www.psychiatrie.de/kommunale-psychiatrie/sozialpsychiatrische-dienste.html>

[Datum des Zugriffs: 13.12.2017]

b Institutsambulanz.

Abgerufen von:

<https://www.psychiatrie.de/behandlung/institutsambulanz.html>

[Datum des Zugriffs: 18.12.2017]

c Betreutes Wohnen.

Abgerufen von:

<https://www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/alltagshilfen/betreutes-wohnen.html>

[Datum des Zugriffs: 25.12.2017]

Quindel, R. (2004). *Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Schleuning, G. (2013). Soforthilfe bei seelischen Krisen – psychiatrische Versorgung neu aufstellen. In: Aktion Psychisch Kranker e.V. (Hrsg.). *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen. Tagungsdokumentation 24. und 25. September 2013 in Berlin*. S. 30-49. Bonn.

Schmidt, G., Bayerlein, R., Mattern, C. & Ostermann, J. (2011). *Betreuungspraxis und psychiatrische Grundlagen*. 2. Auflage. Köln: Bundesanzeiger Verlag.

Schreieder, E. (2017). Methoden der Prozesssteuerung: Casemanagement und Hilfeplanung. In: J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. S. 273-291. Köln: Psychiatrie Verlag.

Slade, M (2009). 100 ways to support recovery. Dt. Übersetzung hrsg. von M. Schulz, G. Zuaboni, M. Löhr & C. Abderhalden. *100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen.*

Abgerufen von:

[http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20\(2\).pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20(2).pdf)

[Datum des Zugriffs: 23.12.2017]

Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.* Wiesbaden: Springer VS.

Stange, K. (2015). Sozialpsychiatrie Heute und die Entwicklung der Sozialen Arbeit. In: M. Dörr (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit.* S. 33-48. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Stangl, W. (2017). *Stichwort: Selbstkontrolle.* Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik.

Abgerufen von: <http://lexikon.stangl.eu/9813/selbstkontrolle/>

[Datum des Zugriffs: 30.11.2017]

Stoecker, R. (2013). Menschenwürde und Psychiatrie. In: J. Joerden, E. Hilgendorf & F. Thiele (Hrsg.). *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch.* S. 571-590. Berlin: Duncker & Humblot.

Straumann, U. (2007). Klientenzentrierte Beratung. In: F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder.* S. 641-654. Tübingen: dgvt-Verlag.

Thiersch, H. (1986). *Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik.* Weinheim/München: Juventa-Verlag.

Thiersch, H. (Hrsg.)(2005). *Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik.* 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Utschakowski, J. (2017). Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch.* S. 292-308. Köln: Psychiatrie Verlag.

Walther, C. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch.* S. 18-37. Köln: Psychiatrie Verlag.

Walther, C. & Deimel, D. (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R. Zimmermann (Hrsg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch.* S. 38-58. Köln: Psychiatrie Verlag.

Wolf, K. (2003). *Soziale Arbeit als Kontrolle? Dirty Work oder Kontrolle als Ressource? Zum Profil einer sozialpädagogisch legitimierten Kontrolle.* Siegen.

Zentrale Ethikkommission (Hrsg.)(2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. In: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 110 Heft 26 – 28. Juni 2013. A 1334-1338.

Weiterführende Links:

Selbsthilfeforum Seelenkummer.

Eine Community für Menschen mit Seelenkummer und psychischen Problemen.

Abrufbar unter: <http://www.seelenkummer.de/>

[Datum des Zugriffs: 27.12.2017]

TelefonSeelsorge Deutschland.

Bundesweite Telefonseelsorge.

Abrufbar unter: <http://www.telefonseelsorge.de/>

[Datum des Zugriffs: 27.12.2017]